

بررسی تاثیر بازی درمانی در پیشرفت آموزشی معلولین ذهنی آموزش پذیر

The Effectiveness of Play therapy on Educational Achievement of Educable mentally handicappeds

مسعود صیادی^۱، نیما گنجی^۲، مریم فرشادان^۳

Abstract

The present project investigates effectiveness of Play therapy on Educational Achievement of Educable mentally handicappeds. It is an experimental pre test-post test study. The study population included mentally handicapped children under 14 years of Bushehr welfare centers. 45 participants were selected by using of simple random sampling and data were collected by Examine the lessons learned. The results showed differences between the treatment groups before and after the implementation. In fact, the experimental group showed significant differences between pretest and posttest, but the difference between pretest and posttest in control group was not significantly different, indicating effect of Play therapy in Improving of educational achievement. Also, no significant difference between the educational achievement of boys and girls.

Keywords: Educational Achievement, Mentally handicapped, Play therapy

چکیده

هدف از این مطالعه بررسی اثربخشی بازی درمانی در پیشرفت آموزشی معلولین ذهنی آموزش پذیر بود. تحقیق حاضر از نوع آزمایشی با گروه کنترل و با پیش آزمون و پس آزمون است. جامعه آماری پژوهش شامل معلولین ذهنی زیر ۱۴ سال بهزیستی بوشهر بود. نمونه ای به حجم ۴۵ نفر با شیوه تصادفی ساده انتخاب شده و در دو گروه مداخله یعنی گروه پسران و دختران و یک گروه گواه، هر کدام ۱۵ نفر، مورد آزمایش قرار گرفتند. داده ها از طریق ارزیابی دروس آموخته شده جمع آوری شد. نتایج بدست آمده بیانگر این بود که روش بازی درمانی در پیشرفت آموزشی کودکان معلول ذهنی مؤثر است. همچنین بین دانش آموزان دختر و پسر در پیشرفت آموزشی تفاوت معنی داری مشاهده نگردید.

واژه های کلیدی: پیشرفت تحصیلی، معلولین ذهنی، بازی درمانی

۱- نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه علوم تحقیقات خوزستان MASOUDSAYADIE@YAHOO.COM

۲- عضو گروه پژوهشی علوم شناختی جهاد دانشگاهی واحد البرز

۳- دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی

مقدمه

ناتوان هستند (گرهات^۳ و همکاران، ۱۹۹۵، به نقل از نائینیان، ۱۳۸۸). دامنه تغییر هوش این گروه بین ۵۰ تا ۷۰ است (سادوک، ۲۰۰۲). دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در برنامه آموزشی نسبت به همسالان خود در امر یادگیری و کسب مهارت‌های لازم کندتر هستند. این گروه از دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی عمدتاً دچار ضعف چشمگیر انگیزشی هستند. در اکثر جوامع این افراد نیز مانند افراد عادی از آموزش برخوردار می‌شوند ولی به اندازه آن‌ها در امر یادگیری موفق نیستند. این عدم موفقیت به ویژگی‌های خاص این دانش‌آموزان مانند دامنه توجه کوتاه، مشکلات حافظه‌ای و زبانی و هم به نحوه تدریس دروس به آن‌ها مربوط می‌شود (هالاهان^۴، ۱۹۹۴). از خصایص اصلی کودک کم‌توان ذهنی این است که دیر می‌آموزد و آموخته‌های خود را بزودی فراموش می‌نماید. همین موضوع باعث بروز مشکلات بسیاری در تعلیم و تربیت آنان می‌گردد (شریفی درآبادی، ۱۳۸۵). توجه به پیشرفت تحصیلی این گروه از افراد از زمان بینه آغاز شد. او دریافت که نمرات آزمون‌های وی قادر است کودکانی را که با توجه به مشاهدات کلاس درس باهوش و کم‌هوش قلمداد شده بودند را از هم تفکیک کند. بعدها نتایج امتحانات دانش‌آموزان ملاک قرار گرفت (فاتحی، ۱۳۸۲).

عوامل متعددی بر پیشرفت تحصیلی تأثیر می‌گذارد که از آن جمله می‌توان به رفتار اجتماعی، خودپنداری تحصیلی، راهبردهای یادگیری و انگیزش اشاره کرد (فرسیدز و ووفیلد^۵، ۲۰۰۳). در واقع پیشرفت تحصیلی، فرایندی است که می‌توان آن را نتیجه یادگیری دانست. پیشرفت تحصیلی فرایندی است که در اثر یادگیری دروس مختلف در قالب برنامه‌ریزی درسی دانش‌آموزان در یکسال تحصیلی گنجانده شده، حادث می‌شود (فیروزی، ۱۳۷۹).

به عبارت دیگر، پیشرفت تحصیلی، معلومات یا مهارت‌های اکتسابی عمدی یا اختصاصی در موضوع‌های درسی است که معمولاً به وسیله آزمایش یا نشانه‌ها و یا هر دو که معلم برای دانش‌آموزان وضع می‌کنند اندازه‌گیری می‌شود (عاشوری به نقل از محمدی، ۱۳۷۷). پژوهش‌های

مطالعات مختلف شیوع عقب‌ماندگی ذهنی را در کل جمعیت ۰/۳ تا ۱/۶ گزارش کرده‌اند (آیچستدولاوی^۱، ۱۳۷۸). بر اساس گزارش انجمن امریکایی کم‌توانی ذهنی (AAMR)^۲، کم‌توانی ذهنی، ناتوانی‌ای است که پیش از ۱۸ سالگی اتفاق می‌افتد و مشخصه آن محرومیت‌های فراوان در کارکردهای هوش و رفتار انطباقی، اجتماعی و عملی است (انجمن امریکایی عقب‌ماندگان ذهنی، ۲۰۰۲). کم‌توانان ذهنی از نظر رشد حرکتی ضعیف هستند و در ظرفیت‌های حسی- حرکتی، آگاهی بدنی، تعادل ایستا و پویا و هماهنگی حرکات عمده و ظریف با مشکل مواجه‌اند. فرمان واکنش کودک کم‌توان ذهنی، از کودک طبیعی کندتر است.

درصدی از معلولین ذهنی هر جامعه را معلولین ذهنی آموزش‌پذیر تشکیل می‌دهند. این کودکان تا حدودی نسبت به خواندن، نوشتن، ریاضیات و ... آموزش‌پذیر هستند. در عادات و انجام امور روزانه، بطور قابل ملاحظه‌ای می‌توان آن‌ها را تربیت کرد و در امور اجتماعی و شغلی تا اندازه‌ای آموزش‌پذیری دارند. تعداد زیادی از این کودکان در کلاس‌های ویژه عقب‌مانده‌های ذهنی مشغول به تحصیل هستند و در برخی از مناطق هم با وجودی که آموزش‌پذیری این کودکان در مقایسه با کودکان عادی پایین‌تر است، در کلاس‌های عادی پذیرفته می‌شوند. معمولاً می‌توانند بیاموزند، که خود را با محیط اجتماعی خارج از آموزشگاه یا مؤسسه وفق دهند. همچنین می‌توانند تا حد زیادی یا حتی بطور کامل به خود متکی باشند، به شرطی که آموزش مناسبی در این زمینه دیده باشند و تا حدودی هم تحت نظارت و مراقبت قرار گیرند. توجه به پیشرفت تحصیلی معلولین ذهنی از اهمیت زیادی برخوردار است. گروه کم‌توانان ذهنی آموزش‌پذیر حدود ۲ درصد از تعداد کل کودکان سنین مدرسه را تشکیل می‌دهند. این گروه از افراد در درک احساسات، هیجان‌ها و افکار دیگران، درک موضوع‌های عاطفی خود و دیگران، شناخت روابط اجتماعی و هیجانی و به طور کلی در درک دیدگاه‌ها و احساسات دیگران

³ Gerhat⁴ Halahan⁵ Fersides & Vofield¹ Apchested & Lavvy² American Association on mental Retardation (AAMR)

است که می‌گوید: "بازی عملکرد خود است، کوششی جهت هماهنگ کردن فرایندهای جسمی و اجتماعی خویشتن"^۵ (لندرث، ۲۰۰۲). بازی درمانی، روشی است که به یاری کودکان پر مشکل می‌شتابد تا بتوانند مسائل خود را به دست خویشتن حل کنند و در عین حال، نشان‌دهنده‌ی این واقعیت است که بازی برای کودک، همانند یک وسیله طبیعی است با این هدف که او بتواند خویشتن و همچنین ویژگی‌های درون خود را شناخته و بر آن اساس عمل کند. در این نوع درمان، به کودک فرصت داده می‌شود تا احساسات آزردهنده و مشکلات درون خود را از طریق بازی بروز داده و آنها را به نمایش بگذارد. همانند آن گونه از درمان‌هایی که افراد بزرگسال از طریق آن با "سخن گفتن" مشکلات خود را بیان می‌کنند (اکسلین^۵، ۱۹۷۹). این نوع درمان در مورد تعلیم و تربیت کودکان استثنایی و معلولین ذهنی نیز به کار می‌رود که عدم توانایی‌شان موجب آشوب و اضطراب در آنهاست (قزویی نژاد، ۱۳۸۷).

رفتار حل مسئله، یکی از عناصر مهم در بازی‌های مختلف است، بازی‌هایی مانند (منپولی، روپولی قدیم) موقعیت‌هایی را برای تصمیم‌گیری فراهم می‌کند. آنها کودکان را وادار می‌کنند تا پیش از برگزیدن یک راهبرد، رفتارهای انتخابی متعدد را مورد توجه قرار دهند، همانند خرید کردن یا خانه ساختن. همچنین، معلّمان می‌توانند بازی‌ها یا فعالیت‌هایی را ابداع کنند که با ارائه آن‌ها به کودکان مشکل‌دار، بتوانند به حل مسئله بپردازند (ارتور^۶، ۱۹۹۹). هر گاه زبان کلامی برای ابراز افکار و احساسات کودکان کفایت نکند، درمانگران از بازی درمانی برای کمک به کودکان برای ابراز آنچه آن‌ها را ناراحت کرده است، استفاده می‌کنند (جیل^۷، ۱۹۹۱). بازی درمانی رویکردی با ساختار و مبتنی بر نظریه درمان است که فرایندهای یادگیری و ارتباط طبیعی و نابهنجار کودک را پایه ریزی می‌کند (کارمیخائیل^۸، ۲۰۰۶، لندرث، ۲۰۰۲، اوکانر و شافر^۹، ۱۹۸۳). درمان‌گران از طریق بازی به کودکانی که مهارت‌های اجتماعی یا عاطفی‌شان ضعیف است، رفتارهای سازگارانه‌تری را می‌آموزند (پدرو- کارول و

علمی نشان داده است که افراد مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی می‌توانند از مزایای برنامه‌های سیستمی ورزش و بازی در حیطه رشد و نمو جسمانی، مهارت حرکتی و سلامت عمومی بهره‌مند شوند و از این رهگذر با موفقیت از عهده انجام اعمال روزمره مانند مهارت‌های شغلی و فعالیت‌های اوقات فراغت برآیند. مزایای شناختی این برنامه‌ها افزایش آگاهی از اصول حرکتی و بازی با رعایت قوانین ایمنی و درک قوانین و شیوه‌های بازی و ورزش‌هاست. در حیطه عاطفی، کسب تجارب موفق در حین بازی موجب تقویت اعتماد به نفس افراد می‌شود. افراد مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی می‌توانند از طریق بازی و ورزش، استفاده مفید از اوقات فراغت و نحوه‌ی تعامل با دیگران را به شیوه جامعه پسند بیاموزند (آیچستدولوی، ۱۳۷۸).

این نظریه که هوش میزان ثابتی دارد و در زمان لازم با سرعت مطلوب خود شکوفا می‌شود تا به یک نقطه پیش بینی شده قبلی برسد، امروزه به میزان قابل توجهی از اعتبار افتاده است. تجارب کودک نقش مهمی را در رشد ذهنی او بازی می‌کند. از همان ابتدای امر کودک باید مفاهیمی مانند مقدار، مسافت، اندازه، عدد و فضا را از تجارب مستقیم خویش کسب و تقویت نماید (قاضی و کدیور، ۱۳۵۵). تجربه موفقیت آمیز در حرکات و بازی‌ها برای او ضروری است و مشارکت در برنامه‌های ورزشی و بازی، زمینه خوبی برای پذیرش آنان در بین سایر دانش‌آموزان فراهم می‌آورد. اکائر و براورمن^۱ (۱۹۹۷)، به تأثیر بازی درمانی در کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری پرداختند و در ارزیابی نهایی بعد از درمان کاهش معنی دار اختلالات را مشاهده کردند. گیل^۲ (۲۰۰۳) بازی را وسیله طبیعی کودک برای بیان و اظهار "خود" می‌داند. آلفرد آدلر^۳ (۱۹۹۷)، معتقد است هرگز نباید به بازی‌ها به عنوان روشی برای وقت‌کشی نگاه کرد و یا گاری لندرث^۴ (۲۰۰۱)، اظهار می‌دارد که بازی کردن برای کودک، مساوی است با صحبت کردن برای یک بزرگسال؛ بازی و اسباب‌بازی، کلمات کودکان هستند. متأسفانه هیچ تعریف واحد و جامعی در مورد بازی وجود ندارد. تنها تعریفی که اغلب بدان استناد می‌شود از اریکسون (۱۹۹۸)

⁵ Exlein⁶ Artoor⁷ Gill⁸ Karmitchael⁹ Ookaner & Shapher¹ Oconror&Braverman² Gill³ Adler⁴ Lendres

ردی^۱، ۲۰۰۵). رابطه‌ی حسنه‌ای که بین درمانگر و کودک کودک در طول جلسه‌های بازی‌درمانی شکل می‌گیرد، تجربه مهمی را که برای درمان لازم است فراهم می‌آورد (موستاکس^۲، ۱۹۹۷). در بازی درمانی، اسباب‌بازی‌ها مثل کلمات کودک و بازی زبان کودک است (لندر^۳، ۲۰۰۲). علاوه بر این، کودکان عقب مانده ذهنی به مهارت‌هایی نیاز دارند که با کاربرد روزانه و ممارست طبیعی حفظ گردیده و به علت عدم استفاده از آن فراموش نشود. (اسنل^۴، ۱۹۹۸).

در بازی، کودک نقش‌های مختلف را به عهده می‌گیرد و در می‌یابد کدام نقش بیشترین لذت را به او می‌دهد. در عین حال بازی او را قادر می‌سازد که رضایت بخش‌ترین رابطه‌ها را با دیگران برقرار سازد (به نقل از فیروزی، ۱۳۷۹). بازی یکی از روش‌های تقویت ابراز وجود است. این شیوه به صورت روشنی در جهت بهبود روابط بین فردی و گفتگو با دیگران است که این نیز به نوبه خود بر یادگیری و پیشرفت تحصیلی اثر می‌گذارد، زیرا روابط بین فردی عالی منجر به ایجاد اعتماد و همدلی و نیز باعث افزایش تعلق و حرمت نفس و خویش‌نپذیری و فضای مثبتی را برای یادگیری به وجود می‌آورد (استیپک^۵، ۲۰۰۲). معلولین ذهنی در مدرسه می‌توانند خدمات سودمندی از بازی درمانی بدست آورند، درمانگر و فرایند بازی درمانی به دلیل پایداری و استمرار ارتباط کودک با مدرسه، نوع نگاه مسؤلان و مدرسه به امور کودک و مشکلات آن‌ها و همچنین امکان اقدام بلافاصله برای مدرسه در مورد مشکلات کودکان زمینه را برای موفقیت بیشتر درمانگر و بازی‌درمانی مهیا می‌سازد (انجمن بازی درمانگران بریتانیا^۶، ۲۰۰۴). بازی کارکردی متناسب با سن است، تلاشی است که همزمان در یک فرایند بدنی و اجتماعی انجام می‌شود. بازی عموماً نقطه مقابل کار است. یک فعالیت سرگرم کننده که فارغ از اجبار و غیر منطقی بودن فرصت مناسبی را جهت بیان احساسات به فرد می‌دهد (هاجز^۷، ۱۹۹۵). به نقل از رأی و همکاران، ۲۰۰۷).

۲۰۰۷). بازی یک فعالیت کاملاً ذاتی است که به وقایع یا افراد پیرامون ما وابسته نیست (کسیکزن^۸ میهالی، ۱۹۷۶؛ پلانت، ۱۹۷۹، به نقل از لاندريت^۹، ۲۰۰۲). بازی درمانی تکنیکی است که به وسیله آن طبیعت کودکان بصورت بیانی مطرح می‌شود و روشی است برای مقابله با استرس‌های هیجانی و همچنین برای کودکانی که دچار آشفتگی هیجانی ناشی از مشکلات خانوادگی هستند به کار می‌رود. تحقیقات انجام شده در سال‌های اخیر تأکید پژوهش‌گران را بر بازی درمانی نشان می‌دهد و آن را به عنوان تکنیکی که مشکلات تحصیلی، هیجانی و اجتماعی را کاهش می‌دهد، مطرح می‌کند (براتون، رأی، رهاین و جونز^{۱۰}، ۲۰۰۵، جوزف و ریان^{۱۱}، ۲۰۰۴). کلور^{۱۱} (۲۰۰۳) در پژوهشی تأثیر بازی درمانی در درمان کودکانی که تحت تأثیر آزار فیزیکی و جنسی قرار گرفته بودند را مورد بررسی قرار داد که نتایج بدست آمده این روش را در کنار روش خانواده درمانی به عنوان یک درمان کامل توصیه می‌نماید. تحقیقی که توسط فیروزی (۱۳۷۹)، در زمینه بررسی اثرات فعالیت‌های بدنی و بازی‌های پرورشی بر پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دوره ابتدایی استان آذربایجان غربی انجام شد، نشان داد که فعالیت‌های بدنی و بازی‌های پرورشی بر پیشرفت تحصیلی پسران دوره ابتدایی استان آذربایجان غربی بطور معنی داری تأثیر داشته است اما بر روی پیشرفت تحصیلی دختران دوره ابتدایی این استان تأثیر معنی دار نداشته است.

در پژوهش حاضر از اصول بازی درمانی آکلاین که شامل ایجاد ارتباط عاطفی با کودک، پذیرش کامل کودکان، ایجاد احساس آزادی عمل در کودک، رهبر بودن کودک، حفظ احترام کودک است، استفاده شده که برگرفته از نظریه راجرز (آکلاین^{۱۲}، ۱۹۶۹؛ به نقل از تکین و سزیر^{۱۳}، ۲۰۱۰) است.

هدف این پژوهش بررسی اثر بازی درمانی بر پیشرفت تحصیلی معلولین ذهنی دختر و پسر زیر ۱۴ سال استان بوشهر در سال ۱۳۹۱ است. با توجه به مطالب اشاره شده پژوهش حاضر با ارائه راهبردهای بازی درمانی به بررسی

¹ Pedro, Karol & Reddy

² Moustaks

³ Elnedret

⁴ Isnell

⁵ Estipke

⁶ British Association of play therapy

⁷ Hagez

⁸ Landreth

⁹ Bratton, ray, Rhine & Jones

¹⁰ Josefi & Ryan

¹¹ Klorer

¹² Axline

¹³ Tekin, Sezar

این مسأله می‌پردازد که آیا چنین راهبردی می‌تواند نقش مؤثری بر پیشرفت تحصیلی معلولین ذهنی آموزش پذیر داشته باشد؟

بر همین اساس سه فرضیه تدوین می‌شود که عبارتند از:

- بین میزان پیشرفت تحصیلی معلولین ذهنی دخترانی که در بازی شرکت داده می‌شوند با میزان پیشرفت تحصیلی معلولین ذهنی دخترانی که در این بازیها شرکت داده نمی‌شوند تفاوت معنادار وجود دارد.
- بین میزان پیشرفت تحصیلی معلولین ذهنی پسری که در بازی شرکت داده می‌شوند با میزان پیشرفت تحصیلی معلولین ذهنی پسری که در این بازیها شرکت داده نمی‌شوند تفاوت معنادار وجود دارد.
- بین میزان تأثیر بازی درمانی بر پیشرفت تحصیلی معلولین ذهنی دختر و پسر تفاوت معنادار وجود دارد.

روش

در این پژوهش از یک طرح آزمایشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. بدین منظور با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی سه گروه ۱۵ نفری به تعداد ۴۵ نفر انتخاب شدند. یک گروه، گروه دختران و یک گروه پسران مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی که بازی درمانی را دریافت نمودند و یک گروه گواه که هیچ‌گونه درمان و یا مداخله‌ای دریافت نمودند. دو گروه دختران و پسران از لحاظ تأثیر گذاری بازی درمانی بر پیشرفت آموزشی مورد مطالعه قرار گرفتند و آثار آن با گروه گواه مورد مقایسه قرار گرفت. در این پژوهش، آزمودنی‌ها قبل و بعد از مداخله درمانی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

آزمودنی‌ها به طور تصادفی به دو گروه درمان دختران و پسران و گروه گواه گمارده شدند. سنجش برای همه گروه‌های پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری انجام گرفت. گروه‌های درمانی مداخله دریافت نمودند و گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت ننمود. متغیر مستقل در این پژوهش اجرای بازی درمانی و عدم مداخله در نظر گرفته شد و متغیر وابسته پیشرفت تحصیلی است. پیش‌آزمون قبل از اعمال مداخله درمان بازی درمانی صورت گرفت و پس‌آزمون در پایان مرحله اعمال مداخلات آزمایشی برای هر دو گروه آزمایشی صورت گرفت. پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات ارزیابی بود که در اثر یادگیری دروس مختلف در قالب برنامه ریزی

درسی معلولین ذهنی در یکسال تحصیلی گنجانده شده بود. به این ترتیب که قبل از انجام مداخلات وضعیتی تحصیلی با استفاده از نمرات آزمون تحصیلی خاص این مراکز سنجیده شد و پس از اجرای مداخلات بازی درمانی در مرحله پس‌آزمون، مجدداً تمامی معلولین در هر سه گروه یعنی دو گروه مداخله و گواه مجدداً بوسیله آزمونی که در مرحله پیش‌آزمون اجرا شد، آزمون و در پایان نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های درمان و گروه گواه با هم مقایسه شد. پیگیری پس از مرحله اعمال مداخلات آزمایشی انجام گرفت. پیش‌آزمون و پس‌آزمون شامل امتحان از کلیه دروس یاد گرفته شده بود. گروه‌های مداخله تحت آموزش بازی درمانی قرار گرفتند. شیوه‌های آموزش توسط روانشناس بالینی مجرب و آموزش دیده به آزمودنی‌ها ارائه شد. جلسات مداخله برای هر گروه مداخله ۱۶ جلسه بود و در هر هفته دو بار اجرا می‌شد که طول جلسات یک ساعت بود.

جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه معلولین ذهنی آموزش‌پذیر دختر و پسر مراکز آموزشی معلولین ذهنی زیر ۱۴ سال اداره کل بهزیستی استان بوشهر بود. در استان بوشهر تعداد ۱۰۴ نفر معلول ذهنی زیر ۱۴ سال در مراکز آموزشی بهزیستی از خدمات این مراکز بهره‌مند هستند که جامعه آماری این پژوهش را تشکیل می‌دادند. از این جامعه نمونه‌ای به تعداد ۴۵ نفر به شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص داده شدند. یکی از گروه‌های آزمایشی گروه پسران و دیگری گروه دختران بود. در این پژوهش برای سنجش پیشرفت تحصیلی گروه‌های آزمایش و کنترل از نمرات درسی آزمودنی‌ها قبل از شروع برنامه درمان برای نمره پیش‌آزمون استفاده گردید و پس از اتمام دوره بازی درمانی مجدداً وضعیتی تحصیلی و نمرات آزمودنی‌ها در همان دروس به عنوان نمره پس‌آزمون مورد پذیرش قرار گرفت.

دستورالعمل تکنیک‌های بازی درمانی خاص کودکان عقب‌مانده ذهنی از منابع مربوط به انجمن بازی درمانگران بریتانیا (۲۰۰۴) تهیه و اجرا گردید که خلاصه‌ای از این روش‌ها بصورت خلاصه در جدول زیر آمده است.

جدول ۱.

دستورالعمل تکنیک های بازی درمانی خاص کودکان عقب مانده ذهنی و انجمن بازی درمانگران بریتانیا، ۲۰۰۴

نوع بازی	گروه هدف	وسایل مورد نیاز	نوع بازی	زمان
کلمات احساسی	کودکان مبتلا به اختلال رفتاری، مشکلات اضطرابی و کودکان مبتلا به نقص توجه و بیش فعالی	۸ تکه کاغذ ۱۵ در ۲۵، یک عدد مارکرف، تعدادی ژتون شامل تعدادی سکه یا تکه	فردی و گروهی	۳۰
صندلی ها	کودکان پرخاشگر، رقابتی، منزوی و کودکی که تمایل به شرکت در بازی های گروهی ندارند.	تعدادی صندلی - تعداد صندلی ها باید یکی کمتر از شرکت کنندگان باشد	فردی و گروهی	۳۰
زندگی خود را رنگ بزنید	کودکانی که قادر به بیان احساسات خود نیستند	وسایل رنگ آمیزی از قبیل رنگ و ماژیک	فردی و گروهی	۴۰
بلند کردن میله های رنگی	کودکانی که قادر به بیان احساسات خود نیستند	تعدادی میله رنگی	فردی و گروهی	۳۰
بادکنک خشم	کودکان پرخاشگر، منزوی و کودکی که در کنترل خشم خود مشکل دارند	تعدادی بادکنک	فردی و گروهی	۲۰
زنگ ساعت	کودکان مبتلا به نقص توجه و بیش فعالی	ساعت زنگ دار، تعدادی ژتون و تعدادی مکعب	فردی و گروهی	۲۰
حرکات آهسته	کودکانی که در حرکات خود مشکل دارند و یا نقص توجه یا بیش فعالی دارند	ساعت، تعدادی کارت، جایزه	فردی و گروهی	۲۰
حباب بازی	کودکان پرخاشگر و کودکی که در کنترل خشم خود مشکل دارند	حباب ساز	فردی و گروهی	۲۰
قوطی نگران	کودکان مبتلا به ترس و نگرانی و مشکلات عاطفی	قوطی، کاغذ رنگی، چسب و قیچی	فردی و گروهی	۲۰
کلاه مهمانی روی هیولا	کودکان مبتلا به ترس و نگران	کاغذ همراه با آموزش برای کشیدن، کلاه میهمانی	فردی و گروهی	۳۰

برای تحلیل داده های آماری از برنامه نرم افزار SPSS-16 استفاده شد.

یافته ها

نمره های پیشرفت تحصیلی گروه های آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲.

میانگین و انحراف معیار نمرات پیشرفت تحصیلی گروه های آزمایش و کنترل

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون گروه پسران	۱۵	۳۴/۴	۳/۲۰
پس آزمون گروه پسران	۱۵	۲۷/۳۳	۶/۲
پیش آزمون گروه دختران	۱۵	۲۹/۶	۱/۲۹
پس آزمون گروه دختران	۱۵	۲۶/۵۳	۱/۱۳
پیش آزمون کنترل	۱۵	۲۸/۴۷	۰/۹۲
پس آزمون کنترل	۱۵	۲۸/۶۰	۰/۹

میانگین های گروه های کنترل چنین تغییراتی را در این دو مرحله اجرای آزمون نشان نمی دهند.

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می گردد، میانگین های نمرات گروه های درمانی و گروه کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون تغییراتی را نشان می دهند، اما



جدول ۳.

مقایسه میانگین گروه آزمایش و کنترل در پیشرفت تحصیلی

سطح معناداری	t	خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	گروه
۰/۰۱	۲/۸۹	۰/۴۹	۲/۷۷	۱/۴۸	۱۵	دختران آزمایش
		۱۱	۰/۶۸	۰/۳۰	۱۵	گروه
۰/۰۱	۴/۳۲	۰/۳۸	۲/۳۱	۱/۶۶	۱۵	پسران آزمایش
		۰/۹۲	۰/۵۲	۰/۱۹	۱۵	گروه

یافته‌های به دست آمده از جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل هم در دختران و هم در پسران در پیشرفت تحصیلی تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۴.

مقایسه میانگین گروه دختران و پسران

ضریب اطمینان	T	خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	گروه
۰/۴۰	۰/۱۹	۹/۲	۰/۵۳	۰/۰۰۱	۱۵	آزمایش
		۰/۱۰	۰/۰۶۱	۰/۰۰۴	۱۵	گروه

وی نشان داده است که فعالیت‌های بدنی و بازی‌های پرورش بر پیشرفت تحصیلی پسران دوره ابتدایی استان آذربایجان غربی بطور معنی‌داری تأثیر داشته است و بر روی پیشرفت تحصیلی دختران دوره ابتدایی این استان تأثیر معنی‌دار نداشته است. این بدان معنا است که میان دو گروه دختر و پسر در پیشرفت تحصیلی تفاوت معنادار وجود دارد. در تبیین این نتایج می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

بازی درمانی در مقایسه با سایر روش‌های درمانی که برای معلولین ذهنی به کار می‌رود از یک امتیاز ویژه برخوردار است و آن جذابیت است. کودکان جدای از ویژگی‌های شخصی و جدای از دارا بودن و یا نبودن هر گونه اختلالی، تمایل ذاتی به بازی به عنوان یک فعالیت لذت بخش دارد. بازی زبان کودک است که خود واقعیش را صرف نظر از هر گونه محدودیتی بروز می‌دهد. ذات بازی توام با لذت است و این اولین خاصیت درمانگری بازی است که کودک دارای معلولیت ذهنی را درگیر یک فعالیت لذت بخش می‌کند که احساس شادی و نشاط در کودک ایجاد می‌کند. این

یافته‌های به دست آمده از جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه پسران و دختران از نظر پیشرفت تحصیلی تفاوت معنادار وجود ندارد.

بحث

همانگونه که نتایج پژوهش نشان داد فرضیه اول و دوم پژوهش که بیانگر معنی‌داری تفاوت پیشرفت تحصیلی گروه دختران و پسران معلول ذهنی که در بازی‌ها شرکت نموده‌اند با پیشرفت تحصیلی گروه‌گواه که در بازی‌ها شرکت نکرده‌اند تأیید شد. نتایج این پژوهش با پژوهش اعظمی (۱۳۸۶) که به بررسی نقش بازی در پیشرفت تحصیلی کودکان پایه سوم ابتدایی شهر تهران پرداخت هماهنگ است.

اما نتایج بررسی و تجزیه و تحلیل آماری نشان داد تفاوت بین گروه‌های دختر و پسر در پیشرفت تحصیلی معنی‌دار نبود که با تحقیقی که توسط فیروزی (۱۳۷۹)، در زمینه بررسی اثرات فعالیت‌های بدنی و بازی‌های پرورشی بر پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دوره ابتدایی استان آذربایجان غربی انجام شد، ناهماهنگ است. نتایج پژوهش

- سمت، ص ۱۲۸، ۱۲۹ و ۱۳۰.
- سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینا (۲۰۰۳). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی. ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان (۱۳۸۴). تهران: انتشارات ارجمند.
 - عاشوری، احمد، ملایری ترکمن، مهدی، فدایی، زهرا. (۱۳۸۷). اثربخشی گروه درمانی متمرکز بر ابراز وجود در کاهش پرخاشگری و بهبود پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دبیرستانی، مجله ی روانپزشکی بالینی، سال چهاردهم، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۷.
 - سیف، علی اکبر (۱۳۸۰). روانشناسی پرورشی. تهران، انتشارات، آگاه.
 - فاتحی خشکناپ، لیلا (۱۳۸۲). بررسی ارتباط بین عزت نفس و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان کلاس چهارم مقطع ابتدایی ناحیه ۲ شهر اراک در سال تحصیلی ۸۲-۸۱، پایان نامه کارشناسی ارشد، علامه طباطبایی.
 - فیروزی، امیر (۱۳۷۹). بررسی اثرات فعالیت های بدنی و بازی های پرورشی بر پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دوره ابتدایی، تهران، طرح جامع آموزش و پرورش آذربایجان غربی.
 - قاضی، قاسم، کدیور، نعمت، (۱۳۵۵). بازی تفکر کودک است. تهران، انتشارات مدرسه عالی پارسی.
 - قزوینی نژاد، حمیرا؛ کلیات بازی درمانی، تهران، آبیژ، ۱۳۸۷، چاپ دوم، ص ۱۴ و ۱۵.
 - لندرث، گریل؛ بازی درمانی، ترجمه خدیجه آرین، تهران، اطلاعات، ۱۳۶۹، ص ۷.
 - نائینیان، عباس (۱۳۸۸). تأثیر آموزش باور کاذب بر اکتساب نظریه ذهن دانش آموزان کم توان ذهنی ۸ تا ۱۱ سال. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران. دانشگاه علوم تربیتی و توانبخشی.

منابع انگلیسی

- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). *The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. Professional Psychology: Research and Practice, 36*, 376-390.
- Carmichael, K. D. (2006). *Play therapy ; An Introduction Glenview, Il: Prentice Hall.*
- Gill, E. (1991). *Healing Powel Of Play: Working With Abused Children. Journal Of Anxiety Disorder (18)*, 59-479.
- Gil, E. (2003). *Art and Play therapy with sexually abused children. In. C. A. Malchiodi (ED), Handbook of art therapy (pp. 152-166). New York: The Guilford Press.*
- Hallahand Kauff Man, M. (1994). *Exceptional children: Special introduction. Javadian.M. (Persian translator) fifth edition. Mashhad. Astan Quds Razavi Publication company, PP:56-5.*
- Hall, T. M., Kaduson, H. G., & Schaefer, c. e. (2002). *Fifteen Effective Play Therapy Techniques. Profesional Psychology: Research*

لذت کودک را ترغیب به ادامه درمان می‌نماید و متعاقب آن به پیشرفت تحصیلی منجر می‌شود؛ همانگونه که نتایج پژوهش حاضر بیانگر این موضوع است. قابل توجه است که بازی درمانی در کنار درمان‌های دیگر مانند گل‌درمانی و خانواده‌درمانی درمان مؤثری است. بنابراین با توجه به یافته‌های این پژوهش، این نکته قابل تأکید است که با فراهم ساختن زمینه مناسب، مسؤلان بهداشت روان، معلمین، مشاوران، مددکاران و سایر پرسنل شاغل در مراکز توانبخشی آموزشی معلولین ذهنی کشور می‌توانند شیوه‌های درمانی بازی درمانی را به صورت کارآمد و مفید در پیشرفت تحصیلی معلولین ذهنی و تمامی دانش‌آموزان در مراکز آموزشی و مدارس سازمان بهزیستی و کشور در برنامه خود قرار دهند. در این پژوهش تأثیر بازی بر پیشرفت تحصیلی مورد بررسی قرار گرفت. بدیهی است می‌توان تأثیر بازی‌های آموزشی را بر سایر مهارت‌های کودکان معلول ذهنی از جمله مهارت‌های جسمی، اجتماعی، ذهنی و... مورد تحقیق قرار داد.

در پایان از همکاری صمیمانه اداره کل بهزیستی استان بوشهر و کلیه پرسنل مراکز آموزشی توانبخشی معلولین ذهنی استان بوشهر و کلیه معلولین عزیز کمال تشکر و سپاس داریم.

منابع فارسی

- آیچستدکارل، باری لاوله (۱۳۷۸) تربیت بدنی برای کودک عقب مانده‌ی ذهنی از نوزادی تا بزرگسالی، ترجمه علی شهرامی و رضا قیقانی، انتشارات پژوهشکده کودک استثنایی، ص ۶۸.
- آرتور اس ربر (۱۹۹۵). فرهنگ روان‌شناسی (توصیفی). ترجمه یوسف کریمی و دیگران (۱۳۹۰)، انتشارات رشد، تهران، صفحات ۶۹۴-۶۹۳.
- الهه، محمداسماعیل؛ کلیات بازی‌درمانی: نظریه‌ها، روش‌ها و کاربردهای بالینی، تهران، دانژه، ۱۳۸۲، ص ۳۹.
- اعظمی، محمود (۱۳۸۶)، نقش بازی در پیشرفت تحصیلی (زبان آموزی) کودکان پایه سوم مقطع ابتدایی، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران. دانشگاه علوم تربیتی و توانبخشی، تهران، دانشکده علوم تربیتی و توانبخشی.
- اکسلین، ویرجینا؛ بازی‌درمانی، ترجمه احمد حجاران، تهران، کیهان، ۱۳۶۵، ص ۲۰.
- انکینسون، ریتال، انکینسون، ریچارد. س، هیلگارد، ارنست (۱۹۹۸). *زمینه روانشناسی (جلد دوم)*. ترجمه محمدتقی برهانی، سعید شاملو، مهرداد گاهان، یوسف کریمی و کیانوش هاشمیان (۱۳۸۲). تهران: انتشارات رشد.
- رضانی نژاد، رحیم (۱۳۸۲) تربیت بدنی در مدارس، انتشارات

and Practice. Vol. 33. No. 6, 515-522.

- Josefi, O., & Ryan, Y. (2004). *Non-directive play therapy for young children with autism: A cases study. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 9, 533-551.*
- Klorer, P. G. (2003). *Sexually Abused Children: Group Approaches. In C.*
- Malchiodi, A. (2003). *Handbook of art therapy (pp. 339-349). New York: The Guilford Press.*
- Landreth, G. L. Landreth, G. L., (2002). *Play Therapy: The Art Of The Relationship. New York, N.Y. Brunner-Routledge.*
- Landreth, G. L. (2002). *Play therapy: The art of the relationship (2 ed). New York: Brunner-Routledge.*
- Moustakas, C. (1997). *Relationship Play Therapy. North vale, N.J.: Jason Aronson, Inc.*
- Oonner, K.J., Schaefer, E. (1983). *Handbook of Play Therapy. New York, N.Y.: John Wiley and Sons, Inc.*
- Oconnor, K. & Braverman, L. (1997). *Play therapy theory and practice: A comparative Presentation. New York: Wiley.*
- Pedro- Carroll, S., Reddy, L. (2005). *H. Preventive Play Intervention To Foster Children Resilience in the after of divorce. In L. Roddey, T. files.*
- Ray, D., Schottelkorb, A., & Tsai, M-H. (2007). *Play therapy with children exhibiting symptoms of Attention Deficit Hyperactivit Disorder. International Journal of Play Therapy, 16, 95-111.*
- Ryan, V. (2004). *Adapting non-directive play therapy for children with attachment disorder. Clinical Child Psychology & Psychiatry, 9(1), 75-87.*
- Shell, M. E. (1988). *Curriculum And Methodology For People With Severe Disabilities. Education. And Training Of The Mentally Retarded. 23.302-314.*
- Zhang, L. (2001). *Do Thinking Styles Contribute to Academic Achievement Beyond Self-rated Abilities. The Journal of Psychology, 135, 6, pp. 621-637.*