Downloaded from www.exceptionaleducation.ir at 20:45 IRST on Tuesday March 1st 2016

اثربخشی تمرین بازی‌های حرکتی اجتماعی بر کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان چندمعلولیتی: یک مطالعه تک‌آزمودنی

حسن کریمی * / کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دبیر آموزش‌وپرورش شهرستان خدابنده

حکیمه محمودی / دانشجوی کارشناسی‌ارشد زبان و ادبیات‌فارسی دانشگاه زنجان، دبیر آموزش‌وپرورش شهرستان خدابنده

چکیده

زمینه: مشکلات رفتاری دانش‌آموزان چند معلولیتی، آن‌ها را با دشواری‌های متعدد شخصیتی و عاطفی مواجه کرده که این امر سازگاری با محیط را برایشان دشوار می‌کند. تعاملی که بین کاهش مشکل رفتاری، رشد اجتماعی و رشد حرکتی برقرار است، منجر شده تا فعالیت‌های جسمی - حرکتی در روند کاهش مشکلات رفتاری، نقش مهمی ایفا کنند. حال اگر این فعالیت‌های حرکتی از طریق بازی به دانش‌آموزان ارایه شود، تاثیر آن بر کاهش مشکلات رفتاری افزایش خواهد یافت. از این‌رو، هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی تمرین بازی‌های حرکتی اجتماعی بر کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان چندمعلولیتی بود.

روش: پژوهش حاضر، به‌صورت بررسی تک‌آزمودنی با استفاده از طرح سری‌های زمانی گروهی (AB) انجام شد. نمونه پژوهش را ۲ نفر از دانش‌آموزان پسر چندمعلولیتی (کم‌توان‌ذهنی همراه با فلج‌مغزی) شاغل به تحصیل در دوره مهارت‌های پیش‌حرفه‌ای شهرستان خدابنده در سال تحصیلی ۹۲- ۱۳۹۱ تشکیل دادند. گردآوری داده‌ها برای بررسی وضعیت مشکلات رفتاری آزمودنی‌ها، با به کاربردن پرسش‌نامه مهارت‌های اجتماعی گرشام و الیوت و تحلیل داده‌های حاصل از ارزیابی مشکلات رفتاری آزمودنی‌ها نیز با استفاده از روش تحلیل چشمی انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل از ارزیابی مشکلات رفتاری آزمودنی‌ها در پیش و پس از تمرین بازی‌های حرکتی اجتماعی که به وسیله معلم و والدین جمع‌آوری شد، نشان داد بازی‌های حرکتی اجتماعی می‌تواند تا ۲ برابر، نمره‌های آزمودنی‌ها را در هر یک از ۳ زیرمقیاس رفتارهای برون‌نمود، رفتارهای درون‌نمود و بیش‌فعالی کاهش دهد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر که نشان از تاثیر تمرین بازی‌های حرکتی اجتماعی بر کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان چندمعلولیتی دارد، پیشنهاد می‌شود مسئولان آموزش‌وپرورش استثنایی، اقدام به برگزاری دوره‌هایی برای افزایش آگاهی مربیان و والدین از تاثیرات انجام این بازی‌ها کنند.

واژه‌های کلیدی: بازی، بازی‌های حرکتی اجتماعی، دانش‌آموزان چندمعلولیتی

مقدمه

دانش‌آموزان قشر عمده‌ای از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند، به‌طوری که در کشورهای درحال‌توسعه، سهم این قشر از کل جمعیت به‌طور تقریبی به ۵۰ درصد می‌رسد(۱). در هر جامعه‌ای سلامت کودکان و نوجوانان اهمیت ویژه‌ای دارد و توجه به بهداشت روانی آن‌ها کمک می‌کند تا از نظر روانی و جسمی سالم بوده و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند. در این راستا، شناخت صحیح ابعاد مختلف جسمی و روانی این گروه سنی و کوشش در راه تامین شرایط مادی و معنوی مناسب برای رشد بدنی، عاطفی و فکری آن‌ها آشکارتر از آن است که احتیاج به تاکید داشته باشد (۲).

سازگاری اجتماعی و پذیرش مسئولیت‌های اجتماعی، از جمله اهداف مهم در آموزش‌وپرورش دانش‌آموزان با کم‌توانی‌ذهنی[1] به شمار می‌رود (۳). مشکلات رفتاری[2]، مشکلات فردی و اجتماعی[3] بسیاری را به وجود می‌آورد. کودکان با اختلال‌های رفتاری خانواده، آموزشگاه و

* Email: hassankarimi160@ut.ac.ir

1. Slow- paced
2. Behavioral problems
3. Social

Downloaded from www.exceptionaleducation.ir at 20:45 IRST on Tuesday March 1st 2016

اجتماع را با مسایل و دشواری‌های گوناگونی مواجه کرده و آن‌ها را نیز در برابر آشفتگی‌های روانی- اجتماعی دوران نوجوانی و حتی بزرگسالی آسیب‌پذیر می‌کنند (۴). پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که به‌طور تقریبی ۳۰ درصد کودکان و نوجوانان در طول زندگی خود یک اختلال روان‌پزشکی قابل تشخیص را تجربه خواهند کرد. تعداد کودکانی که وخامت مشکلات آن‌ها در حدی است که نیاز به درمانگری را مطرح می‌کند، حدود ۱۵ تا ۲۲ درصد تخمین زده شده است (۵). بین کم‌توانی‌ذهنی[1] و اختلال رفتاری ارتباطی وجود دارد، همچنین هرچه میزان کم‌توانی‌ذهنی شدیدتر باشد، احتمال اختلال رفتاری بیشتر است (۶).

بر همین اساس، این دانش‌آموزان نسبت به افراد عادی، مشکلات رفتاری بیشتری داشته و ارتباط ضعیفی را با همسالان خود نشان می‌دهند (۷). لازم به یادآوری است که این مشکل در سازش اجتماعی و برقراری ارتباط با دیگران، برای دانش‌آموزان چندمعلولیتی[2]، نسبت به دانش‌آموزانی که فقط یک نوع معلولیت (کم‌توانی‌ذهنی) دارند، به مراتب بیشتر است، همچنین این اختلال‌ها، منجر به نقص عملکرد در زمینه‌های گوناگون از جمله زمینه‌های تحصیلی و خانوادگی و سرانجام، باعث افت تحصیلی یا رفتارهای بزهکارانه می‌شود (۸). بنابراین استفاده از روش‌های درمانی در کاهش مشکلات رفتاری می‌تواند از اهمیت بسزایی برخوردار باشد. مهارت‌های حرکتی و جسمی یکی از روش‌هایی است که در بهبود مشکلات رفتاری کودکان چندمعلولیتی به‌ویژه کودکان با کم‌توانی‌ذهنی همراه با فلج‌مغزی استفاده می‌شود، همچنین اگر فعالیت‌های حرکتی به‌صورت بازی به کودک ارایه شود، تاثیر آن بیشتر بوده و افزون بر این، فرآیند بازی وجه درمانی نیز دارد. درواقع، بازی فرآیندی است که در آن کودک فرصت می‌یابد با محیط پیرامون خود ارتباط برقرار کند و از این طریق، به بیان تجربیات، احساسات و افکار خود بپردازد (۹). به بیان دیگر، طی فرآیند بازی، کودکان می‌توانند موانع را کاهش داده و احساسات‌شان را بهتر نشان دهند (۱۰).

پژوهش‌های انجام‌شده در رابطه با روش‌ها و مداخله بازی‌درمانی[3] در کاهش اختلال‌های هیجانی و رفتاری کودکان، هر کدام اثربخشی این روش را نشان داده‌اند. در پژوهشی که به وسیله مک‌گیو در سال ۲۰۰۰ با عنوان بررسی اثربخشی بازی‌درمانی گروهی[4] بر کاهش مشکلات رفتاری، افزایش سازگاری عاطفی، بهبود مفهوم و افزایش خودمهارگری در شمال تگزاس با نمونه‌ای ۳۰ نفره روی کودکان پیش‌دبستانی انجام شد، نتایج پژوهش حاکی از تمایلات مثبت در رفتار کودکان بود (۱۱). همچنین باگرلی و پارکر در سال ۲۰۰۵ بیان کردند که بازی‌درمانی بر یادگیری، خودکنترلی، مسئولیت، ابراز احساسات، احترام گذاشتن، پذیرش خود و دیگران، بهبود مهارت‌های اجتماعی، عزت‌نفس، کاهش افسردگی و اضطراب موثر است (۱۲). در پژوهش دیگری پاکمن و براتون در سال ۲۰۰۳ تاثیر بازی‌درمانی بی‌رهنمود گروهی را روی ۳۰ کودک پایه چهارم و پنجم که دارای مشکلات یادگیری و رفتاری بودند، بررسی کردند. نتایج مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار و اندازه اثر بالایی در درمان مشکلات رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود بود. پژوهشگران نتیجه گرفتند که بازی‌درمانی بی‌رهنمود متناسب با سن، نیازهای کودکان در این دامنه سنی را برآورده کرده و تاثیر سودمندی بر رفتار، سازگاری و مهارت‌های اجتماعی آن‌ها دارد (۱۳). در پژوهشی که زارع و احمدی در سال ۱۳۸۶ روی کودکان ۷ تا ۹ ساله مرکز شبانه‌روزی شهیدرضایی اقلید با نمونه‌ای به حجم ۶ نفر انجام دادند، نتایج پژوهش گویای آن بود که جلسه‌های بازی‌درمانی گروهی به شیوه شناختی- رفتاری موجب کاهش مشکلات رفتاری شده است (۱۴).

شایان ذکر است که در پژوهش حاضر؛ منظور از بازی‌های حرکتی، بازی‌هایی است که محور آن‌ها حرکت بوده و کودکان طی فرآیندی لذت‌بخش، محرک و غیرمستقیم و در جریان سیال آن به مفهوم خود می‌رسند. همچنین منظور از بازی‌های اجتماعی

1. Intellectual disability
2. Multi Handicap
3. Play Therapy
4. Group Play Therapy

Downloaded from www.exceptionaleducation.ir at 20:45 IRST on Tuesday March 1st 2016

نیز، بازی‌هایی است که در آن‌ها ۲ یا چند نفر در جریان بازی حضور داشته و روی یکدیگر تاثیر متقابل می‌گذارند. تاثیر متقابل و برقراری ارتباط با دیگران، اساس این بازی‌ها به شمار می‌رود (۱۵).

بنابراین با توجه به مطالب بیان‌شده، می‌توان به نقش موثر بازی‌های حرکتی اجتماعی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان پی‌برد، البته لازم به یادآوری است؛ از آنجا که پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه، بیشتر به تاثیر بازی‌درمانی گروهی و کودک‌محور پرداخته و این تاثیر را بیشتر بر کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان عادی، دارای کم‌توانی‌ذهنی، کودکان بیش‌فعال و دارای اختلال‌های رفتاری و هراس اجتماعی مورد بررسی قرار داده و کمتر به بررسی این مهم در دانش‌آموزان چندمعلولیتی پرداخته‌اند، از این‌رو ضرورت دارد تاثیر بازی‌درمانی بر این گروه از دانش‌آموزان با نیازهای ویژه نیز مورد پژوهش قرار گیرد. بر این اساس، هدف از انجام پژوهش حاضر، شناسایی اثربخشی بازی‌های حرکتی اجتماعی بر کاهش مشکلات رفتاری و خرده‌مولفه‌های آن (بیش‌فعالی، رفتارهای برون‌نمود و رفتارهای درون‌نمود) دانش‌آموزان چندمعلولیتی (با کم‌توانی‌ذهنی همراه با فلج‌مغزی) بود. از این‌رو، این پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال بود که آیا بازی‌های حرکتی اجتماعی می‌تواند مشکلات رفتاری دانش‌آموزان چندمعلولیتی را کاهش دهد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش پژوهش حاضر از نوع طرح‌های تک‌آزمودنی[1] بود. این طرح‌ها شامل مطالعه عمیق و انفرادی آزمودنی‌ها در شرایط و محیط‌های متفاوت هستند (۱۷). لازم به یادآوری است که پژوهش‌های تک‌آزمودنی انواع متفاوت و متنوعی دارند که در این پژوهش از طرح AB با سری‌های زمانی تک‌گروهی استفاده شده است. این طرح‌ها (سری‌های زمانی تک‌گروهی) دارای یک متغیر هستند و پژوهشگر در آن‌ها فقط به بررسی یک مقایسه می‌پردازد (۱۶). در طرح یادشده؛ نخستین موقعیت، دوره A یا خط پایه[2] است که در آن به ارزیابی مشکلات رفتاری آزمودنی‌ها در ۳ مولفه بیش‌فعالی، رفتارهای درون‌نمود[3] و رفتارهای برون‌نمود[4] قبل از تمرین بازی‌های حرکتی‌اجتماعی پرداخته شده است. دومین موقعیت نیز، دوره B را شامل می‌شود که به دوره عمل آزمایشی[5] نیز معروف است(۱۸). در این دوره (B)، مشکلات رفتاری آزمودنی‌ها در هر ۳ مولفه فوق، بعد از تمرین بازی‌های حرکتی اجتماعی، بررسی و ارزیابی می‌شود. لازم به اشاره است که روند ارزیابی در هر ۲ دوره A و B، از منظر والدین و معلم آزمودنی‌ها انجام شد. آزمودنی‌های پژوهش حاضر شامل ۲ نفر از دانش‌آموزان پسر چندمعلولیتی (دارای کم‌توانی‌ذهنی همراه با فلج‌مغزی) شاغل به تحصیل در دوره مهارت‌های پیش‌حرفه‌ای[6] شهرستان خدابنده در سال تحصیلی ۹۲- ۱۳۹۱ بودند که از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. هر ۲ آزمودنی در متغیرهای جنسیت و هوش‌بهر نیز همتا بودند.

ب) ابزار پژوهش: به‌منظور انجام این پژوهش از مقیاس درجه‌بندی مهارت اجتماعی[7] که گرشام و الیوت (۱۹۹۰) تهیه کرده بودند، استفاده شد. این مقیاس فراوانی رفتارهای موثر بر رشد کفایت اجتماعی و تطابق دانش‌آموز در خانه و مدرسه را اندازه‌گیری می‌کند و می‌تواند برای سرندکردن، طبقه‌بندی دانش‌آموزان و برنامه‌ریزی آموزش مهارت‌های اجتماعی استفاده شود. این مقیاس دارای ۳ فرم ویژه والدین، معلمان و دانش‌آموزان است که هر فرم از ۲ بخش اصلی مهارت اجتماعی و مشکلات رفتاری تشکیل شده است. این مقیاس برای ۳ دوره تحصیلی پیش‌دبستانی، دبستان و راهنمایی- دبیرستان طراحی شده است (۱۹). در پژوهش حاضر، از فرم مادر و معلمان ویژه دانش‌آموزان راهنمایی- دبیرستان، همچنین از زیرمقیاس مشکلات رفتاری که شامل ۳ خرده‌مقیاس بیش‌فعالی[8] (دارای ۶

1. Single Subject

2. Baseline
3. Internalizing
4. Externalizing
5. Treatment
6. Prevocational
7. Social Skills Rating Systems (SSRS)
8. Hyperactivity

Downloaded from www.exceptionaleducation.ir at 20:45 IRST on Tuesday March 1st 2016

گویه)، رفتارهای برون‌نمود (دارای ۶ گویه) و رفتارهای درون‌نمود (دارای ۵ گویه) است، استفاده شد. همسانی درونی و بازآزمایی به‌عنوان شاخص قابلیت اعتماد مقیاس و همچنین روایی[1] سازه این مقیاس نیز مطلوب گزارش شده است (۲۰). گرشام و الیوت پایایی این مقیاس را با استفاده از روش‌های بازآزمایی و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۴ گزارش داده‌اند. همچنین شهیم پایایی ۲ نیمه را با استفاده از فرمول اسپیرمن برای مشکلات رفتاری مقیاس ویژه والدین، ۰/۷۸ بیان کرد.

به‌منظور ارزیابی هوش‌بهر[2] آزمودنی‌های پژوهش حاضر؛ از آزمون وکسلر بزرگسالان استفاده شده است. این مقیاس از ۱۱ خرده‌مقیاس تشکیل شده که ۶ خرده‌مقیاس آن را مقیاس‌های کلامی و ۵ خرده‌مقیاس آن را نیز، مقیاس‌های غیرکلامی یا عملی تشکیل می‌دهند(۲۱). لازم به ذکر است که عابدی، امیدی و رضایت؛ در بررسی پایایی[3] این مقیاس؛ ضریب پایایی بازآزمایی خرده‌مقیاس‌ها را بین ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ و ضریب پایایی هوش‌بهرها را نیز، بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۴ گزارش کردند (۲۲).

ج) شیوه اجرا و گردآوری داده‌ها: به‌منظور ارزیابی مشکلات رفتاری آزمودنی‌ها برای تعیین خط پایه، مقیاس ارزیابی مشکلات رفتاری گرشام و الیوت در اختیار معلم آن‌ها (معلمی که بیشترین ساعات و تعداد درس را با این دانش‌آموزان گذرانده است) و همچنین والدین‌شان قرار گرفت و سپس از آن‌ها درخواست شد نظرات خود را در رابطه با مشکلات رفتاری هر کدام از آزمودنی‌ها به‌طور جداگانه در یک مقیاس ۳ درجه‌ای (هرگز، بعضی اوقات، اغلب اوقات) ارایه دهند. در ادامه؛ بعد از ارزیابی اولیه مشکلات رفتاری آزمودنی‌ها و تعیین خط پایه (دوره A)؛ به‌منظور کاهش مشکلات رفتاری آن‌ها در مولفه‌های رفتارهای برون‌نمود، رفتارهای درون‌نمود و بیش‌فعالی؛ هر ۲ آزمودنی به‌صورت گروهی طی ۱۲ جلسه (به مدت ۶ هفته و هر هفته ۲ جلسه)، بازی‌های حرکتی اجتماعی را دریافت کردند (دوره B) که طی هر جلسه، آزمودنی‌ها از نظر مشکلات رفتاری نسبت به جلسه‌های گذشته، بررسی و ارزیابی شدند. همچنین برای بررسی وضعیت آزمودنی‌ها در پیش و پس از تمرین بازی‌های حرکتی اجتماعی، از روش تحلیل چشمی استفاده شد. هر یک از این بازی‌ها؛ تعداد جلسه‌های تمرین‌شده و تاثیر آن‌ها بر مشکلات رفتاری آزمودنی‌ها، در جدول (۱) ارایه شده است.

جدول ۱. تمرین بازی‌های حرکتی اجتماعی در هر جلسه و تاثیر آن بر کاهش مشکلات رفتاری

تعداد جلسه‌ها	نوع بازی حرکتی اجتماعی	هدف
جلسه نخست	نخ‌کردن مهره‌ها	تقویت تمرکز، کاهش اضطراب، ابراز وجود
جلسه دوم	دارت	افزایش تمرکز، مهار خود، هماهنگی حرکات، ابراز وجود
جلسه سوم	ماروپله	رعایت نوبت، حس رقابت سالم، انتقادپذیری، توجه به صحبت‌های دیگران
جلسه چهارم	انتقال‌دادن بسته	همکاری، کاهش اضطراب، رعایت نوبت و نظم
جلسه پنجم	توپ پرنده	مهار خود، حس همکاری، تقویت عزت‌نفس
جلسه ششم	هماهنگ با آهنگ	ایجاد و تقویت تمرکز، افزایش اعتماد به خود
جلسه هفتم	قایم‌باشک	مسئولیت‌پذیری، حس همکاری، تمرکز حواس، دوست‌یابی، کاهش انزوا و گوشه‌گیری
جلسه هشتم تا دهم	مرور بازی‌ها	تثبیت و تقویت بهتر مهارت‌های آموخته‌شده
جلسه یازدهم و دوازدهم	مرور بازی‌ها به‌صورت تمرین با سایر همکلاسی‌ها	کنترل بهتر رفتارهای بیرونی و درونی و کاهش حواس‌پرتی

1.Validity
2. Intelligence Quotient (IQ)
3. Reliability

Downloaded from www.exceptionaleducation.ir at 20:45 IRST on Tuesday March 1st 2016

اطلاعات ارایه‌شده در جدول ۱، نوع تمرین بازی‌های حرکتی اجتماعی بر آزمودنی‌های چندمعلولیتی (کم‌توان‌ذهنی همراه با فلج‌مغزی) طی ۱۲ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) و تاثیر آن بر کاهش مشکلات رفتاری آن‌ها را نشان می‌دهد.

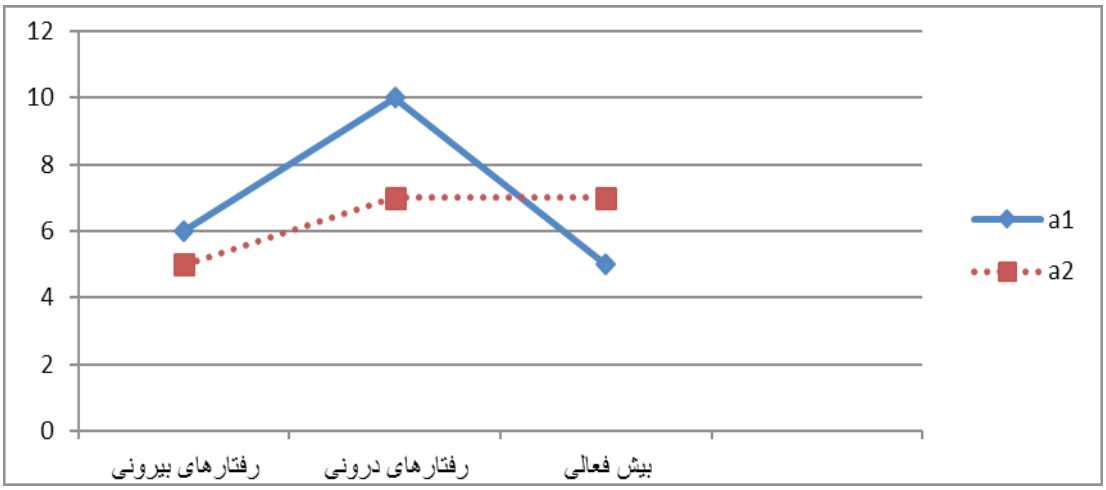
یافته‌ها

یافته‌های حاصل از ارزیابی اولیه مشکلات رفتاری آزمودنی‌های پژوهش حاضر که با استفاده از پرسش‌نامه مهارت‌های اجتماعی گرشام و الیوت در ۳ مولفه رفتارهای برون‌نمود، رفتارهای درون‌نمود و بیش‌فعالی؛ از منظر معلم و والدین انجام شد، در نمودار (۱) و (۲) نشان داده شده است.

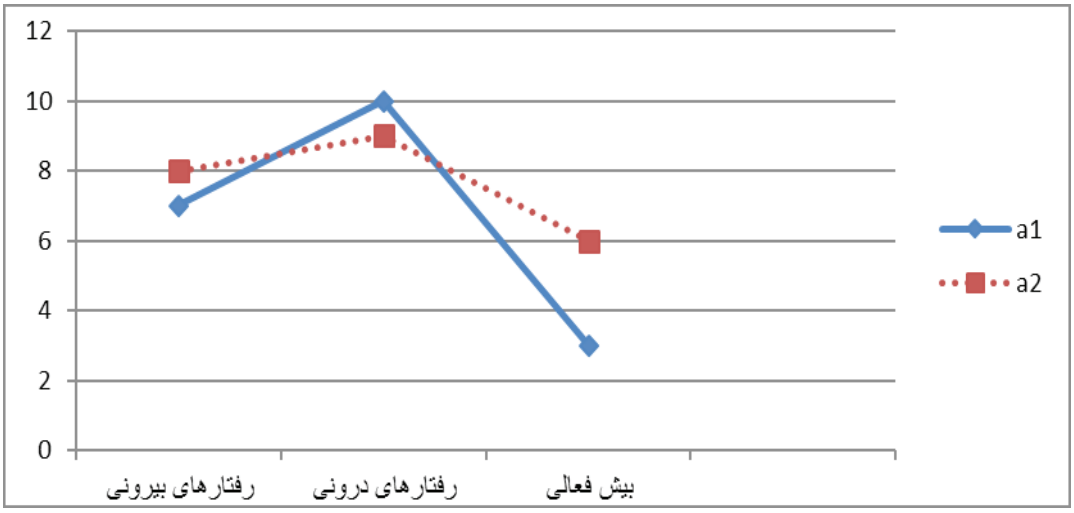
نمودار ۱ نشان می‌دهد که نظر معلم در رابطه با وضعیت مشکلات رفتاری آزمودنی‌ها با خرده‌مقیاس رفتارهای برون‌نمود، رفتارهای درون‌نمود و بیش‌فعالی؛ نامطلوب ارزیابی شده است. بدین صورت که به ترتیب در هر یک از مولفه‌های یادشده، آزمودنی a۱، نمره‌های ۶، ۱۰ و ۵ و آزمودنی a۲ نیز نمره‌های ۵، ۷ و ۷ را دریافت کرده است.

نمودار ۲ نشان می‌دهد از نظر والدین نمره‌های وضعیت مشکلات رفتاری آزمودنی‌ها با خرده‌مقیاس رفتارهای برون‌نمود، رفتارهای درون‌نمود و بیش‌فعالی؛ به ترتیب در هر یک از مولفه‌های یادشده، برای آزمودنی a۱، نمره‌های ۷، ۱۰ و ۳ و برای آزمودنی a۲ نیز نمره‌های ۸، ۹ و ۶ برآورد شده است.

نمودار ۱. خط پایه توزیع فراوانی مشکلات رفتاری آزمودنی a۱ و a۲، از نظر معلم



نمودار ۲. خط پایه توزیع فراوانی مشکلات رفتاری آزمودنی a۱ و a۲، از نظر والدین



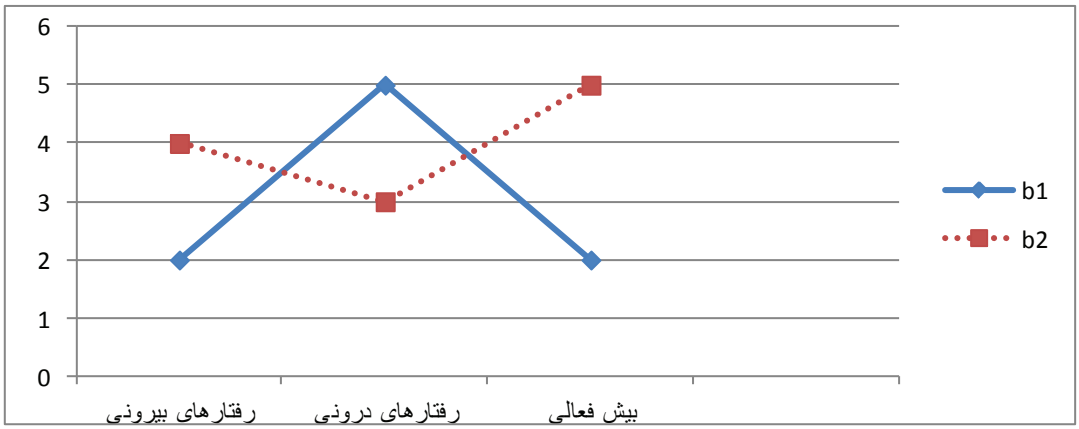
Downloaded from www.exceptionaleducation.ir at 20:45 IRST on Tuesday March 1st 2016

یافته‌های حاصل از ارزیابی مشکلات رفتاری آزمودنی‌های پژوهش حاضر با استفاده از پرسش‌نامه مهارت‌های اجتماعی گرشام و الیوت در ۳ مولفه بیش‌فعالی، رفتارهای برون‌نمود و رفتارهای درون‌نمود که بعد از انجام تمرین بازی‌های حرکتی اجتماعی از دیدگاه معلم و والدین انجام شد (دوره آزمایش)، در نمودار (۳) و (۴) ارایه شده است.

نمودار ۳ نشان می‌دهد نظر معلم در رابطه با مشکلات رفتاری آزمودنی‌ها با خرده‌مقیاس رفتارهای برون‌نمود، رفتارهای درون‌نمود و بیش‌فعالی؛ بعد از انجام تمرین‌های بازی‌های حرکتی اجتماعی (دوره آزمایش B)، در حد قابل قبولی کاهش یافته است. به این صورت که به ترتیب در هر یک از مولفه‌های بیان‌شده، آزمودنی b۱ نمره‌های ۲، ۵ و ۲ و آزمودنی b۲ نیز نمره‌های ۴، ۳ و ۵ را دریافت کرده است.

نمودار ۴ نشان می‌دهد نظر والدین در رابطه با وضعیت مشکلات رفتاری آزمودنی‌ها با خرده‌مقیاس رفتارهای برون‌نمود، رفتارهای درون‌نمود و بیش‌فعالی؛ بعد از انجام تمرین‌های بازی‌های حرکتی اجتماعی (دوره آزمایش B)، در حد قابل قبولی کاهش یافته است. به این صورت که به ترتیب در هر یک از مولفه‌های یادشده، آزمودنی b۱، نمره‌های ۴، ۶ و ۳ و آزمودنی b۲ نیز نمره‌های ۶، ۵ و ۳ را دریافت کرده است.

نمودار ۳. توزیع فراوانی مشکلات رفتاری آزمودنی b۱ و b۲ از نظر معلم بعد از اجرای تمرین‌های مربوط به بازی‌های حرکتی اجتماعی



نمودار ٤. توزیع فراوانی مشکلات رفتاری آزمودنی b۱ و b۲، از نظر والدین بعد از اجرای تمرین‌های مربوط به بازی‌های حرکتی اجتماعی

Downloaded from www.exceptionaleducation.ir at 20:45 IRST on Tuesday March 1st 2016

بحث و نتیجه‌گیری

اعتماد پایین به خود و محدودیت خودمهارگری از جمله مشکلات عاطفی کودکان با کم‌توانی‌ذهنی است که آن‌ها را با مشکلات متعدد سازشی و اجتماعی در مدرسه مواجه می‌کند (۲۳). شایان ذکر است که این مشکلات سازشی و اجتماعی برای دانش‌آموزان چندمعلولیتی (دارای کم‌توانی‌ذهنی همراه با فلج‌مغزی) به مراتب بیش از دانش‌آموزانی است که تنها با یک نوع معلولیت مواجه هستند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که رشد مهارت‌های حرکتی باعث کاهش مشکلات رفتاری می‌شود و در این میان، بازی‌های گروهی می‌توانند این اثر را تقویت کنند. با توجه به این مهم، برای کاهش مشکلات رفتاری لازم است میان این مهارت‌ها با مهارت‌های حرکتی و بازی‌های گروهی و اجتماعی تعامل برقرار کرد.

ضرورت این مسئله برای دانش‌آموزان استثنایی به‌طور اعم و دانش‌آموزان چندمعلولیتی به‌طور ویژه، به جهت نقایص شناختی، رفتاری، اجتماعی و جسمی‌شان بیش از سایر دانش‌آموزان احساس می‌شود. از این‌رو، نگارندگان پژوهش حاضر طی یک بررسی تک‌آزمودنی اقدام به بررسی اثربخشی تمرین بازی‌های حرکتی اجتماعی بر کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان چندمعلولیتی (دارای کم‌توانی‌ذهنی همراه با فلج‌مغزی) کردند.

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که تمرین‌های بازی‌های حرکتی اجتماعی در جلسه‌های متعدد با دانش‌آموزان چندمعلولیتی می‌تواند مشکلات رفتاری آن‌ها را در مولفه رفتارهای برون‌نمود، رفتارهای درون‌نمود و بیش‌فعالی کاهش دهد، به گونه‌ای که ارزیابی صورت گرفته از آزمودنی نخست در رابطه با مشکلات رفتاری در مولفه‌های یادشده از نظر معلم، نشان داد که نمره‌های آزمودنی به ترتیب در ۳ مولفه رفتارهای برون‌نمود، رفتارهای درون‌نمود و بیش‌فعالی؛ از نمره‌های ۶، ۱۰ و ۵ که پیش از انجام تمرین‌های بازی‌های حرکتی اجتماعی به دست آمده بود، به نمره‌های ۲، ۵ و ۲ بعد از ۱۲ جلسه (۶ هفته، هر هفته ۲ جلسه) تمرین بازی‌های نخ‌کردن مهره‌ها، دارت، ماروپله، انتقال‌دادن بسته، توپ پرنده، هماهنگ با آهنگ و قایم‌باشک؛ تغییر و کاهش یافت. این کاهش نمره‌های ارزیابی مشکلات رفتاری برای آزمودنی دوم نیز حاصل شد. شایان ذکر است که در تضاد با ارزیابی معلم آزمودنی‌ها، بین نمره‌های والدین آزمودنی‌های نخست و دوم در ارزیابی اولیه و ارزیابی بعد از انجام تمرین‌های مربوط به بازی‌های حرکتی اجتماعی، تفاوت چشمگیری حاصل نشده که نگارندگان پژوهش حاضر، این یافته را با مدنظر قرار دادن سوگیری والدین نسبت به فرزندان خود تبیین کردند. لازم به ذکر است نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش با نتایج مداخله‌های سایر پژوهشگران و درمانگران در رابطه با مشکلات رفتاری کودکان همسو است. زارع و احمدی در سال ۱۳۸۶ نشان دادند که بازی‌درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان موثر است؛ همچنین تکلوی در سال ۱۳۹۰ بیان کرد که آموزش بازی‌درمانی مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان دارای ناتوانی یادگیری موثر است و این عامل سبب کاهش مشکلات رفتاری کودکان‌شان شده است؛ مصطفوی، شعیری، اصغری‌مقدم و محمودی در سال ۱۳۸۹ طی پژوهشی تاثیر آموزش بازی‌درمانی مبتنی‌بر رابطه والد- کودک به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های بازی‌درمانی به مادران موجب کاهش مشکلات رفتاری کودکان گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است (۲۵، ۲۴، ۱۴). افزون بر موارد یادشده، یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش گالاگر در سال ۲۰۰۴ و ایوانز، مولت، ویست و فرانز در سال ۲۰۰۵ که همه آن‌ها به‌طور کلی در پژوهش‌های خود نشان دادند که مهارت‌های حرکتی از طریق بازی‌درمانی گروهی و اجتماعی می‌تواند مشکلات رفتاری را کاهش دهد، همسو است (۸، ۲۶).

سرانجام لازم است بیان شود که پژوهش حاضر به‌صورت تک‌آزمودنی انجام شد که این روش، تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با محدودیت مواجه می‌کند. همچنین از میان طرح‌های تک‌آزمودنی، طرح انتخاب‌شده برای این پژوهش، به‌صورت سری‌های گروهی زمانی بود که بدون گروه گواه است.

Downloaded from www.exceptionaleducation.ir at 20:45 IRST on Tuesday March 1st 2016

محدودیت دیگر آن است که آزمودنی‌ها فقط برمبنای متغیرهای جنسیت و هوش‌بهر با یکدیگر همتا شدند و از نظر متغیر مقطع تحصیلی، در ۲ مقطع متفاوت بودند. در راستای محدودیت‌های پژوهش حاضر، نگارندگان به پژوهشگران آینده پیشنهاد می‌کنند این پژوهش را با گروه آزمایش و گواه انجام داده و سعی کنند آزمودنی‌ها را از نظر متغیر مقطع تحصیلی نیز همتا سازند. سرانجام پیشنهاد پژوهشی، به مسئولان آموزش‌وپرورش استثنایی کشور این است که اقدام به برگزاری دوره‌هایی در زمینه افزایش آگاهی والدین و مربیان از تاثیرات بازی‌های حرکتی اجتماعی به‌عنوان روشی برای کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کنند.

منابع

1. Narimani M, Soleimani A, Abolgasemi A. Comparison of internal and external dimensions of blind and sighted students thinking styles. School Psychology Quarterly. 2012; 1(1):108-118. [Persian]
2. KHodam H, Modanlo M, Ziyayi T, Keshtkar A. Behavioral disorders and related factors in children of school age gorgan city. Nursing Research. 2009; 14(1):29-37. [Persian]
3. Afrooz G. Introduction to Psychology and Education of Exceptional Children. The twenty-eighth edition. Tehran: Tehran University Press. [Persian]
4. Seif A. Behavior change and behavioral therapy theories and methods. Tehran: Doran Press; 2008. [Persian]
5. Castello, E. J., Burns, B., Anggold, A., & Leaf, P. (1993). How can epidemiology improvemental helth services of children andadolescents. The intervent, Journal of American Academy of Childand Psychiatry, 32, 1106-1117.
6. Seifnaraghi M, Naderi A. Psychology and Education of Exceptional Children. Seventh edition. Tehran: Arasbaran Press; 2007. [Persian]
7. Crnic, K.A., Gaze, C., & Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period Relations to maternal parenting and child behavior at age 5. Journal of Infant and Child Development14 (2), 117-132.
8. Evans, S.W., Mullett, E., Weist, M.D., & Franz K (2005). Feasibility of the mind matters' school mental health promotion program in American schools.Journal of Youth and Adolescence, 34, 51-58.
9. Wethinton, H. R., Hahn, R. A., Fugua-Whiteley, D. S., pe,T. A., Crosloy, A. E., Johnnson, R. L., Liberman, A. M., Mosci chi, E., Price, L. N., Tuma, F. K., Halra, G., Chatto., Padhyay, S. K. (2008). The effectiveness of nterventions to reduce psychology harm form traumatic events among child and adolescents.American Journal of Preventive Medicine, 53(3), 287-373.
10. Porter ML, Hernandez- Reif M. Play therapy. Philadelphia: Taylor & Francis; 2007. p. 1-16.
11. McGive, D.E. (2000). Child-Centerd Group Play Therapy.Dissertation abstract International, 6(1), 30-39.
12. Baggerly,J., Parker, M.(2005). Child-centered group play therapy with African American boys of the elementary school level. Journal of Counseling& Development, 83,387-396.

Downloaded from www.exceptionaleducation.ir at 20:45 IRST on Tuesday March 1st 2016

13. Packman J, Bratton S. A school-based group play/activity therapy intervention with learning disabled preadolescents exhibiting behaviorproblems. Int J Play Ther 2003; 12(2): 7-29.
14. Zaree M, Ahmadi S. Game effectiveness of cognitive-behavioral therapy on children with behavior problems. Journal of Applied Psychology.2006; 3(1):18-28. [Persian]
15. Dorothy M, Jeffree, McConkey R, Simon H. Let me Play: Suitable for normal and exceptional children's psychology and memory games. Angeji L. (Persian translator). First edition. Tehran: Savalan press; 2006.
16. Delavar A. Theoretical and practical research in the humanities and social sciences. Second edition. Tehran: Roshd press; 2010. [Persian]
17. Ahmadi A, SHahi Y. Tasyrtmrynhay motor perceptual motor skills and math in autism, one study subjects. Journal of Mental Health. 2010; 12(2):34-41. [Persian]
18. Baezat F. Neuropsychology intervention effect on the efficiency of reading and writing in primary school children with developmental dyslexia linguistic type: one study subjects. Journal of Applied Psychology. 2007; 3(11):7-19. [Persian]
19. Gresham, F., &Elliott,S.N.(1990). Social Skills Rating System. Circle Pines, MN: American Guidance Services.
20. SHahim S. The validity and reliability of the scale of social skills in a group of schoolchildren rating Shiraz. Journal of Education and Psychology martyr Chamran University. 1998; 3, 4(3):17-29. [Persian]
21. Alipor A, Mirhoseini S. Handedness: Compare intelligence (verbal and practical) and its subscales between left hand and right hand. Journal of Educational Psychology. 2010; 21(7):1-22. [Persian]
22. Abedi M, Omidi A, Rezayat A. Validity and reliability of a preliminary standardization and Wechsler Adult Intelligence Scale in Iran. MA Psychology. Tehran: Iran medical university. 1994. [Persian]
23. Hashemabadi, Saadat. Effect of rhythmic movements of yoga on children's social interactions disability (son) primary school Sangan city-Khof. Psychology studies. 2009; 11(1):171-188. [Persian]
24. Taklovi S. The effect of play therapy, mothers of children with learning disabilities, behavioral problems. Journal of Learning Disabilities. 2010; 1(1):44-56. [Persian]
25. Mostafavi S, SHoeiri M, Asgari-moghadam M, Mahmodi J. The effectiveness of parent-child relationship-based play therapy to mothers on children's behavioral problems. Contemporary psychology. 2009; 5(1):712-718. [Persian]
26. Gallagher, M.H., Rabian. A.B & McCloskey, S.M. (2004). A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood.Journal of Anxiety Disorders, 18, 459-479.