

# اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر سازش یافته‌گی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی دانشآموزان ناتوان هوشی با آسیب بینایی

- فاطمه احمدی، کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش افراد با نیازهای ویژه، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
- قاسم نوروزی<sup>\*</sup>، استادیار، گروه روان‌شناسی و آموزش افراد با نیازهای ویژه، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
- محمد عاشوری، دانشیار، گروه روان‌شناسی و آموزش افراد با نیازهای ویژه، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

● تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۲۱ ● تاریخ انتشار: آذر و دی ۱۴۰۲ ● نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۳۲ - ۴۶

## چکیده

**زمینه و هدف:** یکی از بارزترین شیوه‌های تغییر رفتار در کودکان، بازی درمانی است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر سازش یافته‌گی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی دانشآموزان ناتوان هوشی با آسیب بینایی انجام شد.

**روش:** در این پژوهش از روش پژوهشی مورد منفرد با طرح A-B-A استفاده شد. جامعه آماری شامل تمامی دانشآموزان ناتوان هوشی با آسیب بینایی دوره ابتدایی در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ بود که از بین آنها ۳ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. مادران دانشآموزان پس از ۳ جلسه خط پایه، طی ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای برنامه بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک را دریافت کردند و ۱ ماه پس از پایان مداخله، طی ۳ جلسه تحت آزمون پیگیری قرار گرفتند. ابزارهای این پژوهش شامل پرسشنامه سازش یافته‌گی اجتماعی کالیفرنیا و پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی گرشام و الیوت بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، از تحلیل دیداری، شاخص روند و شاخص ثبات، اندازه اثر، درصد داده‌های همپوش و غیرهمپوش استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد، بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر سازش یافته‌گی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی دانشآموزان ناتوان هوشی-آسیب دیده بینایی اثربخش بوده است. درصد غیرهمپوشی داده‌های سازش یافته‌گی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی در ۲ موقعیت خط پایه و مداخله برای ۳ آزمودنی به ترتیب ۸۸٪ و ۱۰۰٪ و شاخص درصد بهبود دیداری به ترتیب ۵۴٪ و ۴۱٪/۴۲ بود. این اثربخشی در مرحله پیگیری ۳۰ روزه همچنان مشهود بود.

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌توان گفت بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک می‌تواند نقش مهمی در افزایش سازش یافته‌گی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی دانشآموزان ناتوان هوشی با آسیب بینایی ایفا کند.

**واژه‌های کلیدی:** آسیب بینایی، بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک، سازش یافته‌گی اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، ناتوانی هوشی

\* Email: g.norouzi@edu.ui.ac.ir

## مقدمه

دادند بین محرومیت‌های بدنی و سازش نایافتگی شخصیت دارد و در معرض مشکلات شخصیت بودن، ریشه روان‌زاد دارد. نوجوانان با آسیب بینایی از لحاظ سازش یافته‌گی شخصیت، دست کم در ۴ زمینه پرخاشگری، طرد، پذیرش، مسائل جنسی و نگرانی از آینده مشکلات بیشتری دارند (۱۱).

نارسایی در مهارت‌های اجتماعی از دیگر مشکلاتی است که کودکان ناتوان هوشی با آسیب بینایی آن را تجربه می‌کنند؛ مهارت اجتماعی شامل مجموعه مهارت‌هایی است که اکتساب آن سبب ارتقای آگاهی اجتماعی می‌شود، آگاهی‌ای که بر توانایی درک دیگران و برقراری ارتباط مؤثر، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، حفظ استقلال شخصی و مدیریت کردن روابط مرکزی می‌کند. نقص در مهارت‌های اجتماعی سبب می‌شود کودکان ناتوان هوشی با آسیب بینایی نسبت به فشارهای بیرونی و درونی آسیب‌پذیر شوند و مشکلات روانی، اجتماعی و رفتاری برای آنها پدید آید (۱۳).

در این راستا، پژوهش‌های جیندال اسنیپ<sup>۱</sup> (۱۴)، ولف (۱۵) و محمودی (۱۶) نشان داد افراد نایاب از نظر مهارت‌های اجتماعی با نارسایی‌هایی روبه رو هستند؛ آنها به طور مداوم با مشکلاتی مانند نگرش‌های منفی جامعه، تصویر ذهنی جامعه درباره درمانده و وابسته بودن نایابیان، حمایت افراطی و همدلی بی‌مورد والدین (۱۷)، دریافت نکردن بازخورد چشمی درباره رفتارشان، طرد و واکنش منفی اولیه والدین (زیرا فرزندشان آنها را با لبخند و تماس چشمی مناسب تعقیت و دل‌گرم نمی‌کند)، طرد توسط همکلاسی‌های بینای خود، طرد به علت آگاهی کم در مورد بازی‌ها، مواجه هستند (۱۸). از سویی دیگر، موفقیت کودکان در روابط با همسالان به توانایی آنها در شناخت اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی بستگی دارد (۱۹). کودکانی که مهارت‌های اجتماعی مطلوبی داشته و مشکلات رفتاری عمده‌ای ندارند، در ایجاد رابطه با همسالان و یادگیری در محیط آموزشی موفق‌تر از کودکانی هستند که فاقد این مهارت‌ها هستند (۲۰).

با توجه به آنچه ذکر شد کودکان ناتوان هوشی با آسیب بینایی در زمینه مهارت‌های اجتماعی و سازش یافته‌گی اجتماعی با مشکلات جدی روبه رو هستند؛ لذا افزایش مهارت‌های مطلوب در این کودکان روش‌ها و برنامه‌های آموزشی و درمانی متفاوتی را می‌طلبند. یکی از مداخلات مؤثر در این حوزه،

بر اساس دهمین ویرایش انجمن ناتوانی‌های رشدی و هوشی آمریکا<sup>۲</sup>، ناتوانی هوشی<sup>۳</sup> نوعی اختلال رشدی است که با محدودیت‌های معنادار در کارکرد هوشی و رفتار سازشی مشخص می‌شود، به‌گونه‌ای که رفتار سازشی به صورت مهارت‌های سازشی مفهومی، اجتماعی و عملی بیان می‌شود و قبل از سن ۱۸ سالگی شروع می‌شود (۱). شواهد نشان می‌دهد درین افراد با ناتوانی‌های تحولی، بیش از یک ناتوانی وجود دارد و آسیب‌های بینایی شایع‌ترین مشکل در کودکان ناتوان هوشی است (۲). برخی از مطالعات نشان داده‌اند میزان فراوانی ناهنجاری‌های بینایی در افراد ناتوان هوشی ۲/۶ درصد می‌باشد (۳) اما در اغلب اوقات، این مشکلات شناسایی نمی‌شوند و ناشناخته باقی می‌مانند (۴). باید توجه داشت حتی وجود مشکلات خفیف در عملکرد بینایی می‌تواند منجر به مشکلات یادگیری و مختل نمودن زندگی روزمره فرد شود (۵). علاوه بر این، برخی از رفتارهایی که کودک برای جبران مشکلات عملکرد بینایی خود انجام می‌دهد معمولاً به اشتباہ تعبیر می‌شود و گاهی اوقات به صورت رفتارهای کلیشه‌ای یا ناسازگار توصیف می‌شود (۶).

یکی از مسائل مشاهده شده در کودکان ناتوان هوشی با آسیب بینایی، وجود مشکلاتی در سازش یافته‌گی اجتماعی<sup>۴</sup> می‌باشد (۷) و میزان آن به حدی است که بیشترین مشکلات را در مدرسه و خانه تشکیل می‌دهد (۸). سازش یافته‌گی اجتماعی فرآیندی در حال تحول و پویا است و به عنوان مهم‌ترین شاخص و نشانه اجتماعی شدن از مباحثی است که در دهه‌های اخیر توجه بسیاری از جامعه‌شناسان و روان‌شناسان را به خود جلب کرده است. انجمن روان‌شناسی آمریکا، سازش یافته‌گی اجتماعی را به عنوان هماهنگ کردن رفتار به منظور برآورده ساختن نیازهای محیطی تعریف می‌کند که غالباً مستلزم اصلاح تکانه‌ها، هیجان‌ها یا نگرش‌ها است (۹).

یکی از هدف‌های عمدۀ آموزش و پرورش کودکان با ناتوانی‌های هوشی ایجاد رفتارهای سازش یافته است؛ سازش یافته‌گی شامل رفتاری است که به فرد کمک می‌کند تا با کمترین میزان اضطراب با موقعیت‌ها سازش پیدا کند و رفتاری است که رشد فرد را افزایش می‌دهد (۱۲). و انتبه و همکاران (۱۰) در بررسی کودکان با آسیب بینایی نشان

1. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities  
2. Intellectual disability

3. Social adjustment  
4. Jindal-Snape

سازش نایافتگی اجتماعی دانشآموزان کم‌توان ذهنی (۳۰)، افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان (۳۱)، بهبود مهارت‌های زندگی کودکان کم‌توان ذهنی (۳۲)، کاهش مشکلات رفتاری (۳۳)، افسرگی کودکان (۳۶)، مشکلات رفتاری (۳۵، ۳۴، ۳۳)، همدلی، پذیرش خویشتن و خودکارآمدی بروئی شده (۳۷)، همدلی، پذیرش خویشتن و خودکارآمدی نوجوانان (۳۸) تأیید شده است. همچنین این مداخله در کاهش استرس فرزندپروری (۳۳)، مراقبت از فرزند (۳۹)، پاسخ‌های همدلانه والدین به کودکان (۴۰) تأثیر معنادار داشته است.

بازی جدی‌ترین تلاش یا تجربه کودک و ابتدایی‌ترین و طبیعی‌ترین ابزار برای برقراری ارتباط محسوب می‌شود و محرومیت کودک از آن به معنای قطع این زبان ارتباطی است. با توجه به اینکه کودکان ناتوان هوشی با آسیب بینایی در زمینه تعاملات اجتماعی همواره مشکلاتی را تجربه می‌کنند، بازی درمانی می‌تواند مؤلفه‌ای ضروری برای جبران آسیب‌های ناشی از ناتوانی‌های چندگانه باشد و از آنجا که روش‌های درمانی خاص بزرگسالان در مورد کودکان قابل اعمال نیست، بازی درمانی ابزار مناسبی در جهت مداخله در مشکلات این گروه از کودکان است. اگرچه در حوزه تأثیر بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر اضطراب، استرس، افسردگی، تنظیم هیجان، مشکلات رفتاری، مهارت‌های اجتماعی، سبک‌های والدگری، سازگاری، مهارت ارتباطی، مشارکت آموزشی در گروه‌های مختلف کودکان و والدین آنها پژوهش‌هایی انجام شده است ولی بررسی پیشینه پژوهشی نشان داد هیچ پژوهشی در زمینه اثربخشی مداخله مذکور بر سازش یافته‌گی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی دانشآموزان ناتوان هوشی با آسیب بینایی انجام نشده است. بنابراین پژوهش حاضر در صدد است که اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک را بر سازش یافته‌گی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی دانشآموزان ناتوان هوشی با آسیب بینایی مورد بررسی قرار دهد.

## روش

روش این پژوهش مورد منفرد<sup>۲</sup> و در آن از طرح A-B-A با پیگیری استفاده شده است. منطق زیربنایی طرح‌های آزمایشی مورد منفرد مانند طرح‌های گروهی است و تأثیر مداخله با مقایسه شرایط متفاوت که به آزمودنی ارائه می‌شود، بررسی می‌شود. عملکرد آزمودنی در مرحله پیش از مداخله یعنی

بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک<sup>۱</sup> می‌باشد که این الگوی زیر مجموعه‌های روش تبار درمانی (فرزنده‌درمانی) گرفتار در سال ۱۹۶۴ بوده و مبتنی بر این فرض است که از آنجا که والدین از ارتباط عاطفی اساسی با کودک برخوردارند، آنچه درمانگران در واقع فاقد آن هستند، به احتمال زیاد این ارتباط طبیعی و ذاتی موجود بین والد و کودک، کلید اثربخشی بالا و نتایج پایای درمانی در این مداخله است. بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر بهبود روابط والدین یا مراقبانی که بیشترین زمان را با کودک می‌گذرانند متمرکز است و با آموزش دادن به والدین به عنوان عامل درمانی در زندگی فرزندان به آنها کمک می‌کند (۲۲، ۲۱).

پژوهش‌هایی در رابطه با اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک در سینه مختلف و در حوزه‌های گوناگون در ایران و خارج از کشور انجام شده است. در این راستا عاشوری و عابدی (۲۳) در پژوهشی نشان دادند مداخلات مبتنی بر بازی درمانی می‌توانند در بهبود رفتار سازشی کودکان کم‌توان ذهنی سهم قابل توجهی داشته باشد. یافته‌های پژوهش عدیلی، میرزاپی رنجبر و عابدی (۲۴) نشان داد بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک در بهبود رابطه والد، فرزند و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودک از کارایی و اثربخشی لازم برخوردار است. همچنین طهماسبی و خسروپور (۲۵) در پژوهشی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک را بر مهارت‌های اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان کودکان زیر ۱۲ سال با اختلال نارسانی توجه همراه با بیش فعالی نشان دادند. لواسانی، کرامتی و کدیور (۲۶) در بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر سازش یافته‌گی اجتماعی و سازش یافته‌گی تحصیلی دانشآموزان با اختلال خواندن به این نتیجه رسیدند، که این شیوه درمانی می‌تواند نقشی قابل توجه در افزایش مهارت‌های تحصیلی و اجتماعی دانشآموزان با اختلال خواندن داشته باشد. کارنت و برانتون (۲۷) نشان دادند بازی درمانی باعث افزایش رضایت خانواده، انعطاف‌پذیری، انسجام روابط اعضا و در نتیجه افزایش عملکرد خانواده می‌شود. جیندال اسنیپ (۲۸) نشان داد که بازی‌های مبتنی بر تکنیک‌های نمایشی باعث افزایش و بهبود مهارت‌های اجتماعی و سازشی در افراد بانیازهای ویژه می‌شود.

همچنین اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر بهبود روابط اجتماعی و هیجانی کودک (۲۹)، اصلاح

سازش یافته‌گی اجتماعی از طریق همبستگی درونی بین نمره‌های حاصل از اجرای مقیاس‌های مزبور نشان می‌دهد همبستگی همه سطوح متغیر وابسته (سازش یافته‌گی اجتماعی) دو به دو معنادار و درجهٔ ثبت است و بیشترین مقدار همبستگی متعلق به سطوح قالب‌های اجتماعی و علایق ضد اجتماعی است و مقدار آن برابر  $۳۸/۳$  می‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت بین سطوح شش گانه سازش یافته‌گی اجتماعی، هماهنگی لازم وجود دارد و زیرمقیاس‌های این ابزار سنجش از روایی همگرا برخوردار می‌باشند. در پژوهش حاضر، پایایی این پرسشنامه با روش بازآزمایی در فاصله زمانی یک ماهه  $۷۸/۰$  و روایی با روش آلفای کرونباخ  $۸۰/۰$  به‌دست آمد.

### پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی گرشام و الیوت (فرم والدین)

پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی توسط گرشام و الیوت (۱۹۹۰) به منظور سنجش مهارت‌های اجتماعی تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۳ فرم والدین، معلمان و دانش‌آموز می‌باشد که برای ۳ دوره تحصیلی پیش‌دبستانی، دبستان و راهنمایی و دبیرستان تهیه شده است. این مقیاس، فراوانی رفتارهای مؤثر بر رشد و کفایت اجتماعی و تطابق دانش‌آموز را در خانه و مدرسه اندازه‌گیری می‌کند و می‌تواند برای سرند کردن، طبقه‌بندی کردن دانش‌آموزان و برنامه‌ریزی آموزشی مهارت‌های اجتماعی مورد استفاده قرار گیرد (گرشام و الیوت، ۱۹۹۰). فرم دانش‌آموز دارای ۲ فرم مخصوص کلاس‌های سوم تا ششم و کلاس هفتم تا دوازدهم است. فرم معلم والدین دارای ۲ مقیاس کلی مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری است و فرم دانش‌آموز تنها به بررسی مهارت‌های اجتماعی می‌پردازد. پایایی این پرسشنامه، توسط گرشام و الیوت (۱۹۹۰)، با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر  $۹۴/۰$  گزارش شده است. همچنین روایی پرسشنامه در ایران، توسط خانزاده (۱۳۸۳) از طریق تحلیل عاملی با نمونه ۱۶۰ دانش‌آموز کم شنوا، انجام شده است. تحلیل عاملی به روش تجزیه و تحلیل به مؤلفه‌های اصلی و براساس ۳ عامل، از طریق چرخش واریماکس، انجام شده است و ضریب  $۸۶/۰$  به‌دست آمده که معنادار و رضایت بخش است. در پژوهش حاضر، پایایی این پرسشنامه با روش بازآزمایی در فاصله زمانی یک ماهه  $۸۸/۰$  و روایی با روش آلفای کرونباخ  $۸۶/۰$  به‌دست آمد.

مرحله خط پایه برای پیش‌بینی رفتار آزمودنی در آینده به کار برده می‌شود. در این مدل اگر در خط پایه پس از مداخله تغییری فوری ایجاد گردید، یعنی تغییر رفتار در طول مداخله می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دانش‌آموزان با ناتوانی‌های هوشی-نایینا شهر اصفهان در دوره ابتدایی که در مدارس استثنایی مشغول به تحصیل بودند، می‌باشد. این دانش‌آموزان از طریق اطلاعات واردشده در پرونده هنگام ثبت‌نام در مدرسه شناسایی شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص ناتوانی هوشی همراه با آسیب بینایی در کودک، رده سنی ۸ تا ۱۲ سال، عدم تشخیص اختلال‌های روان‌شناختی دیگر و مادران با تحصیلات دبیل به بالا و ملاک‌های خروج شامل عدم همکاری والد و کودک و غیبت پیش از یک جلسه بود.

### ابزار پژوهش

#### پرسشنامه سازش یافته‌گی اجتماعی

این پرسشنامه توسط کلارک و همکاران (۱۹۵۳) جهت تعیین سازش یافته‌گی فردی و اجتماعی ساخته شده است و دارای ۹۰ پرسش (۹۰ پرسش جهت تعیین سازش یافته‌گی فردی و ۹۰ پرسش جهت تعیین سازش یافته‌گی اجتماعی) است. در این پژوهش جهت سنجش سنجش میزان سازش یافته‌گی دانش‌آموزان ناتوان هوشی با آسیب بینایی از پرسشنامه سازش یافته‌گی اجتماعی کالیفرنیا استفاده شد. این آزمون جزیی از آزمون شخصیتی کالیفرنیا می‌باشد که دارای چند فرم است. فرم ۱۹-۶ ساله شخصیت سنج کالیفرنیا در سال ۱۹۳۹ ساخته شد و در سال ۱۹۵۳ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این آزمون که به منظور سنجش سازگاری‌های مختلف زندگی ساخته شده، دارای ۲ قطب سازش یافته‌گی شخصی و اجتماعی است و شامل ۱۸۰ پرسش دوگزینه‌ای از نوع (بلی یا خیر) می‌باشد. سازش یافته‌گی شخصی و اجتماعی هر یک به‌طور جداگانه دارای ۹۰ پرسش می‌باشد. در زمینه سازش یافته‌گی اجتماعی ۵ زمینه مطرح می‌باشد که عبارت‌اند از: قالب‌های اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، علایق ضد اجتماعی، روابط مدرسه‌ای و روابط اجتماعی. آخرondی (۱۳۷۶)، از روش روایی همگرا برای روازایی این مقیاس استفاده نمود، روایی همگرا از طریق همبستگی نسبتاً قوی بین اندازه‌های مربوط به سنجش یک سازه مشخص می‌شود. شواهد مربوط به این نوع روایی برای

## پروتکل بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک

بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک در ۱۵ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای ارائه شد که خلاصه جلسات آن در جدول یک آمده است.

جدول ۱) خلاصه جلسات برنامه بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (۴۱)

جلسه	هدف	محظوظ	تکالیف
۷	آشنایی با مفاهیم پایه واهداف و مفاهیم اصلی آموزش CPRT	معرفی اعضای گروه به یکدیگر / بیان موضوعات پایه از قبیل تشویق و تنبیه والدین، همدلی با والدین، عادی و طبیعی جلوه دادن مشکلات ارتباطی والدین با فرزندانشان و مرور اجمالی موضوعات جلسات آموزشی و مفاهیم ضروری مرتبط با آن (ارجاع والدین به دفترچه مخصوص والدین) / آموزش روش پاسخ‌دهی انعکاسی به احساسات، عواطف و آرزوها و نیازهای کودک/ تکمیل برگه پاسخ‌دهی انعکاسی ایفای نقش مهارت‌های بازی درمانی ارتباطی توسط اعضای گروه ارائه فیلم جهت آموزش مشاهده‌ای مهارت‌ها به والدین	□ توجه به یکی از ویژگی‌های ظاهری کودک. □ تمرين پاسخ بازتابی. □ همراه آوردن عکس کودک □ تمرين ۳۰ ثانیه انفجار توجه.
۸	آموزش اصول اساسی جلسات ۳۰ دقیقه‌ای بازی والدین و کودک.	تبادل غیر رسمی و دوستانه اطلاعات و مرور تکالیف خانگی جلسه قبل بیان تجارب والدین و تشویق آنها در زمانی که والدین به شرکت در فعالیت‌های گروهی می‌پردازند. بیان اصول اساسی جلسات بازی والدین با کودک ۳۰ دقیقه پیروی کامل والدین از کودک معرفی و ارائه مجموعه اسباب بازی‌های مورد نیاز برای جلسات بازی و منطق استفاده از هر یک از آنها، خصوصاً در براب اسباب بازی‌هایی والدین درباره‌شان نگرانی دارند. انتخاب زمان و مکان خاص برای جلسات بازی معرفی و ایفای نقش مهارت‌های اساسی جلسه بازی (به صورت زنده با ارائه نوار ویدئویی).	□ تهیه فهرست اسباب بازی‌ها □ تعیین زمان مکان بازی و گزارش دادن در جلسه
۹	آموزش باشد و نباشد جلسات ۳۰ دقیقه‌ای بازی والدین با کودک	مرور تکالیف خانگی جلسه قبل / معرفی باشد و نباشد جلسات بازی. باشد شامل: آماده‌سازی ساختار اولیه جلسات بازی (شرایط مکانی) / با مسئولیت دادن به کودک اجازه هدایت جلسه را به او بدهید / در بازی کودک فعالانه شرکت کنید / آنچه را می‌بیند شرح دهید / انعکاس احساسات کودک / تعیین محدودیت‌های پایدار و مشخص / پیروی از قدرت کودک و تشویق اثرگذاری‌های او در بازی. نباشد شامل: از هیچ‌یک از رفتارهای کودک انتقاد نکنید / از کودکی تعریف و تمجید بیجان نکنید / از کودک پرسش‌های هدایت شده نپرسید / اجازه قطع جلسه بازی کودک را ندهید / به دادن اطلاعات یا آموزش در براب موضوع نپردازید / به کودک نصیحت‌های اخلاقی نکنید / شما شروع کننده فعالیت‌های جدید در طول بازی نباشید / در حین بازی منفعل و ساكت نباشید.	□ تکمیل فهرست اسباب بازی‌ها. □ تهیه کارت‌های تعیین وقت برای هر جلسه. □ مزبور باشد و نباشد هر جلسه قبیل از شروع بازی. □ اجرای جلسه بازی در زمان و مکان مقرر. □ در صورت امکان ضبط و ثبت محتوای جلسات بازی در منزل.

جلسه	هدف	محتو雅	تکالیف
۱	آموزش اعمال محدودیت‌گزاری والدین برای کودک	مرور تکالیف خانگی جلسه قبل / اعمال ۳ گام محدودیت‌گزاری (ارجاع والدین به دفترچه مخصوص والدین) / ایفای نقش با نشان دادن فیلمی درخصوص مهارت‌های مورد نیاز در جلسه بازی و ۳ گام محدودیت‌گزاری.	<input type="checkbox"/> تکمیل برگه‌های مخصوص تمرين محدودیت‌گزاری. <input type="checkbox"/> مرور مجدد مطالب قبل از شروع جلسه بازی. <input type="checkbox"/> اجرای جلسه بازی در زمان و مکان مقرر. <input type="checkbox"/> در صورت امکان ضبط و ثبت محتوای جلسات بازی در منزل.
۲	حمایت و تشویق والدین در هنگام یادگیری و تمرين مهارت‌های جلسه بازی.	تمرکز عمدۀ این جلسه بر حمایت و تشویق والدین در هنگام بادگیری و تمرين مهارت‌های جلسه بازی است لذا مطالب جدیدی در این جلسه مطرح نمی‌شود تا والدین احساس درماندگی و ناتوانی نکنند. همانند سایر جلسات آموزشی عمدۀ زمان جلسه برگزارش‌های والدین از جلسات بازی در منزل و مشارکت فعالانه درخصوص مرور جلسات ضبط شده والدین می‌گذرد (مرور و بررسی جلسه بازی ضبط شده). به طور کلی این جلسه به مرور و تحکیم مهارت‌های ارائه شده در جلسات قبل می‌گذرد و مهارت‌های جدید در این جلسه ارائه نمی‌شود.	<input type="checkbox"/> مرور مجدد مطالب قبل از شروع جلسه بازی. <input type="checkbox"/> اجرای جلسه بازی در زمان و مکان مقرر. <input type="checkbox"/> در صورت امکان ضبط و ثبت محتوای جلسات بازی در منزل. <input type="checkbox"/> تکمیل برگه‌های مخصوص تمرين محدودیت‌گزاری.
۳	تمرکز بر افزایش خودکارآمدی والدین در امر فرزندپروری در کودکان	برنامه کار افزایش خودکارآمدی در امر فرزندپروری همراه با ایجاد اعتماد به نفس و عزت نفس والدین است با این هدف که به کودکشان به صورت فعال پاسخ دهند تا عزت نفس کودک تقویت شود / مرور و بررسی اطلاعات همراه با مرور تکالیف خانگی و گزارش‌های والدین از جلسات بازی / مرور و بررسی جلسات بازی ضبط شده والدین / آموزشی والدین در مبحث حق انتخاب دادن به کودک و مرور مطالب مربوطه آموزش مسئولیت‌پذیری و تصمیم گیری به کودک. / ایفای نقش نمایش فیلم مهارت‌های جلسه بازی و حق انتخاب دادن به کودک.	<input type="checkbox"/> مرور مجدد مطالب قبل از شروع جلسه بازی. <input type="checkbox"/> اجرای جلسه بازی در زمان و مکان مقرر. <input type="checkbox"/> در صورت امکان ضبط و ثبت محتوای جلسات بازی در منزل. <input type="checkbox"/> تمرين حق انتخاب بیرون از جلسات بازی.
۴	آموزش نحوه ارائه پاسخ‌های ایجادکننده اعتماد به نفس در کودکان	مرور و بررسی اطلاعات همراه با مرور تکالیف خانگی و گزارش‌های والدین از جلسات بازی / مرور و بررسی جلسات بازی ضبط شده والدین / مهارت دادن پاسخ‌های ایجادکننده اعتماد به نفس مخصوص این جلسه.	<input type="checkbox"/> مرور مجدد مطالب قبل از شروع جلسه بازی. <input type="checkbox"/> اجرای جلسه بازی در زمان و مکان مقرر. <input type="checkbox"/> در صورت امکان ضبط و ثبت محتوای جلسات بازی در منزل. <input type="checkbox"/> تمرين پاسخ‌های ایجادکننده اعتماد به نفس (در طی جلسات بازی و خارج از زمان بازی). <input type="checkbox"/> نوشتن نامه‌ای برای فرزند با اشاره به ویژگی‌های مثبتش.

جلسه	هدف	محتو雅	تکالیف
۱	آموزش نحوه ارائه پاسخ‌های تشویقی در کودکان.	مرور و بررسی اطلاعات همراه با مرور تکالیف خانگی و گزارش‌های والدین از جلسات بازی / مرور و بررسی جلسات بازی ضبط شده والدین. ایفای نقش / نمایش فیلم در مورد مهارت دادن پاسخ‌های تشویقی.	<input type="checkbox"/> مرور مجدد مطالب قبل از شروع جلسه بازی. <input type="checkbox"/> اجرای جلسه بازی در زمان و مکان مقرر. <input type="checkbox"/> تمرين تشویق در مقابل پاداش. <input type="checkbox"/> درصویر امکان ضبط و ثبت محتوای جلسات بازی در منزل.
۲	تعیین دادن مهارت‌های جلسه بازی به موقعیت‌های زندگی روزمره کودک.	مرور و بررسی اطلاعات همراه با مرور تکالیف خانگی و گزارش‌های والدین از جلسات بازی / مرور و بررسی جلسات بازی ضبط شده والدین. مهارت‌های کاربردی در خارج از جلسه بازی.	<input type="checkbox"/> مرور مجدد مطالب قبل از شروع جلسه بازی. <input type="checkbox"/> اجرای جلسه بازی در زمان و مکان مقرر. <input type="checkbox"/> ارائه گزارشی از اعمال محدودیت در خارج از جلسه بازی. <input type="checkbox"/> ارائه گزارشی از دفعات نوازش و لمس کردن فرزند در طول یک هفته. <input type="checkbox"/> بازی کشته بین پدر، مادر و کودک. <input type="checkbox"/> ارائه گزارشی از نحوه برخورد والد با یکی از مشکلات کودک در خارج از جلسه بازی با توجه به مهارت‌های جلسات بازی.
۳	مرور کلیه موارد آموخته‌اند و گفتگو دربار تغییرات اتفاق افتاده در وضعیت و رفتار کودکان نسبت به ۱۰ هفته قبل / مرور اطلاعات اولیه از فرم‌های مخصوص اطلاعات والدین / تشویق کردن بازخورددهای مثبت بین اعضای گروه به خاطر تغییرات خوبی که در آنها اتفاق افتاده است.	مرور کلیه موارد مهمی که هر یک از والدین آموخته‌اند / بحث و گفتگو دربار تغییرات اتفاق افتاده در وضعیت و رفتار کودکان نسبت به ۱۰ هفته قبل / مرور اطلاعات اولیه از فرم‌های مخصوص اطلاعات والدین / تشویق کردن بازخورددهای مثبت بین اعضای گروه به خاطر تغییرات خوبی که در آنها اتفاق افتاده است.	تأکید بر تداوم جلسات بازی در منزل.

## شیوه اجرا

جهت انجام این پژوهش پس از مراجعه به مدارس استثنایی شهر اصفهان ۳ نفر از دانشآموزان واجد شرایط بر حسب ملاک‌های ورود به پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس و پس از مصاحبه با معلم و بررسی وضعیت ناتوانی هوشی و آسیب بینایی آنها توسط پژوهشگر، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. قبل از انجام مداخله برای هر ۳ آزمودنی، ۳ بار پرسشنامه‌های مهارت‌های اجتماعی و سازش یافته‌گی اجتماعی اجرا شد و خط پایه آنها مشخص شد. پس از ۳ جلسه خط پایه، برنامه بازی درمانی مبتنی بر

مشارکت‌کننده تنها با مادر خود زندگی می‌کرد و تک سپرست بود.

**نفر دوم:** مشارکت‌کننده دوم، دختر ۱۰ ساله با بهره هوشی ۶۰، که در پایه تحصیلی اول دبستان مشغول به تحصیل بود. این مشارکت‌کننده فرزند اول خانواده بود و در یک خانواده ۶ نفره زندگی می‌کرد.

**نفر سوم:** مشارکت‌کننده سوم، پسر ۱۵ ساله با بهره هوشی ۶۰، که در پایه تحصیلی اول دبستان مشغول به تحصیل بود. این مشارکت‌کننده فرزند دوم خانواده بود و در یک خانواده ۴ نفره زندگی می‌کرد.

نمرات خام سازش یافته‌گی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری در جدول ۲ و ۳ آمده است. توصیف نمرات سازش یافته‌گی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی در جدول (۴) آمده است.

از تحلیل دیداری نمودارها<sup>۱</sup> و شاخص‌های روند<sup>۲</sup>، ثبات<sup>۳</sup>، درصد داده‌های غیرهمپوش (PND)<sup>۴</sup> و درصد داده‌های همپوش (POD)<sup>۵</sup> و اندازه اثر استفاده شد. در ارتباط با رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، پیش از شروع کار از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی دریافت شد و درخصوص نمرات آزمون‌ها و دیگر اطلاعات به دست آمده در حین پژوهش رازداری کامل اتخاذ شد. از عدم هرگونه درمان دیگر آزمودنی در طول دوره پژوهش اطمینان حاصل شد و در صورت عدم تمایل آزمودنی به ادامه حضور در جلسات، وی مختار به خروج از پژوهش بود.

## یافته‌ها

اطلاعات توصیفی مشارکت‌کنندگان در این پژوهش به شرح زیر می‌باشد:

**نفر اول:** مشارکت‌کننده اول، دختر ۱۰ ساله با بهره هوشی ۶۰، که در پایه تحصیلی اول دبستان مشغول به تحصیل بود. این

جدول (۲) نمرات سازش یافته‌گی اجتماعی در موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری

جلسات	مرحله خط پایه													
	مرحله مداخله							مرحله خط پایه						
پیگیری														
نفر ۱	۱۳۶	۱۳۸	۱۳۵	۱۳۷	۱۳۵	۱۳۲	۱۲۹	۱۲۷	۱۲۵	۱۱۹	۱۱۵	۱۰۷	۱۱۱	۱۰۸
نفر ۲	۱۳۹	۱۳۷	۱۳۴	۱۳۳	۱۳۲	۱۲۸	۱۲۰	۱۱۶	۱۱۱	۱۰۹	۱۰۴	۱۰۱	۹۸	۱۰۳
نفر ۳	۱۲۹	۱۳۴	۱۳۳	۱۳۱	۱۲۹	۱۲۵	۱۲۳	۱۱۷	۱۱۷	۱۱۳	۱۱۱	۱۰۶	۱۰۴	۱۰۹

جدول (۳) نمرات مهارت‌های اجتماعی در موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری

جلسات	مرحله خط پایه													
	مرحله مداخله							مرحله خط پایه						
پیگیری														
نفر ۱	۵۱	۵۰	۵۰	۴۹	۴۹	۴۷	۴۳	۴۲	۴۲	۳۹	۳۹	۳۵	۳۲	۳۳
نفر ۲	۵۰	۵۱	۵۲	۴۹	۴۸	۴۶	۴۴	۴۱	۴۰	۳۸	۳۸	۳۳	۳۴	۳۰
نفر ۳	۵۲	۵۲	۴۹	۴۸	۴۸	۴۵	۴۳	۴۱	۴۱	۳۹	۳۹	۳۵	۳۴	۳۶

1. Visual analysis

2. Trending

3. Stability

4. Percentage of Non-Overlapping Data

5. Percentage of Overlapping Data

رونده نشان از اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر سازش یافتنگی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی دانشآموزان ناتوان هوشی-نایینا دارد.

نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد نمرات سازش یافتنگی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی هر شرکت‌کننده در مرحله مداخله (B) نسبت به مرحله پایه (A) تغییر یافته است. این

جدول ۴) میانگین و انحراف استاندارد نمرات سازش یافتنگی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی

موقعیت C		موقعیت B		موقعیت A		مرحله سنجش	مقیاس
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۰/۵۸	۵۰/۳۳	۴/۱۰	۴۳/۷۵	۱/۵۳	۳۳/۳۳	نفر ۱	مهارت‌های اجتماعی
۱/۰۰	۵۱/۰۰	۴/۳۸	۴۳/۰۰	۲/۰۸	۳۲/۳۳	نفر ۲	
۱/۷۳	۵۱/۰۰	۳/۶۶	۴۳/۰۰	۱/۰۰	۳۵/۰۰	نفر ۳	
۱/۵۳	۱۳۶/۳۳	۷/۶۰	۱۲۷/۳۸	۲/۰۸	۱۰۸/۶۷	نفر ۱	سازش یافتنگی اجتماعی
۲/۵۲	۱۳۶/۶۷	۱۰/۹۹	۱۱۹/۱۳	۲/۵۲	۱۰۰/۶۷	نفر ۲	
۲/۶۵	۱۳۲/۰۰	۷/۳۶	۱۲۰/۷۵	۲/۵۲	۱۰۶/۳۳	نفر ۳	

بررسی بیشتر در این طرح از شاخص‌های طرح مورد منفرد استفاده شده است. در ابتدا نمرات خام اندازه‌گیری‌های مکرر سازش یافتنگی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی طی جلسات خط پایه (موقعیت A)، مداخله (موقعیت B) و پیگیری (موقعیت C) به صورت تحلیل دیداری نمرات در نمودار آمده است.

همان‌طور که در جدول (۵) مشاهده می‌شود با توجه میانگین‌ها مشاهده می‌شود که نمرات خط پایه و مداخله برای متغیرهای وابسته تغییر چشم گیری داشته است. به‌طور کلی تأثیر بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر سازش یافتنگی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی مؤثر بوده است. به‌منظور

جدول ۵) بررسی نمرات کلی مهارت‌های اجتماعی و سازش یافتنگی اجتماعی

انحراف استاندارد	میانگین	مرحله سنجش	مقیاس
۱/۸۱	۳۳/۵۶	موقعیت A (خط پایه)	مهارت‌های اجتماعی
۳/۸۹	۴۳/۲۵	موقعیت B (مداخله)	
۱/۰۹	۵۰/۷۸	موقعیت C (پیگیری)	
۴/۱۲	۱۰۵/۲۲	موقعیت A (خط پایه)	سازش یافتنگی اجتماعی
۹/۱۷	۱۲۲/۴۲	موقعیت B (مداخله)	
۳/۰۰	۱۳۵/۰۰	موقعیت C (پیگیری)	

مبتنی بر رابطه والد-کودک بر سازش یافتنگی اجتماعی مشاهده می‌شود. در جدول (۵) شاخص‌های PND POD، درصد بهبودی و اندازه اثر کلی تأثیر بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر سازش یافتنگی اجتماعی گزارش شده است.

همان‌گونه که در شکل (۱) مشاهده می‌شود با توجه به روند افزایشی خطوط، سازش یافتنگی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی بعد از مداخله بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک افزایش یافته است. در شکل (۲) تحلیل درون-موقعیتی و بین-موقعیتی تأثیر آموزش بازی درمانی

شکل ۱) نمرات سازش یافته‌گی اجتماعی و نمرات مهارت‌های اجتماعی



شکل ۲) خط روند و محفظه ثبات، خط میانه و محفظه ثبات در نفرات اول، دوم و سوم



جدول ۶) بررسی شاخص‌های POD، PND، درصد بهبودی و اندازه اثر کلی تأثیر بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر سازش یافته‌گی اجتماعی

شاخص‌ها	PND	POD	درصد بهبودی	اندازه اثر
نفر اول	% ۱۰۰	% ۵	۱۴/۶۹	۱/۷۳
نفر دوم	% ۷۵	% ۲۵	۱۵/۴۹	۱/۴۶
نفر سوم	% ۸۸	% ۱۲	۱۱/۹۴	۱/۵۷
کل	% ۸۸	% ۱۲	۱۴/۰۴	۱/۵۸

اثر افزایشی داشته است. در شکل (۳) تحلیل درون موقعیتی و بین موقعیتی تأثیرآموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر مهارت‌های اجتماعی مشاهده می‌شود. در جدول (۵) شاخص‌های POD، PND، درصد بهبودی و اندازه اثر کلی تأثیر بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر مهارت‌های اجتماعی گزارش شده است.

در نتیجه با توجه به نگاهی به تحلیل دیداری نمودارها و جداول و همچنین درصد داده‌های غیرهمپوش (PND) برای کل افراد که برابر ۸۸٪، درصد بهبودی برای کل که برابر ۱۴/۰۴ و اندازه اثر (d کوهن) برای کل افراد که برابر با ۱/۵۸ به دست آمده است، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر سازش یافتنگی اجتماعی مؤثر و

شکل (۳) خط روند و محفظه ثبات، خط میانه و محفظه ثبات در نفرات اول، دوم و سوم



جدول (۷) بررسی شاخص‌های POD، PND، درصد بهبودی و اندازه اثر کلی تأثیر بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر مهارت‌های اجتماعی

شاخص‌ها	PND	POD	درصد بهبودی	اندازه اثر
نفر اول	%۱۰۰	%۰	۲۳/۸۱	۱/۷۴
نفر دوم	%۱۰۰	%۰	۲۴/۸۱	۱/۷۱
نفر سوم	%۱۰۰	%۰	۱۸/۶۰	۱/۶۵
کل	%۱۰۰	%۰	۲۲/۴۱	۱/۷۰

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر سازش یافتنگی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان ناتوان هوشی با آسیب بینایی انجام شد. یافته‌های این مطالعه که به صورت مورد منفرد، بر ۳ دانش‌آموز اجرا شد، حاکی از آن بود که بازی درمانی مبتنی بر

با نگاهی به تحلیل دیداری نمودارها و جدول (۵) و همچنین درصد داده‌های غیرهمپوش (PND) برای کل افراد که برابر ۱۰۰٪، درصد بهبودی برای کل که برابر ۲۲/۴۱ و اندازه اثر (d کوهن) برای کل افراد که برابر با ۱/۷۰ به دست آمده است، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر مهارت‌های اجتماعی مؤثر و اثر افزایشی داشته است.

هنجرهای جامعه را محدود می‌کند و موجب بروز رفتارهای ناسازگار با محیط می‌شود. علاوه بر این، آسیب بینایی از جمله مشکلاتی است که می‌تواند فرصت‌های یادگیری کودک را محدود نماید و مانع اکتساب رفتارهای اجتماعی از طریق نشانه‌های بینایی، سرمشق‌گیری، حالت‌های چهره، ارتباط چشمی و دریافت بازخورد شود (۴۳). حال، زمانی که این ۲ اختلال در کنار یکدیگر قرار می‌گیرند، احتمال ناتوانی در بروز رفتارهای سازش یافته‌ی اجتماعی نیز بیشتر می‌شود. این درحالی است که یکی از راهبردهای درمانی در بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک استفاده از پاسخ‌های همدلانه کلامی است (۴۳). والدین در حین بازی، احساسات و رفتارهای کودک و خود را با استفاده از کلام ملموس و قابل فهم منعکس می‌کنند و پیام‌های هیجانی را به‌طور واضح به دانش آموزان ناتوان هوشی با آسیب بینایی ارائه می‌دهند. بازخورد دادن به کودک موجب می‌شود کودک از تأثیر اقدامات خود بر احساسات خود و دیگران آگاه شود، قواعد جمعی و هنجارهای محیط را یاموزد و عملکرد مطلوب‌تری را از خود نشان بدهد.

علاوه بر این، سازش یافته‌گی اجتماعی که به سازگاری فرد با محیط خود اشاره دارد (۴۴)، مستلزم خودتنظیمی بوده که همبستگی بالایی با توانمندی‌های اجتماعی دارد و ابزار لازم برای دستیابی به اهدافی را که ناشی از منافع فرد یا خواسته‌های اجتماعی است، در اختیار او قرار می‌دهد (۴۵). این در حالی است که بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک، در قالب فعالیت‌های سرگرم‌کننده، امکان بهبود دلیل‌ستگی میان والد و کودک را مهیا می‌کند و والدین را نسبت به نیازها و توانمندی‌های کودک خود، هشیار می‌سازد. در این میان، کودکان نیز، با مشاهده هشیاری و حساسیت والدین نسبت به نیازهای خود، احساس ارزشمند بودن کرده و خود را در کنترل نمودن هیجانات و رفتارهایشان توانمند می‌بینند. ایجاد چنین نگرشی در کودک، به بهبود خودتنظیمی و در نهایت، تقویت سازش یافته‌گی او می‌انجامد.

یافته دوم پژوهش نشان داد بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر مهارت‌های اجتماعی هر ۳ دانش آموز ناتوان هوشی با آسیب بینایی تأثیر معناداری داشته است. این یافته با پژوهش‌های طهماسبی و خسروپور (۲۵)، عدیلی و همکاران (۲۶)، لیندو و همکاران (۳۱) و جیندال استنیپ (۲۸)، سانگانچانا و اینج و همکاران (۲۹) در راستای اثربخشی بازی درمانی بر مهارت‌های اجتماعی و روابط والد-فرزند، به صورت غیرمستقیم همسو است. در تبیین یافته فوق، می‌توان چنین بیان کرد که مهارت اجتماعی به توانایی برقراری ارتباط مناسب و کارآمد با دیگران

رابطه والد-کودک موجب افزایش سازش یافته‌گی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی می‌شود. یافته نخست این پژوهش نشان داد بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر سازش یافته‌گی اجتماعی هر ۳ دانش آموز ناتوان هوشی با آسیب بینایی تأثیر معناداری داشته است. این یافته با پژوهش‌های عاشوری و عابدی (۲۳)، لوسانی و همکاران (۲۶)، کرمی و همکاران (۳۰)، کانت و براتون (۲۷) و جیندال استنیپ (۲۸) در راستای اثربخش بودن بازی درمانی بر سازش یافته‌گی اجتماعی به صورت غیر-مستقیم همسو است.

در تبیین یافته فوق می‌توان گفت، ناتوانی هوشی-نابینایی باعث می‌شود که ارتباطات اجتماعی کودک و سازگاری حاصل از آن کاهش یابد (۷). براین اساس با افزایش کنش‌های اجتماعی از طریق همباری شدن کودک با والد در فرایند بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک می‌توان بهبود سازگاری اجتماعی را در این کودکان انتظار داشت. علاوه بر این، این مداخله برای کودک موجب می‌شود تا با آگاهی از عواطف مثبت و منفی خود و استفاده درست و پذیرش آنها در موقعیت‌های اجتماعی افزایش پیدا می‌کند (۲۵). همچنین می‌توان بیان کرد بازی، فرایندی بدون قضاؤت است که به والد در دیدن واضح و پذیرش هیجانات کودک کمک می‌کند، بنابراین والدین در خلال باری با کودک، احساسات خود را به شیوه‌ای که برای کودک قابل فهم باشد منعکس می‌سازد که به تبع آن کودک از تأثیر رفتار بر والد آگاهی می‌یابد. باید در نظر داشت با توجه به شاکی بودن والدین کودکان ناتوان هوشی با آسیب بینایی از سازش یافته‌گی اجتماعی کودک خود، وقتی آنها خود وارد حیطه درمانی می‌شوند، متوجه مشکلاتی از جانب خود مثلاً زیر پرسش بردن کودک خود برای یک اشتباہ کوچک شده و سعی در برطرف کردن مشکلات به وجود آمده می‌کنند. همچنین با توجه به زمان زیادی که والدین از طریق بازی در کنار فرزند خود هستند بر روی سازش آنها مدت زمان زیادی وقت می‌گذراند و به بهبود آن کمک زیادی می‌کنند (۲۶). همچنین می‌توان گفت کودکان در حین بازی فرصت مناسبی برای تخلیه هیجانی پیدا می‌کنند و با افزایش تعامل با والد و همچنین یادگیری تعامل و برقراری ارتباط مؤثر، پذیرش مناسب از سوی والد به همان شکلی که هستند با مثبت بودن تجربه ارتباطی با والد زمینه درونی سازی رفتارهای مناسب و جدید را فراهم می‌سازند (۲۱).

ناتوانی هوشی، مشکلات متعدد هیجانی و رفتاری را برای کودک به دنبال می‌آورد و به همین دلیل، منجر به انزواه اجتماعی کودک می‌شود (۴۲). این انزواه اجتماعی، فرصت‌های یادگیری

بازی درمانی مبتنی بر روابط والد-کودک با داشتن نگاه جامع و سیستماتیک به مشکلات کودک، راهبردهایی همه‌جانبه ارائه می‌دهد و با توجه به رویکرد خانواده محوری که دارد، تلاش می‌کند رفتارهای کودک را در بستر خانواده تغییر دهد. این سبک از بازی درمانی، رابطه والد و فرزند را برخوردار از قدرت درمانی لازم می‌داند و با تقویت دلیستگی این در کودک، سعی در حل تعارض‌های برخاسته از رابطه ناسالم والد و فرزند دارد. این در حالی است که مجموع ناتوانی‌های هوشی و ناینایی در یک کودک، می‌تواند مشکلات جدی و متعددی را در حوزه‌های گوناگون رفتاری، اجتماعی و هیجانی ایجاد کند و کیفیت زندگی اش را متأثر سازد. لذا مداخلاتی که به بهبود مشکلات این کودکان مک نماید، از ارزش بالایی برخوردار هستند. در این راستا، بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک می‌تواند با بهبود تعامل کودکان با ناتوانی‌های هوشی - ناینایی با والدین خود و فراهم کردن زمینه مناسبی برای بیان احساسات، منجر به بهبود سازش یافته‌گی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی در آنها شود.

پژوهش حاضر مثل هر پژوهش دیگر دارای محدودیت‌هایی است که اشاره به آنها می‌تواند در پژوهش‌های بعدی کمک نماید. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که ۱۲ سال در شهر اصفهان بودند که این امر قابلیت تعمیم یافته‌ها را کاهش می‌دهد. عدم تمایل برخی از والدین برای مشارکت در پژوهش از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که امکان انتخاب نمونه‌های بیشتر را با مشکل مواجه ساخت. پیشنهاد می‌شود برای تعمیم نتایج در مورد اثربخشی مداخله، از نمونه‌های بزرگتری استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود با توجه به اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر سازش یافته‌گی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی کودکان با ناتوانی‌های هوشی - ناینایی، این مداخله، به عنوان یک دوره درمانی اثربخش جهت ارتقا مهارت‌های اجتماعی و هیجانی و بهبود سلامت روان کودکان با ناتوانی‌های رشدی و آسیب - ناینایی در مراکز درمانی و توانبخشی توسط درمانگران به کار گرفته شود.

## تشکر و قدردانی

از همه شرکت‌کنندگان در پژوهش که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

## تضاد منافع

در این مقاله، هیچ تضاد یا تعارض منافعی وجود ندارد.

شاره دارد و نخستین اجتماعی که کودک به آن وارد می‌شود، خانواده است (۴۶). لذا، کودک، ابتدا در پایگاه خانواده مهارت‌های اجتماعی را می‌آموزد. در این میان، بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک نیز، از جمله درمان‌های خانواده محوری است که می‌تواند با تغییر نوع ارتباط والد و فرزند، مهارت‌های اجتماعی کودک را افزایش دهد. بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر یک اصل مهم تأکید می‌کند و آن، نقش والد در روند درمان و بهبود بخشیدن مشکلات فرزند است (۴۳). والدین با برعهده گرفتن نقش درمانگر در روند مداخله، از نقاط ضعف و مشکلات کودک دارای چند معلولیت آگاه می‌شوند، بر رفتارهای همدلانه خود می‌افزایند و در برابر اشتباهات فرزند خود، واکنش مناسب‌تر و برباری پیشتری را نشان می‌دهند. این امر، فضای نامساعد خانه و روابط غیردوستانه اعضاء را تعدیل می‌کند و به بهبود عملکرد یین فردی کودک منجر می‌شود (۴۷).

همچنین می‌توان اظهار داشت وجود ناتوانی هوشی - ناینایی در کودک، در اکتساب مهارت‌های اجتماعی تأثیر نامطلوبی دارد و این کودکان نسبت به کودکان بهنجهار، چالش‌های پیشتری را تجربه می‌کنند (۷). در بسیاری از اوقات عامل اصلی مشکلات آنها در انطباق با محیط، ضعف در مهارت‌های اجتماعی است. در بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک از فعالیت‌های غیرکلامی، هیجانی و عملی استفاده می‌شود و بازی روشنی است که در آن کودک، احساسات خود را نشان می‌دهد، روابط خود را گسترش می‌دهد و آرزوهایش را آشکار می‌سازد. بازی اغلب اجتماعی محور است و به واسطه بازی، تجرب عاطفی و اجتماعی کودکان تثبیت و زمینه‌ای برای مهارت‌های زبانی فراهم می‌شود (۴۷).

در تبیین دیگر می‌توان گفت در مداخله بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک اهداف بازی را می‌توان به صورت رشد، پختگی، رشد ارتباط و توسعه سطح مهارت‌های مشارکتی کودک در نظر گرفت. در زمینه رشد خود، کودکان از بازی برای بیان احساسات و افکار، کشف علایق و کسب احساس کنترل بر روی محیط استفاده می‌کنند که رشد این توانمندی باعث ارتقاء سطح مهارت‌های خودآگاهی، خودشناصی و همدلی با والد می‌شود. در مورد فرایند پختگی، رشد ارتباط و توسعه سطح مهارت‌های مشارکتی نیز، بازی می‌تواند فرصت آگاهی یافتن از محیط خود، شناخت والدین، شناخت محدودیت‌های محیطی و سازگاری کارآمد با آن را به کودک می‌دهد که در نهایت باعث رشد دیدگاه مشارکتی و بهره‌مندی از مزایای ارتباط همدلانه با یک بزرگسال (والد) می‌شود.

## References

- Khanzadeh H, Abbas A, Beh Pajoh, A, Afroz Gh A, & Mirza Beigi M A. Identifying social skills needed by mentally retarded students for social skills curriculum planning. *Psychological Studies*. 2012; 9(1): 39-67. [In Persian].
- Evensen KV. Children with severe, multiple disabilities: Interplaying beings, communicative becomings. *Childhood Cultures in Transformation*. 2021:54.
- Alimović S. Vision problems in children with intellectual disabilities. *Hrvatska Revija za Rehabilitacijska Istrazivanja*. 2017; 53: 98-104.
- Raffa LH, Al-Shamrani AZ, Madani FM, AlQarni AS, Allinjawi KF, Fagih AK, Alhibshi N. Prevalence of undiagnosed, preventable visual impairment in children with intellectual disability in special needs schools in Western Saudi Arab. *Prevalence*. 2021; 10(1):43-8.
- Sutherland G, Couch MA, Iacono T. Health issues for adults with developmental disability. *Research in developmental disabilities*. 2002; 23(6):422-45.
- Emerson E, Baines S, Allerton L, Welch V. Health inequalities and people with learning disabilities in the UK.
- Jacobs E, Simon P, Nader-Grosbois N. Training social information processing in elementary school children with intellectual disabilities: a key to support their emotion regulation and social behaviors. *J. Educ. Train. Stud*. 2020; 8:7-22.
- Gresham FM, Sugai G, Horner RH. Interpreting outcomes of social skills training for students with high-incidence disabilities. *Exceptional children*. 2001; 67(3):331-44.
- Hecker T, Boettcher VS, Landolt MA, Hermenau K. Child neglect and its relation to emotional and behavioral problems: Across-sectional study of primary school-aged children in Tanzania. *Development and psychopathology*. 2019; 31(1):325-39.
- Watanabe H, Homae F, Nakano T, Tsuzuki D, Enkhtur L, Nemoto K, Dan I, Taga G. Effect of auditory input on activations in infant diverse cortical regions during audiovisual processing. *Human Brain Mapping*. 2013; 34(3):543-65.
- Joseph JD, Rausch A, Strain PS. Social competence and young children with special needs: Debunking "mythconceptions". *Young exceptional children*. 2018; 21(1):48-60.
- Karmi Manesh, Wali Allah. Investigating the effectiveness of teaching social skills using multimedia methods on social adjustment, aggression and language of mentally disabled students in middle school in Isfahan city. Master's thesis, Department of Psychology, University of Isfahan. 2012. [In Persian].
- Schoop-Kasteler N, Hofmann V, Cillessen AH, Müller CM. Social Status of Students with Intellectual Disabilities in Special Needs Schools: The Role of Students' Problem Behavior and Descriptive Classroom Norms. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*. 2022;1-25.
- 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):107-17.
- Sacks S, Wolffe KE. Teaching social skills to students with visual impairments: From theory to practice. *American Foundation for the Blind*; 2006.
- Mahmoodi A. A Comparison Between Self-Esteem and Social Skills in Deaf and Blind Secondary Students of Karaj. *Journal of Exceptional Education*. 2013; 13(117):20-9.
- Sola-Carmona JJ, López-Liria R, Padilla-Góngora D, Daza MT, Aguilar-Parra JM, Salido-Campos MÁ. Factors associated with the anxiety, subjective psychological well-being and self-esteem of parents of blind children. *PloS one*. 2016; 11(9): e0162294.
- Biabangard E. A comparison of social skills between blind, deaf and normal high school female student in Tehran. *JOEC*. 2005; 5(1) :55-68.
- Duffy AL, Penn S, Nesdale D, Zimmer-Gembeck MJ. Popularity: Does it magnify associations between popularity prioritization and the bullying and defending behavior of early adolescent boys and girls? *Social Development*. 2017; 26(2):263-77.
- Ashori M, Ghasemzadeh S, Dallalzadeh Bidgoli F. The Impact of Play Therapy Based on Cognitive-behavioral Model on the Social Skills of Preschool Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Child Ment Health*. 2019; 6(2) :27-39. [In Persian].
- Beijan LL. Incorporating interpersonal neurobiology in child parent relationship therapy. *International Journal of Play Therapy*. 2020; 29(2):65.
- Cooper J, Brown T, Yu ML. A retrospective narrative review of filial therapy as a school-based mental health intervention. *International Journal of Play Therapy*. 2020; 29(2):86.
- Ashori M, Abedi A. Meta-Analysis of the Effectiveness of Interventions Based on Play Therapy on the Adaptive Behavior in Children with Intellectual Disability. *J Child Ment Health*. 2020; 7(1) :93-105. [In Persian].
- Adili, S. The effectiveness of Filial play therapy on social- emotional skills in 5 to 6-year-old preschool girls of Isfahan. *Clinical Psychology and Personality*. 2020; 13(2): 97-104. [In Persian].
- Tahmasbi A, khosropour F. The effectivness of parent-child relationship management (CPRT) on social skills and emotional regulation of children under the age of 12 with ADHD. *Rooyesh*. 2019; 8 (6) :113-122. [In Persian].

26. Lavasani, M., keramati, H., Kadivar, P. Effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on social adjustment and educational adaptability of students with reading disorder. *Journal of Learning Disabilities*. 2018; 7(3): 91-109. [In Persian].
27. Cornett N, Bratton SC. A golden intervention: 50 years of research on filial therapy. *International Journal of Play Therapy*. 2015; 24(3):119.
28. Jindal-Snape D. Generalization and maintenance of social skills of children with visual impairments: Self-evaluation and the role of feedback. *Journal of Visual Impairment & Blindness*. 2004; 98(8):470-83.
29. Sangganjanavanich VF, Cook K, Rangel-Gomez M. Filial therapy with monolingual Spanish-speaking mothers: A phenomenological study. *The Family Journal*. 2010; 18(2):195-201.
30. Karami J, Shafeei B, Heidarisharaf P. Effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on reforming the social maladjustment of female students with intellectual disabilities. *Journal of exceptional education*. 2015; 3(131):21-30.
31. Lindo NA, Opiola K, Ceballos PL, Chen SY, Meany-Walen KK, Cheng YJ, Barcenas G, Reader E, Blalock S. The impact of supervised filial therapy training on attitude, knowledge, and skills. *The Family Journal*. 2016; 24(3):239-46.
32. Mahaki F, Shrif Jondani H, Mahaki V. Effectiveness of play therapy on life skills of children with intellectual disability. *Exceptional Education Journal*. 2016; 2(139):23-9.
33. Lee S. The Effects of Filial Therapy on Families of Children with Cancer: Mother's Family Function and Parenting Stress and Children's Behavior Problems. *Journal of Symbols & Sandplay Therapy*. 2017;8(2):23-43.
34. Yadegari A. The Effectiveness of Filial Therapy (Play Therapy Based On Parent-Child Relationship) On Oppositional Defiant Disorder in Preschool Children. *International Journal of Medical Investigation*. 2021;10(1):56-67.
35. Karimi E, DashtBozorgi Z. The Effects of Filial Therapy on the Mother-Child Interaction and Behavioral Problems of Children with Intellectual Disability. 2020; 10 :186-186.
36. Ebrahimi E, Mirzaie H, Borujeni MS, Zahed G, Baghban AA, Mirzakhani N. The effect of filial therapy on depressive symptoms of children with cancer and their mother's depression, anxiety, and stress: A randomized controlled trial. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*. 2019; 20(10):2935.
37. Allen B. Child-Parent Relationship Therapy for Externalizing Problems: A Meta-analysis and Methodological Critique. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*. 2020; 5(4):426-36.
38. Kim E, Jang M. Effects of Pre-Parent Education Program Using Filial Play Therapy on the Empathy, Self-Acceptance, and Self-Efficacy of Adolescents Terminated from Protection of Institutional Care. *Journal of Symbols & Sandplay Therapy*. 2020; 11(1):147-90.
39. Gilmartin D, McElvaney R. Filial therapy as a core intervention with children in foster care. *Child Abuse Review*. 2020 Mar.
40. Kiyani Z, Mirzai H, Hosseini S A, Sourtiji H, Hosseinzadeh S, Ebrahimi E. The Effect of Filial Therapy on the Parenting Stress of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorde. *Jrehab*. 2020; 21(2) :206-219. [In Persian].
41. Husseini Ardakani A, pournemat M. The effects of play therapy based on parent-child relationship on reducing separation anxiety disorder. *JNIP*. 2019; 3(7) :1-15. [In Persian].
42. Shahim, S. Examining social skills in a group of blind students according to teachers. *Journal of Psychology and Educational Sciences*. 2002; 32(1): 121-129. [In Persian].
43. Ashori, M. Play therapy (main theories and techniques). Isfahan: Academic Jihad Publications. 2018. [In Persian].
44. Ghorbanian E, Mohammadloo H, Habibi Asgarabad M, Hasanabadi F. Attachment Style and Social Skills of Children: The Function of Mediator Emotional Intelligence. 2016; 3(4):278-8. [In Persian].
45. Perrier MF, Gurgel-Juarez N, Flowers HL, McCormick A, Short SJ. Mindfulness-based interventions for children and adolescents across all settings: a scoping review protocol. *Systematic reviews*. 2020; 9(1):1-7.
46. Alcover C, Mairena M, Rodríguez-Medina J, Mezzatesta M, Balañá G, Elias N, Elias M, Arias-Pujol E. Measuring Changes in Social Skills Throughout an Intervention Program for Children with ASD, Contributions from Polar Coordinate Analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2022; 12:1-5.
47. Mostafavi, S., Shaeeri, M., Asghari Moghaddam, M., Mahmoudi Gharaie, J. Effectiveness of Educating Play Ther-apy Based on Child Parent Relationship Therapy (CPRT) According Landreth Model to Mothers on Reducing Child Behavioral Prob-lems. *Clinical Psychology and Personality*. 2013; 10(2): 33-4