

اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر سازش یافتگی 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*، 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 یافتگی 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 یافتگی 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 یافتگی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان ناتوان هوشی-آسیب دیده بینایی اثربخش بوده است. درصد غیرهمپوشی داده‌های سازش یافتگی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی در ۲ موقعیت خط پایه و مداخله برای ۳ آزمودنی به ترتیب ۸۸٪ و ۱۰۰٪ و شاخص درصد بهبودیداری به ترتیب ۱۴/۰۴ و ۲۲/۴۱ 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 یافتگی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان ناتوان هوشی با آسیب بینایی ایفا کند. **واژه‌های کلیدی:** آسیب بینایی، بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک، سازش یافتگی اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، ناتوانی هوشی

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

مقدمه

بر اساس دهمین ویرایش انجمن ناتوانی‌های رشدی و هوشی آمریکا^۱، ناتوانی هوشی^۲ نوعی اختلال رشدی است که با محدودیت‌های معنادار در کارکرد هوشی و رفتار سازشی مشخص می‌شود، به‌گونه‌ای که رفتار سازشی به‌صورت مهارت‌های سازشی مفهومی، اجتماعی و عملی بیان می‌شود و قبل از سن ۱۸ سالگی شروع می‌شود (۱). شواهد نشان می‌دهد در بین 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 اشتباه تعبیر می‌شود و گاهی اوقات به‌صورت رفتارهای کلیشه‌ای یا ناسازگار توصیف می‌شود (۶).

یکی از مسائل مشاهده‌شده در کودکان ناتوان هوشی با آسیب بینایی، وجود مشکلاتی در سازش یافتگی اجتماعی^۳ می‌باشد (۷) و میزان آن به حدی است که بیشترین مشکلات را در مدرسه و خانه تشکیل می‌دهد (۸). سازش یافتگی اجتماعی فرآیندی در حال تحول و پویا است و به‌عنوان 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 یافتگی اجتماعی را به‌عنوان هماهنگ کردن رفتار به‌منظور برآورده ساختن نیازهای محیطی تعریف می‌کند که غالباً مستلزم اصلاح تکانه‌ها، هیجان‌ها یا نگرش‌ها است (۹).

یکی از هدف‌های عمده آموزش و پرورش کودکان با ناتوانی‌های هوشی ایجاد رفتارهای سازش‌یافته است؛ سازش یافتگی 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). وانتب و همکاران (۱۰) در بررسی کودکان با آسیب بینایی نشان

دادند بین محرومیت‌های بدنی و سازش‌نیافتگی شخصیت ارتباط وجود دارد و در معرض مشکلات شخصیتی بودن، ریشه روان‌زاد دارد. نوجوانان با آسیب بینایی از لحاظ سازش‌یافتگی شخصیت، دست‌کم 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 تمرکز 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^۴ (۱۴)، ولف (۱۵) و محمودی (۱۶) نشان داد افراد نابینا از نظر مهارت‌های اجتماعی با نارسایی‌هایی روبه‌رو هستند؛ آنها به‌طور مداوم با مشکلاتی مانند نگرش‌های منفی جامعه، تصویر ذهنی جامعه درباره درمانده و وابسته بودن نابینایان، 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 تقویت و دل‌گرم نمی‌کند)، طرد توسط همکلاسی‌های بینای خود، طرد به‌علت 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 یافتگی اجتماعی با مشکلات جدی روبه‌رو هستند؛ لذا افزایش مهارت‌های مطلوب در این کودکان روش‌ها و برنامه‌های آموزشی و درمانی متفاوتی را می‌طلبد. یکی از مداخلات مؤثر در این حوزه،

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

3. Social adjustment
4. Jindal-Snape

سازش‌نیافتگی اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی (۳۰)، افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان (۳۱)، بهبود مهارت‌های زندگی کودکان کم‌توان ذهنی (۳۲)، کاهش مشکلات رفتاری (۳۳، ۳۴، ۳۵)، افسردگی کودکان (۳۶)، مشکلات رفتاری برونی‌شده (۳۷)، همدلی، پذیرش خویش 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 یافتگی 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 یافتگی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان ناتوان هوشی با آسیب بینایی مورد بررسی قرار دهد.

روش

روش این پژوهش مورد منفرد^۱ 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^۱ می‌باشد که این الگواز زیر مجموعه‌های روش تباردرمانی (فرزنددرمانی) گرنی 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 سنین 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 می‌تواند در بهبود رفتار سازشی کودکان کم‌توان ذهنی سهم قابل توجهی داشته باشد. یافته‌های پژوهش عدیلی، میرزایی 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 نارسایی توجه همراه با بیش فعالی نشان دادند. لواسانی، کرامتی و کدیور (۲۶) در بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر سازش یافتگی اجتماعی و سازش یافتگی 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 براتون (۲۷) نشان دادند بازی درمانی باعث افزایش رضایت خانواده، انعطاف‌پذیری، انسجام روابط اعضا و در نتیجه افزایش عملکرد خانواده می‌شود. جیندال اسنپ (۲۸) نشان داد که بازی‌های مبتنی بر تکنیک‌های نمایشی باعث افزایش و بهبود مهارت‌های اجتماعی و سازشی در افراد با نیازهای ویژه می‌شود.

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

1. Child- Parent Relationship Play Therapy

2. Single Subject Research

سازش‌یافتگی اجتماعی از طریق همبستگی درونی بین نمره‌های حاصل از اجرای مقیاس‌های مزبور نشان می‌دهد همبستگی همه سطوح متغیر وابسته (سازش‌یافتگی اجتماعی) دو به دو معنادار و در جهت مثبت است و بیشترین مقدار همبستگی متعلق به سطوح قالب‌های اجتماعی و علایق ضد اجتماعی است و مقدار آن برابر $0/38$ می‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت بین سطوح شش‌گانه سازش‌یافتگی 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 $0/78$ و روایی با روش آلفای کرونباخ $0/80$ به دست 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 سرزندگی، 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 و 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 $0/94$ گزارش شده است. همچنین روایی پرسشنامه در ایران، توسط خانزاده (۱۳۸۳) از طریق تحلیل عاملی با نمونه ۱۶۰ دانش‌آموز کم‌شنوا، 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 $0/863$ به دست آمده که معنادار و رضایت بخش است. در پژوهش حاضر، پایایی این پرسشنامه با روش بازآزمایی در فاصله زمانی یک ماهه $0/88$ و روایی با روش آلفای کرونباخ $0/86$ به دست 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، بیانگر تغییر رفتار در طول مداخله می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دانش‌آموزان با ناتوانی‌های هوشی-نابینا شهر اصفهان در دوره ابتدایی که در مدارس استثنایی مشغول به تحصیل بودند، می‌باشد. این دانش‌آموزان از طریق اطلاعات وارد شده 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 دیپلم به بالا و ملاک‌های خروج شامل عدم همکاری والد و کودک و غیبت بیش از یک جلسه بود.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه سازش‌یافتگی اجتماعی

این پرسشنامه توسط کلارک و همکاران (۱۹۵۳) جهت تعیین سازش‌یافتگی فردی و اجتماعی ساخته شده است و دارای ۱۸۰ پرسش (۹۰ پرسش جهت تعیین سازش‌یافتگی فردی و ۹۰ پرسش جهت تعیین سازش‌یافتگی اجتماعی) است. در این پژوهش جهت سنجش میزان سازش‌یافتگی دانش‌آموزان ناتوان هوشی با آسیب بینایی از پرسشنامه سازش‌یافتگی اجتماعی کالیفرنیا استفاده شد. این آزمون جزیی از آزمون شخصیتی کالیفرنیا می‌باشد که دارای چند فرم است. فرم ۶-۱۹ 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 سازش‌یافتگی شخصی و اجتماعی است و شامل ۱۸۰ پرسش دوگزینه‌ای از نوع (بلی یا خیر) می‌باشد. سازش‌یافتگی شخصی و اجتماعی هر یک به طور جداگانه دارای ۹۰ پرسش می‌باشد. در زمینه سازش‌یافتگی اجتماعی ۵ زمینه مطرح می‌باشد که عبارت‌اند از: قالب‌های اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، علایق ضد اجتماعی، روابط مدرسه‌ای و روابط اجتماعی. آخوندی (۱۳۷۶)، از روش روایی همگرا برای رواسازی 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 ۱۰ جلسه ۱۴۰ 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	محتوا	تکالیف
۱	آشنایی با مفاهیم پایه و اهداف 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	<ul style="list-style-type: none"> □ توجه به یکی از ویژگی‌های ظاهری کودک. □ تمرین پاسخ بازتابی. □ همراه آوردن عکس کودک □ تمرین ۳۰ ثانیه انفجار توجه.
۲	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 درباب 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).	<ul style="list-style-type: none"> □ تهیه فهرست اسباب بازی‌ها □ تعیین زمان مکان بازی و گزارش دادن در جلسه
۳	آموزش بایدها و نبایدهای جلسات ۳۰ دقیقه‌ای بازی والدین با کودک	مرور تکالیف خانگی جلسه قبل / معرفی بایدها و نبایدهای جلسات بازی. بایدها 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. <u>نبایدهای جلسات بازی:</u> از هیچ‌یک از رفتارهای کودک انتقاد نکنید / از کودکی تعریف و تمجید بیجا نکنید / از کودک پرسش‌های هدایت شده نپرسید / اجازه قطع جلسه بازی کودک را ندهید / به دادن اطلاعات یا آموزش درباب موضوع نپردازید / به کودک نصیحت‌های اخلاقی نکنید / شما شروع‌کننده فعالیت‌های جدید در طول بازی نباشید / در حین بازی منفعل و ساکت نباشید.	<ul style="list-style-type: none"> □ تکمیل فهرست اسباب بازی‌ها. □ تهیه کارت‌های تعیین وقت برای هر جلسه. □ مرور بایدها و نبایدهای هر جلسه قبل از شروع بازی. □ اجرای جلسه بازی در زمان و مکان مقرر. □ در صورت امکان ضبط و ثبت محتوای جلسات بازی در منزل.

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
اولین جلسه	آموزش اعمال محدودیت‌گذاری والدین برای کودک	مرور تکالیف خانگی جلسه قبل / اعمال ۳ گام محدودیت‌گذاری (ارجاع والدین به دفترچه مخصوص والدین) / ایفای نقش با نشان دادن فیلمی در خصوص مهارت‌های مورد نیاز در جلسه بازی و ۳ گام محدودیت‌گذاری.	<ul style="list-style-type: none"> □ تکمیل برگه‌های مخصوص تمرین محدودیت‌گذاری. □ مرور مجدد مطالب قبل از شروع جلسه بازی. □ اجرای جلسه بازی در زمان و مکان مقرر. □ در صورت امکان ضبط و ثبت محتوای جلسات بازی در منزل.
دومین جلسه	حمایت و تشویق والدین در هنگام یادگیری و تمرین مهارت‌های جلسه بازی.	تمرکز عمده این جلسه بر حمایت و تشویق والدین در هنگام یادگیری و تمرین مهارت‌های جلسه بازی است لذا مطالب جدیدی در این جلسه مطرح نمی‌شود تا والدین احساس درماندگی و ناتوانی نکنند. / همانند سایر جلسات آموزشی عمده زمان جلسه بر گزارش‌های والدین از جلسات بازی در منزل و مشارکت فعالانه در خصوص مرور جلسات ضبط شده والدین می‌گذرد (مرور و بررسی جلسه بازی ضبط شده). / به‌طور کلی این جلسه به مرور و تحکیم مهارت‌های ارائه شده در جلسات قبل می‌گذرد و مهارت‌های جدید در این جلسه ارائه نمی‌شود.	<ul style="list-style-type: none"> □ مرور مجدد مطالب قبل از شروع جلسه بازی. □ اجرای جلسه بازی در زمان و مکان مقرر. □ در صورت امکان ضبط و ثبت محتوای جلسات بازی در منزل. □ تکمیل برگه‌های مخصوص تمرین محدودیت‌گذاری.
سومین جلسه	تمرکز بر افزایش خودکارآمدی والدین در امر فرزندپروری	برنامه کار افزایش خودکارآمدی در امر فرزندپروری همراه با ایجاد اعتماد به نفس و عزت‌نفس والدین است با این هدف که به کودکان به صورت فعال پاسخ دهند تا عزت‌نفس 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 تصمیم‌گیری به کودک. / ایفای نقش نمایش فیلم مهارت‌های جلسه بازی و حق انتخاب دادن به کودک.	<ul style="list-style-type: none"> □ مرور مجدد مطالب قبل از شروع جلسه بازی. □ اجرای جلسه بازی در زمان و مکان مقرر. □ در صورت امکان ضبط و ثبت محتوای جلسات بازی در منزل. □ تمرین حق انتخاب بیرون از جلسات بازی.
چهارمین جلسه	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.	<ul style="list-style-type: none"> □ مرور مجدد مطالب قبل از شروع جلسه بازی □ اجرای جلسه بازی در زمان و مکان مقرر. □ در صورت امکان ضبط و ثبت محتوای جلسات بازی در منزل. □ تمرین پاسخ‌های ایجادکننده اعتماد به نفس (در طی جلسات بازی و خارج از زمان بازی). □ نوشتن نامه‌ای برای فرزند با اشاره به ویژگی‌های مثبتش.

جلسه	هدف	محتوا	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.	<ul style="list-style-type: none"> □ مرور مجدد مطالب قبل از شروع جلسه بازی. □ اجرای جلسه بازی در زمان و مکان مقرر. □ تمرین تشویق در مقابل پاداش. □ در صورت امکان ضبط و ثبت محتوای جلسات بازی در منزل.
۲	تعمیم 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.	<ul style="list-style-type: none"> □ مرور مجدد مطالب قبل از شروع جلسه بازی. □ اجرای جلسه بازی در زمان و مکان مقرر. □ ارائه گزارشی از اعمال محدودیت در خارج از جلسه بازی. □ ارائه گزارشی از دفعات نوازش و لمس کردن فرزند در طول یک هفته. □ بازی کشتی بین پدر، مادر و کودک. □ 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 آموخته شده و بحث و گفتگو در مورد تغییرات اتفاق افتاده در رفتار کودکان.	مرور کلیه موارد مهمی که هر یک از والدین آموخته‌اند / بحث و گفتگو در باب تغییرات اتفاق افتاده در وضعیت و رفتار کودکان نسبت به ۱۰ هفته قبل / مرور اطلاعات اولیه از فرم‌های مخصوص اطلاعات والدین / تشویق کردن بازخوردهای 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 سازش‌یافتگی اجتماعی اجرا شد و خط پایه آنها مشخص شد. پس از ۳ جلسه خط پایه، برنامه بازی درمانی مبتنی بر

رابطه والد-کودک انفرادی برای مادران هر ۳ آزمودنی اجرا شد. مداخله بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک شامل ۱۰ جلسه بود که محتوای آن در جدول (۱) آمده است. در هر جلسه، آزمودنی به همراه والد خود به صورت انفرادی به مدت ۱۲۰ دقیقه تحت آموزش و تمرین قرار می‌گرفت و پس از هر جلسه مجدداً آزمون‌های مهارت‌های اجتماعی و سازش‌یافتگی اجتماعی اجرا می‌شد. به عنوان پیگیری پس از یک ماه از پایان مداخله، ۳ جلسه پیگیری هرکدام به فاصله ۲ هفته از آخرین جلسه مداخله اجرا شد. برای هر آزمودنی داده‌های مربوط به ۳ موقعیت خط پایه، آزمایش و پیگیری به ترتیب بر روی یک نمودار رسم شد و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها

مشارکت‌کننده تنها با مادر خود زندگی می‌کرد و تک‌سرپرست 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 ۱۰ 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 یافتگی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری در جدول ۲ و ۳ آمده است. توصیف نمرات سازش یافتگی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی در جدول (۴) آمده است.

از تحلیل دیداری نمودارها^۱ و شاخص‌های روند^۲، ثبات^۳، درصد داده‌های غیرهمپوش (PND)^۴ و درصد داده‌های همپوش (POD)^۵ 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 دست‌آمده درحین 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 یافتگی اجتماعی در موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری

جلسات	جلسه یکم	جلسه دوم	جلسه سوم	جلسه چهارم	جلسه پنجم	جلسه ششم	جلسه هفتم	جلسه هشتم	جلسه نهم	جلسه دهم	جلسه یازدهم	جلسه دوازدهم	جلسه سیزدهم	جلسه چهاردهم
نفر ۱	۱۰۸	۱۱۱	۱۰۷	۱۱۵	۱۱۹	۱۲۵	۱۲۷	۱۲۹	۱۳۲	۱۳۵	۱۳۷	۱۳۵	۱۳۸	۱۳۶
نفر ۲	۱۰۳	۹۸	۱۰۱	۱۰۴	۱۰۹	۱۱۱	۱۱۶	۱۲۰	۱۲۸	۱۳۲	۱۳۳	۱۳۴	۱۳۷	۱۳۹
نفر ۳	۱۰۹	۱۰۴	۱۰۶	۱۱۱	۱۱۳	۱۱۷	۱۱۷	۱۲۳	۱۲۵	۱۲۹	۱۳۱	۱۳۳	۱۳۴	۱۲۹

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

جلسات	جلسه یکم	جلسه دوم	جلسه سوم	جلسه چهارم	جلسه پنجم	جلسه ششم	جلسه هفتم	جلسه هشتم	جلسه نهم	جلسه دهم	جلسه یازدهم	جلسه دوازدهم	جلسه سیزدهم	جلسه چهاردهم
نفر ۱	۳۳	۳۲	۳۵	۳۹	۳۹	۴۲	۴۲	۴۳	۴۷	۴۹	۴۹	۴۹	۵۰	۵۱
نفر ۲	۳۰	۳۴	۳۳	۳۸	۳۸	۴۰	۴۱	۴۴	۴۶	۴۸	۴۹	۴۹	۵۱	۵۰
نفر ۳	۳۶	۳۴	۳۵	۳۹	۳۹	۴۱	۴۱	۴۳	۴۵	۴۸	۴۸	۴۹	۵۲	۵۲

1. Visual analysis
2. Trending
3. Stability

4. Percentage of Non-Overlapping Data
5. Percentage of Overlapping Data

روند نشان از اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر سازش یافتگی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان ناتوان هوشی-نابینا دارد.

نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد نمرات سازش یافتگی 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 یافتگی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی

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

بررسی بیشتر در این طرح از شاخص‌های طرح مورد منفرد استفاده شده است. در ابتدا نمرات خام اندازه‌گیری‌های مکرر سازش یافتگی 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 چشم‌گیری داشته است. به‌طور کلی تأثیر بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر سازش یافتگی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی مؤثر بوده است. به‌منظور

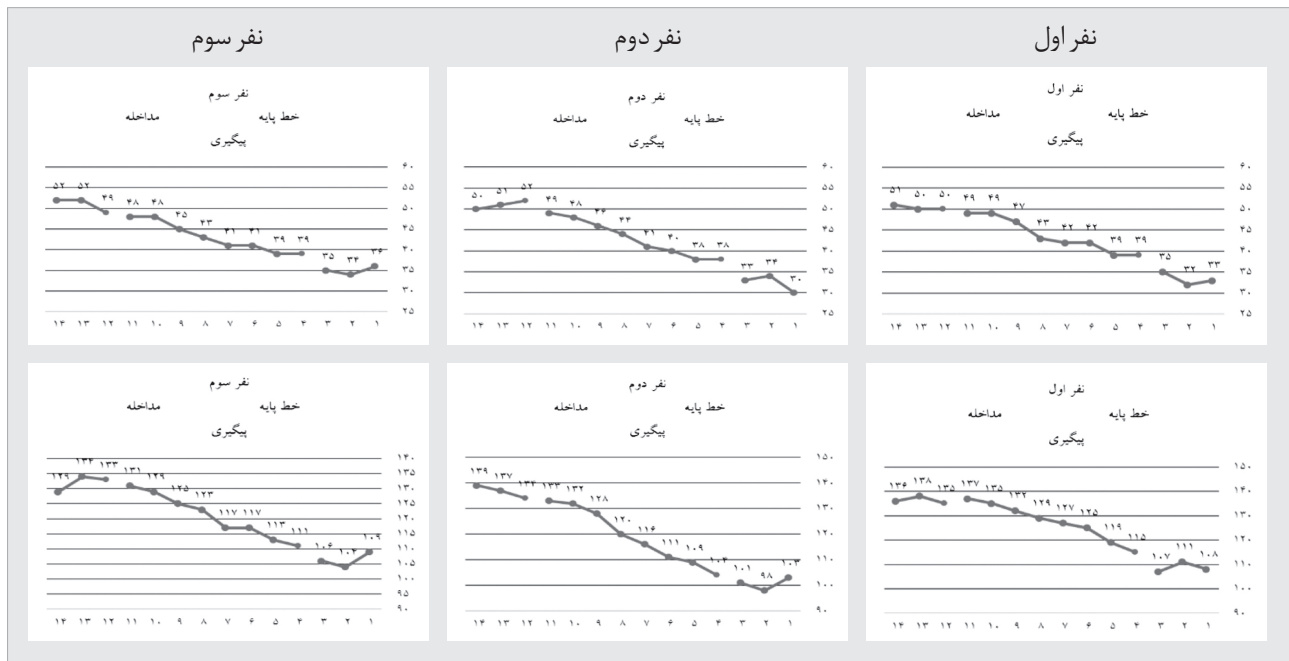
جدول ۵) بررسی نمرات کلی مهارت‌های اجتماعی و سازش یافتگی اجتماعی

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

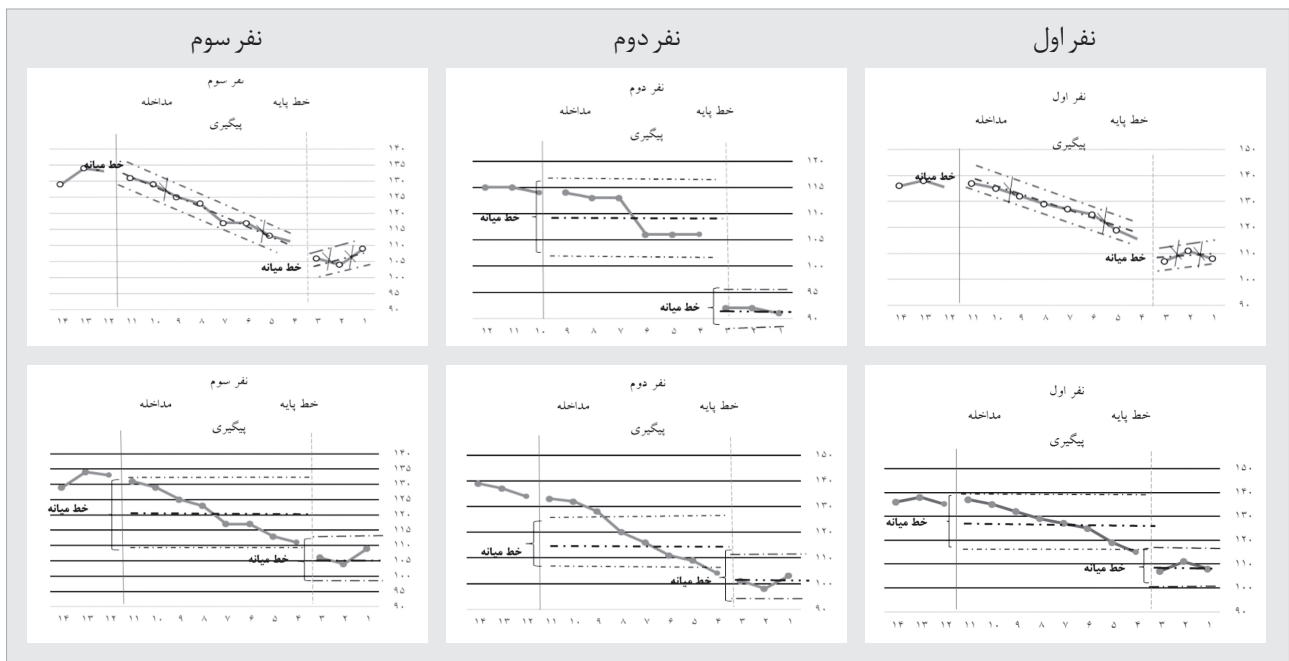
مبتنی بر رابطه والد-کودک بر سازش یافتگی اجتماعی مشاهده می‌شود. در جدول (۵) شاخص‌های PND، POD، درصد بهبودی و اندازه اثر کلی تأثیر بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر سازش یافتگی اجتماعی گزارش شده است.

همان‌گونه که در شکل (۱) مشاهده می‌شود با توجه به روند افزایشی خطوط، سازش یافتگی 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 یافتگی اجتماعی و نمرات مهارت های اجتماعی



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



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

اندازه اثر	درصد بهبودی	POD	PND	شاخص ها
۱/۷۳	۱۴/۶۹	%۰	%۱۰۰	نفر اول
۱/۴۶	۱۵/۴۹	%۲۵	%۷۵	نفر دوم
۱/۵۷	۱۱/۹۴	%۱۲	%۸۸	نفر سوم
۱/۵۸	۱۴/۰۴	%۱۲	%۸۸	کل

اثر افزایشی داشته است. در شکل (۳) تحلیل درون موقعیتی و بین موقعیتی تأثیر آموزش 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 با 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 یافتگی اجتماعی مؤثر و

شکل ۳) خط روند و 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 یافتگی 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.

هنگام‌های 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 سازش‌یافته‌ی 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 درحین 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 دانش‌آموزان 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 هنگام‌های محیط را بیاموزد و عملکرد مطلوب‌تری را از خود نشان بدهد.

علاوه بر این، سازش‌یافتگی 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 دلبستگی 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 هشپاری 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 سازش‌یافتگی او می‌انجامد.

یافته دوم پژوهش نشان داد بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر مهارت‌های اجتماعی هر ۳ دانش‌آموز ناتوان هوشی با آسیب بینایی تأثیر معناداری داشته است. این یافته با پژوهش‌های طهماسبی و خسرویپور (۲۵)، عدیلی و همکاران (۲۴)، لیندو و همکاران (۳۱)، و جیندال اسنیپ (۲۸)، سانگانجاناوانیچ و همکاران (۲۹) در راستای اثربخشی بازی درمانی بر مهارت‌های اجتماعی و روابط والد-فرزند، به‌صورت 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 سازش‌یافتگی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی می‌شود. یافته نخست این پژوهش نشان داد بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر سازش‌یافتگی اجتماعی هر ۳ دانش‌آموز ناتوان هوشی با آسیب بینایی تأثیر معناداری داشته است. این یافته با پژوهش‌های عاشوری و عابدی (۲۳)، لواسانی و همکاران (۲۶)، کرمی و همکاران (۳۰)، کانت و براتون (۲۷) و جیندال اسنیپ (۲۸) در راستای اثربخش بودن بازی درمانی بر سازش‌یافتگی اجتماعی به‌صورت 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 همبازی 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 قضاوت است که به والد در دیدن واضح و پذیرش هیجانات کودک کمک می‌کند، بنابراین والدین در خلال بازی 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 سازش‌نیافتگی اجتماعی کودک خود، وقتی آنها خود وارد حیطه درمانی می‌شوند، متوجه مشکلاتی از جانب خود مثلاً زیر پرسش بردن کودک خود برای یک اشتباه کوچک شده و سعی در برطرف کردن مشکلات به‌وجود 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 می‌گذارند و به بهبود آن کمک زیادی می‌کنند (۲۲). همچنین می‌توان گفت کودکان درحین 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 درونی‌سازی 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 انزوای اجتماعی کودک می‌شود (۴۲). این انزوای 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 خانواده‌محوری 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 دلبستگی ایمن در کودک، سعی در حل تعارض‌های برخاسته از رابطه ناسالم والد و فرزند دارد. این در حالی است که مجموع ناتوانی‌های هوشی و نابینایی در یک کودک، می‌تواند مشکلات جدی و متعددی را در حوزه‌های گوناگون رفتاری، اجتماعی و هیجانی ایجاد کند و کیفیت زندگی‌اش را متأثر سازد. لذا مداخلاتی که به بهبود مشکلات این کودکان کمک نماید، از ارزش بالایی برخوردار هستند. در این راستا، بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک می‌تواند با بهبود تعامل کودکان با ناتوانی‌های هوشی - نابینا با والدین خود و فراهم کردن زمینه مناسبی برای بیان احساسات، منجر به بهبود سازش یافتگی 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 دانش‌آموزان مشارکت‌کننده در این پژوهش، دانش‌آموزان ۸ تا 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 یافتگی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی کودکان با ناتوانی‌های هوشی-نابینا، این مداخله، به‌عنوان یک دوره درمانی اثربخش جهت ارتقا مهارت‌های اجتماعی و هیجانی و بهبود سلامت روان کودکان با ناتوانی‌های رشدی و آسیب-بینایی در مراکز درمانی و توان بخشی توسط درمانگران به‌کار 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 منافی وجود ندارد.

اشاره 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 خانواده‌محوری 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 بردباری بیشتری را نشان می‌دهند. این امر، فضای نامساعد خانه و روابط غیردوستانه اعضا را تعدیل می‌کند و به بهبود عملکرد بین فردی کودک منجر می‌شود (۴۷).

همچنین می‌توان اظهار داشت وجود ناتوانی هوشی-نابینایی در کودک، در اکتساب مهارت‌های اجتماعی تأثیر نامطلوبی دارد و این کودکان نسبت به کودکان بهنجار، چالش‌های بیشتری 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 روشی 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، تجارب 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 به‌صورت 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، خودشناسی 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

1. Khanzadeh H, Abbas A, Beh Pajoh, A, Afrooz 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].
2. Evensen KV. Children with severe, multiple disabilities: Interplaying beings, communicative becomings. *Childhood Cultures in Transformation*. 2021:54.
3. Alimović S. Vision problems in children with intellectual disabilities. *Hrvatska Revija za Rehabilitacijska Istrazivanja*. 2017; 53: 98-104.
4. 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.
5. Sutherland G, Couch MA, Iacono T. Health issues for adults with developmental disability. *Research in developmental disabilities*. 2002; 23(6):422-45.
6. Emerson E, Baines S, Allerton L, Welch V. Health inequalities and people with learning disabilities in the UK.
7. 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.
8. 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.
9. Hecker T, Boettcher VS, Landolt MA, Hermenau K. Child neglect and its relation to emotional and behavioral problems: A cross-sectional study of primary school-aged children in Tanzania. *Development and psychopathology*. 2019; 31(1):325-39.
10. 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.
11. Joseph JD, Rausch A, Strain PS. Social competence and young children with special needs: Debunking "mythconceptions". *Young exceptional children*. 2018; 21(1):48-60.
12. 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].
13. 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.
14. 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.
15. Sacks S, Wolffe KE. Teaching social skills to students with visual impairments: From theory to practice. American Foundation for the Blind; 2006.
16. 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.
17. 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.
18. Biabangard E. A comparison of social skills between blind, deaf and normal high school female student in Tehran. *JOEC*. 2005; 5(1) :55-68.
19. 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.
20. 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].
21. Beijan LL. Incorporating interpersonal neurobiology in child parent relationship therapy. *International Journal of Play Therapy*. 2020; 29(2):65.
22. 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.
23. 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].
24. 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].
25. Tahmasbi A, Khosropour F. The effectiveness 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 Disorder. *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 Gharai, J. Effectiveness of Educating Play Therapy Based on Child Parent Relationship Therapy (CPRT) According Landreth Model to Mothers on Reducing Child Behavioral Problems. *Clinical Psychology and Personality*. 2013; 10(2): 33-4