

تبیین چگونگی عود عفونت های زنان به دلیل تعارضات زناشویی براساس مفاهیم رویکرد سیستمی

زهرا حسینی^۱

دکتر سید اسماعیل موسوی^۲

چکیده

هدف از پژوهش حاضر توجیه چگونگی عود عفونت های زنان به دلیل تعارضات زناشویی براساس مفاهیم رویکرد سیستمی (به خصوص مثلث سازی) می باشد. به این منظور زنانی که چندین بار برای درمان عفونت به مرکز درمانی مراجعه کرده بودند و علی رغم مصرف دارو دچار عود عفونت گردیده بودند مورد مصاحبه نیمه ساختاریافته قرار گرفتند. سوالات مصاحبه از مقیاس درجه بندی بالینی مک مستر (MCRS) و پرسشنامه بیورز یا پرسشنامه گزار شخصی خانواده (SFI-II) و مصاحبه استاندارد بالینی خانواده (SCFI) استخراج و تنظیم شده بود. تعداد مصاحبه ها در ۱۵ مورد به اشباع رسید. روش شناسی این تحقیق کیفی بود و داده ها با استفاده از تکنیک تحلیل تماتیک، بر اساس مفاهیم رویکرد سیستمی تجزیه و تحلیل شدند. روش نمونه گیری هدفمند بود و نمونه ها از بین کسانی که برای درمان عفونت به مرکز درمانی مراجعه کرده بودند و ملاک های ورود داشتند، انتخاب شدند و مورد مصاحبه قرار گرفتند. نگارنده در این تحقیق به یازده مثلث دست پیدا کرد. بر اساس نتایج دیگر این پژوهش مثلث عفونت شکل گرفته است. تعارضات زناشویی خود یک عامل مهم در ایجاد استرس خانواده است. استرس باعث کاهش سیستم دفاعی بدن شده و این می تواند عاملی برای ایجاد عفونت زنانگی (واژینیت) گردد. در نهایت بر اساس یافته های این پژوهش عفونت، خود تشکیل مثلی می دهد که کاهنده اضطراب است و بر اساس مفاهیم رویکرد سیستمی این همان دلیلی برای عود عفونت می شود.

واژه گان کلیدی: تعارضات زناشویی، رویکرد سیستمی، عفونت های زنانه.

۱- دانشجوی کارشناس ارشد روانشناسی خانواده درمانی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان. ایران (نویسنده مسئول)

۲- دکترای روانشناسی مشاوره استاد یار واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان، ایران
Es.mosavi@iaavkhsh.ac.ir (نویسنده مسئول)

مقدمه

بررسی تاریخچه بزرگ‌سالانی که دچار مشکلات روانی^۱ هستند نشان داده است که این افراد دوران کودکی نابسامانی داشته یا در دوره‌ای از تحول خود، برخی آشفتگی‌های هیجانی و رفتاری را تجربه کرده‌اند از آنجایی که اختلال‌های دوران کودکی معمولاً تا سنین بزرگ‌سالی استمرار می‌یابند، توجه فزاینده‌ای به پیشگیری و درمان آن‌ها معطوف شده است.^۲ (کیرک، ۲۰۱۵).

یکی از مشکلات روان‌شناختی دوران کودکی پرخاشگری^۳ است که ۱- می‌تواند آسیب فراوانی به کیفیت ارتباط اجتماعی و تحصیلی کودکان وارد کند. ۲- پرخاشگری معمولاً رفتاری است که به قصد صدمه رساندن به خود یا فرد دیگر و یا تخریب اشیاء صورت می‌گیرد. پرخاشگری ممکن است به شیوه‌های متفاوتی خود را نشان دهد. خصومت، نشان‌دهنده جنبه شناختی پرخاشگری و خشم، نشان‌دهنده جنبه هیجانی آن است و جنبه رفتاری پرخاشگری نیز به شکل کلامی و جسمانی بروز می‌کند. ۳- گاهی پرخاشگری ناشی از یک احساس ناراحتی است که در آن قرار گرفته است. ۴- کودکان پرخاشگر مشکلات خود را به صورت برون- نمود نشان می‌دهند. ۵- اختلال‌های روان‌شناختی کودکان در دو دسته عمده مشکلات درون نمود و برون نمود دسته‌بندی می‌شود. ۶- اختلال‌های رفتاری برون نمود شامل مشکلاتی است که تظاهر بیرونی دارند و در تعارض با دیگر افراد و محیط قرار می‌گیرند و شامل رفتارهای قانون‌شکنان و پرخاشگرانه‌ای هستند که شامل اختلال نارسایی توجه، برون کنشی، اختلال رفتار هنجاری و اختلال نافرمانی مقابله‌ای هستند. در مقابل مشخصه اصلی اختلال‌های درون نمود، رفتارهای بیش‌ازحد

^۱ Mental problem

^۲ kirk

^۳ aggressive

مهارشده است که معطوف به درون هستند. شامل سکوت زیاد، اضطراب، افسردگی، بازداري، ناامیدی، کناره گیری، انزوای اجتماعی و شکایات جهانی هستند^۱. (جنتیان و نوری ۱۳۹۰)

مشکلات رفتاری^۲ کودکان در سال های اولیه زندگی با رفتار منفی مادر و استرس او در ارتباط است و از این طریق رفتار مشکل ساز کودک موجب کاهش اعتماد به نفس مادر می شود. در حقیقت، مشکلات رفتاری کودکان به طور عمیقی بر روابط و کنش های خانواده اثر می گذارد. کودکان در عملکردهای اجتماعی با چالش های قابل توجهی مواجه هستند. آن ها به راحتی از طرف همسالان خود طرد می شوند^۳ (اسبجورن و نورمن، ۲۰۱۷). یک خطر بسیار واقعی این است که کودکان در مارپیچ تعامل های منفی گرفتار خواهند شد که به نحو فزاینده ای از طرف معلمان و همسالان آزار می بینند و آن ها را آزار می دهند. با توجه به نحوه ای که ممکن است معلمان موجب رفتار اخلاص گران شوند، باید سؤال هایی را از خودشان درباره آموزش تحصیلی، انتظارات و رویکردهای مدیریت رفتار بپرسند^۴ (هالامان، ۲۰۱۵). نباید معلمان را برای رفتار اخلاص گران که نقشی در آن ندارند مقصر بدانیم، ولی این امر به همان اندازه اهمیت دارد که معلمان هر چیزی را که امکان دارد موجب بدرفتاری کودکان شود حذف کنند. مشکلات رفتاری کودکان پرخاشگر به قدری زیاد است که افراد در حال تلاش برای دوستی با آن ها، از این کار دست برمی دارند^۵ (بابینسکی، ۲۰۱۷). افراد علاقه خود را نسبت به کسانی که به تماس اجتماعی

^۱ Janatian, nouri

^۲ Behavioral problems

^۳ Esbjorn and normann

^۴ Hallahan

^۵ Babinski

پاسخ مطلوبی نمی‌دهند یا مهارت‌های اجتماعی ضعیفی دارند از دست می‌دهند، چون روابط عاطفی نزدیک بر پایه پاسخ‌های اجتماعی دوجانبه شکل می‌گیرد^۱ (افروز، ۱۳۹۵).

مهارت‌های اجتماعی^۲ کودکان پرخاشگر ضعیف‌تر از همسالان عادی آن‌هاست. این کودکان شناخت اجتماعی ضعیفی دارند. مهارت‌های اجتماعی به‌عنوان مهارت‌های ضروری برای انطباق با نیازهای اجتماعی و حفظ روابط بین فردی رضایت‌بخش تعریف می‌شود / یادگیری مهارت‌های اجتماعی بخشی از مسئله اجتماعی شدن در کودکان است. اجتماعی شدن جریانی است که در آن هنجارها، مهارت‌ها، انگیزه‌ها، نگرش‌ها و رفتار فرد شکل می‌گیرد. مهارت‌های اجتماعی بیانگر مجموعه پیچیده‌ای از مهارت‌های که شامل ارتباط، حل مسئله، تصمیم‌گیری، خودمدیریتی، جرئت ورزی، تعامل با همسالان و گروه می‌شود و سه مؤلفه مشارکت، ابراز وجود و مهار خود را در برمی‌گیرد^۳ (بابینسکی، ۲۰۱۷).

بیشتر کودکان در ارتباط با اطرافیان (والدین، خواهران، برادران و همسالان) این مهارت‌ها را بدون تلاش و به‌طور خودبه‌خود یاد می‌گیرند ولی کودکان پرخاشگر در این زمینه مشکلاتی دارند به همین دلیل بیشتر این کودکان با عکس‌العمل‌های منفی از سوی بزرگسالان و کودکان دیگر روبه‌رو می‌شوند. کودکانی که مهارت اجتماعی مطلوبی دارند و مشکلات رفتاری عمده‌ای ندارند، در ایجاد رابطه با همسالان و یادگیری در محیط آموزشی موفق‌تر از کودکانی هستند که این مهارت را ندارند؛ چراکه مهارت‌های اجتماعی ناکافی و مشکلات رفتاری عمده سبب ایجاد روابط بین فردی ضعیف و رشد اجتماعی نامطلوب می‌شود^۴ (فرانک، ۱۹۸۱). مشکلات رفتاری و نشانه‌های اختلال نارسایی توجه -

^۱ Afrooz

^۲ Social skills

^۳ Babinski

^۴ Frank

بیش فعالی در دوره انتقال از دبستان به دوره تحصیلی بعدی بیشتر می شود. والدین نیز به مشکلات خود اذعان دارند^۱ (دانیلسون، ۲۰۱۸).

با توجه به اینکه عوامل مختلفی در مشکلات رفتاری و مهارت های اجتماعی کودکان پرخاشگر مؤثر هستند، روش ها و برنامه های آموزشی و درمانی متفاوتی را می طلبد. بازی درمانی^۲ ازجمله روش هایی است که در بین انواع روش های توان بخشی به لحاظ تربیتی، درمانی، آموزشی و به ویژه کاهش مشکلات رفتاری و کسب مهارت های اجتماعی ارزش زیادی دارد. بازی درمانی یکی از روش های درمان مشکلات رفتاری کودکان است که دنیای درونی و بیرونی کودک را به همدیگر مرتبط می سازد^۳ (جین، ۲۰۱۶). بازی درمانی روشی است که به وسیله آن، ابزارهای طبیعی حالت کودک یعنی بازی، به عنوان روش درمانی به کار گرفته می شود و به کودک کمک می کند تا فشارها و احساسات خویش را کنترل کند. این نوع درمان در تعلیم و تربیت کودکان استثنایی جایگاه ویژه ای دارد^۴ (سلطانی فر و دیگران، ۱۳۹۲).

در بازی درمانی از رویکردهای مختلفی استفاده می شود که یکی از آنها، رویکرد شناختی رفتاری است^۵ (اکبری و رحمتی، ۱۳۹۶). درواقع یکی از برجسته ترین رویکردهای بازی درمانی که برای کودکان پیش دبستانی و دبستانی طراحی شده است، بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری است. در این رویکرد بر مشارکت کودک در درمان تأکید می شود. در بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری این امر از طریق مورد توجه قرار دادن مواردی مانند کنترل خود و دیگران، تسلط و پذیرش مسئولیت در قبال تغییر رفتار و

^۱ Danielson

^۲ Play therapy

^۳ Jay ne

^۴ Soltanifar and other

^۵ Akbari & Rahmati

اکتساب مهارت‌های اجتماعی عملیاتی می‌شود. در این نوع بازی درمانی از روش‌هایی مانند خود نظارتی و فنون مدیریت وابستگی ازجمله تقویت مثبت، شکل دهید، خاموش‌سازی و سرمشق دهی استفاده می‌شود که رشد اجتماعی و بهبود مهارت‌های اجتماعی در راستای کاهش مشکلات رفتاری و سازگاری ازجمله اهداف نهایی آن است^۱ (مولالی و دیگران، ۱۳۹۶).

در سال‌های اخیر، بهبود مهارت اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان موردتوجه متخصصان و روان‌شناسان قرار گرفته است. ازاین‌رو، پژوهش‌های مختلفی در حوزه بررسی تأثیر آموزش بازی درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری و بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان در سنین مختلف و گروه‌های مختلف انجام شده است. در این راستا، یافته‌های پژوهش^۲ (هوشینا، ۲۰۱۷) حاکی از آن بود که بازی درمانی دیجیتالی باعث افزایش توجه و مهارت‌های اجتماعی کودکان می‌شود. نتایج پژوهش لندرت، ری و براتون بیانگر آن بود که بازی درمانی تأثیر مثبتی بر رفتار و هیجانات کودکان دارد و یکی از مؤثرترین مداخلات در حیطه مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان و آموزش مهارت‌های اجتماعی به آنان است. جنجال اسنایپ و ویتزینو در پژوهشی اظهار کردند که بازی‌های مبتنی بر تکنیک‌های نمایشی باعث افزایش و بهبود مهارت اجتماعی و هیجانی در افراد، با نیازهای خاص می‌شود.

نتایج پژوهش نشان داد^۳ (صریحی و پورنسایی، ۱۳۹۶) بازی درمانی گروهی سبب کاهش مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی می‌شود. یافته‌های پژوهش غیائی زاده نشان

^۱ Movallali and others

^۲ Hoshina

^۳ Sarihi & pournesaei

داد بازی درمانی هبشیوه شناختی رفتاری مایکنبام در کاهش کمرویی و گوشه گیری اجتماعی دانش آموزان دبستانی مؤثر است. یافته های تحقیقاتی حاکی از آن بود که بازی درمانی گروهی رفتارهای اجتماعی مثبت و مؤلفه های آن از جمله همدلی، جهت گیری اجتماعی، رفتار اخلاقی، خودمهارگری، حرمت به خود، اطاعت پذیری، جرئت ورزی، احترام به قانون و تمایل به مشارکت در گروه آزمایش را به طور معناداری افزایش داد^۱ (رشیدی ظفر، جان بزرگی و شقاقی، ۱۳۹۲).

فؤاد الدینی و بیدختی در پژوهشی نشان دادند بازی های نمایشی باعث بهبود مهارت های اجتماعی در دختران کم توان ذهنی خفیف می شود^۲ (فؤاد الدینی و بیدختی، ۱۳۹۲). نتایج مطالعه آذرنیوشان، به پژوه و غباری حاکی از تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری دانش آموزان کم توان ذهنی دبستانی بود. یافته های پژوهش جنتیان و همکاران حاکی از آن بود که بازی درمانی شناختی رفتاری باعث کاهش معنادار علائم بیش فعالی و کمبود توجه دانش آموزان پسر ۹ تا ۱۱ ساله شد و مشکلات رفتاری آنها کاهش یافت.

با اینکه درمان دارویی در صف اول درمان کودکان با اختلال کم توجهی بیش فعالی قرار دارد و تأثیر چشم گیری بر میزان توجه و کاهش مشکلات رفتاری دارد، ولی تأثیر آن کوتاه مدت است و عوارضی از قبیل بی اشتها، بی خوابی و کاهش وزن هم به دنبال دارد، درحالی که بازی درمانی، مهارت های پیش اجتماعی را تقویت می کند و مشکلات مربوط به مهارت های زندگی روزمره را کاهش می دهد^۳ (فریدمن و دیگران ۲۰۱۷). علاوه بر این

^۱ Rashidi – zafar, janbozorgi, shaghaghi

^۲ Foadodini, Beydokhti

^۳ Fridman and others

منجر به تقویت مهارت‌های رفتاری و هیجانی می‌شود. درواقع، بازی‌درمانی رویکردی ساختارمند است که فرایندهای یادگیری و ارتباط طبیعی کودکان را پایه‌ریزی می‌کند. درمانگران از طریق بازی به کودکانی که مشکلات رفتاری دارند یا مهارت‌های اجتماعی آن‌ها ضعیف است رفتارهای سازگارانه تری را می‌آموزند. کودکان می‌توانند از طریق بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری، احساسات منفی و مثبت خود را آشکار سازند و تخلیه روانی شود^۱ (قدوسی و دیگران، ۱۳۹۶). در این رویکرد، اندیشه‌های ناهمخوان همراه با مشکلات رفتاری شناسایی و اصلاح می‌شوند. در حقیقت تغییراتی در فرایندهای شناختی کودک به وجود می‌آید که بر مشکلات رفتاری آن‌ها تأثیر مطلوبی می‌گذارد^۲ (شاه رفعتی، ۱۳۹۵).

از آنجایی که کودکان به‌وسیله همسالان عادی خود به‌عنوان افرادی غیراجتماعی، نگران، مضطرب و عصبی توصیف می‌شوند، این مشکلات ناشی از عوامل مختلفی مانند ناتوانی در برقراری ارتباط مؤثر و کاربرد مهارت‌های اجتماعی است. از طرف دیگر، بازی‌درمانی مانند روان‌درمانی و مشاوره برای بزرگسالان عمل می‌کند. راهی که کودکان عادی برای بیان نیازها به کار می‌گیرند، سخن گفتن در مورد مشکلات است؛ بنابراین، باید روشی را برگزید که به‌اندازه سخن گفتن به کودکان پرخاشگر یاری رساند. با توجه به اینکه در آموزش و پرورش کودکان پرخاشگر قابل‌تأملی هستند و نقش بازی‌درمانی در این حوزه اهمیت بسزایی دارد، اخیراً آموزش بازی‌های مبتنی بر مدل شناختی رفتاری به کودکان با نیازهای ویژه موردتوجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است که حاکی از خلأ پژوهشی در این حوزه است.

^۱ Ghodousi and others

^۲ Shah Rafati

به نظر می‌رسد که پژوهش‌های داخلی اندکی در این زمینه انجام شده است و آنچه این پژوهش را از پژوهش‌های قبلی متمایز می‌سازد همین نکته است. همچنین، این پژوهش برخلاف پژوهش‌های قبلی، تأثیر آموزش بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری را بر مشکلات رفتاری و مهارت اجتماعی به‌طور هم‌زمان بررسی می‌کند. درواقع، احتمال می‌رود بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری به کودک در یادگیری مهارت‌های اجتماعی کمک کند تا او بتواند بر برخی مشکلات رفتاری غلبه کند یا آن‌ها را کاهش دهد که این موارد بیانگر اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر است.

علاوه بر این، دور از انتظار نیست که آموزش بازی‌های مبتنی بر مدل شناختی رفتاری به کودکان پرخاشگر توان و جرئت مقابله با مشکلات را بدهد و حل مشکلات نیز به‌نوبه خود موجب شود تا کودک احساس توانمندی بیشتری کند و مهارت‌های اجتماعی مطلوب‌تری را کسب کند؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودکان دبستانی پرخاشگر است.

روش بررسی

در این پژوهش که از نوع مطالعات نیمه آزمایش است، از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه شاهد استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش از کودکان دبستانی منطقه ۱۶ تهران تشکیل شد. با توجه به میزان شیوع ۵ تا ۱۰ درصدی مشکلات رفتاری می‌توان گفت که حدود ۱۰۰ تا ۱۵۰ نفر از آن‌ها رفتار پرخاشگرانه داشتند. نمونه آماری پژوهش حاضر از مدارس دبستانی شهر تهران منطقه ۱۶ در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ انتخاب شد.

این نمونه شامل ۳۰ پسر ۷ تا ۱۱ ساله با مشکل رفتاری پرخاشگری بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس از مدارس دبستانی منطقه ۱۶ تهران انتخاب شدند.

بر اساس ملاک‌های ورود و خروج پژوهش، ۱۵ نفر از هر یک از مراکز دبستانی منطقه ۱۶ به صورت تصادفی انتخاب شدند و به صورت تصادفی به گروه آزمایش و کنترل اختصاص یافتند. به دلیل استفاده از روش پژوهش نیمه آزمایشی، حجم مطلوب برای هریک از گروه‌ها ۱۵ نفر است. البته در تعیین حجم نمونه به پیشینه‌های پژوهشی نیز توجه شده است. انتساب گروه‌ها به شاهد و مداخله نیز به طور تصادفی صورت پذیرفت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن رفتار پرخاشگرانه و مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های پنجمین راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی، حضور در مراکز دبستانی، تمایل به شرکت در پژوهش و زندگی با والدین بود.

برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسش‌نامه مشکلات رفتاری راتر^۱

از این مقیاس برای ارزیابی مشکلات رفتاری کودکان استفاده می‌شود. مایکل راتر در سال ۱۹۷۵ این پرسش‌نامه را ساخت که دو فرم والدین (الف) و معلم (ب) دارد. فرم الف ۱۸ عبارت دارد و توسط والدین تکمیل می‌شود. فرم ب ۳۰ عبارت دارد و توسط معلمان تکمیل می‌شود. در این پژوهش از فرم والدین استفاده شد و مادران حدود ۲۰ دقیقه با توجه به رفتارهای فرزندشان در دوازده ماه گذشته به پرسش‌ها پاسخ دادند. این پرسش‌نامه پنج خرده مقیاس پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضداجتماعی، و کمبود توجه دارد.

^۱ Rutter child behavior questionnaire for parents

نمره گذاری به صورت «صفر: اصلاً درست نیست»، «۱: درست نیست» و «۲: تا حدودی درست است» انجام می شد. دامنه نمره ها بین صفر تا ۳۶ است که نمره ۱۳ نقطه پرش محسوب می شود. کودکانی که نمره ۱۳ یا بالاتر بگیرند، دارای مشکل رفتاری شناخته می شوند. راتر و کاکس پایایی باز آزمایی و پایایی درونی این پرسش نامه را با فاصله زمانی دو ماه ۰/۷۴ گزارش کردند. میزان توافق پرسش نامه ۷۶/۷ به دست آمد. توکلی زاده و همکاران در ایران پایایی این پرسش نامه را با روش دونیمه کردن و باز آزمایی به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۸۵ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی و روایی پرسش نامه مشکلات رفتاری به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۷۸ بود.

مقیاس درجه بندی مهارت های اجتماعی^۱

گرشام و الیوت در سال ۱۹۹۰ این مقیاس را ساختند که سه فرم والدین، معلمان و دانش آموزان دارد و برای سه دوره تحصیلی پیش دبستانی، دبستان و راهنمایی - دبیرستان طراحی شده است. در این پژوهش از فرم معلمان مقیاس درجه بندی مهارت اجتماعی

جدول ۱. هدف و محتوای جلسات بازی درمانی در گروه آزمایش

جلسات	هدف	محتوا
۱	آشنایی و ترغیب به همکاری و افزایش مهارت خودآگاهی	نمایش کارتون و نقاشی تخیلی
۲		بازی با مداد رنگی، آبرنگ، تخته سیاه و دومینوی گروهی
۳	بهبود مهارت های حرکتی و خودکنترلی	بازی با نخ و تسبیح و خمیربازی، ساختن پازل انسان به صورت گروهی
۴		کار با شن، ساختن مجسمه های شنی و بازی با مکعب های چوبی

^۱ Social skills rating scale or ssrs

۵	تقویت همکاری و ابراز هیجان	بازی با قوطی تمیز شنیداری، خمیربازی گروهی و موزیک
۶		لگوی گروهی، عروسک انگشتی، قصه و بازی با توپ و سطل
۷	بهبود مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری	بازی تقلید صدا، کاردستی گروهی، دارت و پازل اعداد و حروف
۸		بازی نقش با بچه‌ها، کپی اشکال هندسی، کپی اشکال پنهان و بازی با اشیای درون کیسه
۹	تقویت فعالیت‌های مشارکتی و ارتباط بین فردی و گروهی	حباب بازی گروهی، کارت‌های آموزشی، دومینوی فردی و پازل گروهی
۱۰		بازی با بادکنک، مهره نخ کردن و داستان‌گویی از روی تصویر به صورت گروهی
۱۱	آگاهی از نشانه‌های رفتاری و یادگیری پاسخ‌های سازگارانه	خمیربازی گروهی، توپ‌بازی گروهی و ساختن داستان
۱۲		لگو با الگو، بازی با آهنگ و قصه‌گویی

ویژه دانش آموزان دبستانی استفاده شد. این مقیاس شامل سه خرده مقیاس همکاری، ابراز وجود و مهار خود است که هر خرده مقیاس ده گویه دارد و به کمک مقیاس سه‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. به‌طوری‌که به گزینه «هرگز» نمره صفر، به گزینه «بعضی اوقات» نمره ۱ و به گزینه «بیشتر اوقات» نمره ۲ تعلق می‌گیرد.

از مجموع نمره‌های خرده مقیاس‌های هر فرد، نمره مهارت‌های اجتماعی او به دست می‌آید. حداکثر نمره در این مقیاس ۶۰ است. نمرات بالاتر بیانگر مهارت اجتماعی بهتر است. ضریب اعتبار این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ $0/94$ گزارش شده است. موللی و همکاران با اجرای این مقیاس روی کودکان کم‌شنوای ایرانی، ضریب پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ $0/79$ و همچنین روایی آن را از طریق تحلیل عاملی $0/83$ گزارش کرده‌اند. در مطالعه حاضر، ضریب پایایی و روایی مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی به ترتیب $0/77$ و $0/82$ بود.

در اولین مرحله پژوهش، پرسش نامه مشکلات رفتاری و مقیاس درجه بندی مهارت های اجتماعی در مراکز دبستانی منتخب به عنوان پیش آزمون اجرا شد. در مرحله بعد، بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری توسط یک روان شناس آموزش دیده در ۱۲ جلسه آموزشی ۴۰ دقیقه ای طی تقریباً دو ماه و هفته ای دو جلسه در مراکز دبستانی به گروه آزمایش آموزش داده شد. به گروه شاهد این نوع آموزش ارائه نشد. محتوای جلسات آموزشی برای گروه آزمایش در جدول شماره ۱ ارائه شده است. این برنامه با استفاده از کتاب های کلیات بازی درمانی محمد اسماعیل و پژوهش موللی و همکاران و با همکاری دو نفر از متخصصان آموزش و روان شناسی کودکان با نیازهای ویژه با توجه به رویکرد شناختی رفتاری تهیه شده است.

جلسات بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری باهدف آشنایی و ترغیب به همکاری، افزایش مهارت های ارتباط بین فردی و گروهی، افزایش مهارت خودآگاهی، افزایش مهارت مقابله با هیجان های منفی و بهبود مهارت حل مسئله و تصمیم گیری در راستای ارتقای مهارت های اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری کودکان پرخاشگر طراحی شد. در اجرای برنامه به ویژگی های رفتاری و شناختی کودکان پرخاشگر توجه شد. با توجه به محدودیت آن ها در حوزه توجه و شناخت، مطلب به زبان ساده و بر اساس محتوای فعالیت های کمک آموزشی (پیش نیاز آموزش دبستانی) در دوره دبستانی انتخاب شد.

در جلسه اول، درمانگر قوانین و فعالیت های جلسه های بازی درمانی را با کودکان در میان گذاشت. همچنین موضوع مهارت های اجتماعی کودکان با توجه به ابعاد شناختی و رفتاری با استفاده از نمایش کارتون، نقاشی تخیلی و کارگروهی ادامه یافت. در جلسات

بعد با استفاده از بازی‌های گوناگون که به‌طور مختصر در جدول شماره ۱ معرفی شده‌اند، با تأکید بر انجام گروهی آن‌ها و مشارکت آزمودنی‌ها پیگیری‌ش. در حیطه جلسات از روش‌های نمایشی، ایفای نقش و مشارکتی استفاده شد. طرح درمانی جلسات روی افزایش خودکنترلی کودک، آگاه‌سازی کودکان نسبت به نشانه‌های رفتارهای اجتماعی و یادگیری پاسخ‌های سازگارانه متمرکز بود. مداخله‌های شناختی و رفتاری به کار گرفته شده شامل خود نظارتی، فنون مدیریت وابستگی شامل تقویت مثبت، شکل‌دهی، خاموش‌سازی و سرمشق‌دهی بود.

در پایان جلسات آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری، هر دو گروه به عنوان پس‌آزمون با استفاده از پرسش‌نامه مشکلات رفتاری و مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی بار دیگر ارزیابی شدند. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، پس از گرفتن رضایت کتبی از والدین کودکان شرکت‌کننده در پژوهش و جلب همکاری کودکان، پژوهش صورت گرفت.

به مسئولان مراکز و والدین کودکان شرکت‌کننده در این پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات استخراج‌شده به‌صورت محرمانه باقی می‌ماند؛ نتایج حاصل از پژوهش در سطح کلی گروه‌ها گزارش می‌شود تا برای پیشبرد اهداف تعلیم و تربیت در اختیار روان‌شناسان و متخصصان تعلیم و تربیت و مراکز آموزش کودکان دبستانی قرار گیرد. علاوه بر این، کارگاه بازی‌درمانی به مدت دو روز برای گروه شاهد برگزار شد و جزوهای در خصوص محتوای جلسات به‌دست‌آمده قبل و بعد از برگزاری جلسات آموزشی برای هر دو گروه با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری و تحلیل کوواریانس چند متغیری تحلیل شد.

یافته ها

یافته های توصیفی بیانگر سن آزمودنی ها در گروه آزمایش با میانگین و انحراف استاندارد ۵/۴۰ و ۰/۳۷ و در گروه شاهد با میانگین و انحراف استاندارد ۵/۳۳ و ۰/۲۹ بود. برای بررسی اثر متغیرهای کنترل پژوهش از جمله سن آزمودنی ها از آزمون آماری t مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد بین گروه آزمایش و شاهد از نظر سن تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > ۰/۰۵$). میانگین و انحراف معیارهای متغیرهای مشکلات رفتاری و مؤلفه های آن (پرخاشگری و بیش فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضداجتماعی، کمبود توجه) و همچنین مهارت های اجتماعی و مؤلفه های آن (مشارکت، ابراز نئند، مهار خود) در دو گروه آزمایش و شاهد در موقعیت پیش آزمون و پس آزمون در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایش و شاهد در جدول شماره ۲ ارائه شده است. مفروضه طبیعی بودن توزیع داده ها در همه متغیرها با استفاده از آزمون آماری کلموگروف اسمیرنوف بررسی و تأیید شد ($p > ۰/۰۵$). برای تعدیل اثر پیش آزمون و به علت وجود یک متغیر مستقل (بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری * و دو متغیر وابسته (مشکلات رفتاری و مهارت های اجتماعی) از دو آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری و همچنین برای تحلیل خرده مقیاس های هر متغیر مستقل از دو آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

برای تعیین تأثیر بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری، مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون بررسی شد. نتایج حاکی از آن بود که تعامل بین

شرایط و پیش‌آزمون معنادار نیست ($F = ۲/۳۳$ و $p < ۰/۲۹$) یعنی داده‌ها از همگنی شیب رگرسیون حمایت کرد. نتایج آزمون لون نشان‌دهنده برقراری فرض همگنی واریانس‌ها بود ($F = ۰/۷۶$ و $p < ۰/۰۹$)؛ بنابراین مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری برقرار است که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

با توجه به نتایج جدول شماره ۳، گروه اثر معناداری بر نمرات پس‌آزمون مشکلات رفتاری داشت ($F = ۶۹/۴۵$ و $p < ۰/۰۰۱$). بر اساس مجذور اتا می‌توان عنوان کرد که ۶۷ درصد آر تغییر متغیر مشکلات رفتاری به علت اثر مداخله است. برای تعیین تأثیر بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر خرده مقیاس‌های مشکلات رفتاری (پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضداجتماعی، کمبود وجه)، آزمون باکس، فرض همگنی واریانس و کوواریانس را تأیید کرد که برابر با $\text{Boxs } M = ۱۳/۷۷$ و $P = ۰/۲۴$ بود. مفروضه شیب‌خط را رگرسیون برای متغیرها و خطی بودن رابطه متغیرها برقرار بود.

آزمون کرویت بارتلت حاکی از وجود همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته بود ($p = ۰/۰۰۱$). نتایج آزمون لون بیانگر برقراری فرض همگنی واریانس‌ها در همه متغیرها بود ($p > ۰/۰۵$)؛ بنابراین مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری برقرار است. به این منظور، متغیرهای پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضداجتماعی، کمبود توجه در گروه آزمایش و گواه در پیش‌فرض آماری بزرگ‌ترین ریشه روی محاسبه شد ($F = ۳/۲۷$ و $p = ۰/۰۰۱$)؛ بنابراین گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معناداری دارند. به‌منظور پی بردن

به این تفاوت، از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد که نتایج هریک در جدول شماره ۴ آمده است.

با توجه به نتایج جدول شماره ۴، گروه اثر معناداری بر نمرات پس آزمون پرخاشگری و بیش فعالی ($F = 23/18$)، اضطراب و افسردگی ($F = 11/76$)، ناسازگاری اجتماعی ($F = 14/29$)، رفتارهای ضداجتماعی ($F = 15/43$) و کمبود توجه ($F = 20/87$) داشت ($p < 0/001$). بر اساس مجذور اتا می توان بیان کرد به ترتیب ۷۰، ۵۱، ۶۲، ۶۶ و ۶۸ درصد از تغییرات هریک از متغیرهای پرخاشگری و بیش فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضداجتماعی و کمبود توجه به علت اثر مداخله است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی گروه آزمایش و شاهد

متغیر	موقعیت	گروه آزمایش						گروه شاهد	
		میانگین	انحراف معیار	نرمالیتی	میانگین	انحراف معیار	نرمالیتی	انحراف معیار	نرمالیتی
پرمشغله‌گری و بیش فعالی	پیش‌آزمون	۵/۲۷	۱/۴۷	۰/۱۳	۵/۲۴	۱/۲۶	۰/۱۲		
	پس‌آزمون	۴/۱۱	۱/۰۸	۰/۱۹	۵/۱۷	۱/۳	۰/۰۸		
اضطراب و افسردگی	پیش‌آزمون	۳/۰۱	۱/۵۲	۰/۳۴	۳/۰۳	۱/۲۸	۰/۱۷		
	پس‌آزمون	۲/۳۳	۱/۵۷	۰/۲۴	۳/۰۴	۱/۰۷	۰/۱۱		
ناسازگاری اجتماعی	پیش‌آزمون	۴/۲۶	۱/۳۹	۰/۰۸	۴/۳۲	۱/۲۹	۰/۱۹		
	پس‌آزمون	۳/۲۱	۱/۱	۰/۱۲	۴/۳۴	۱/۶۴	۰/۲۹		
رفتارهای ضداجتماعی	پیش‌آزمون	۴/۴۸	۱/۸۷	۰/۱۷	۴/۲۹	۱/۱۷	۰/۳۲		
	پس‌آزمون	۳/۳۹	۱/۰۸	۰/۴۱	۴/۲۸	۱/۷۷	۰/۰۷		
کمبود توجه	پیش‌آزمون	۵/۷۷	۱/۳۹	۰/۲۲	۵/۷۶	۱/۵۶	۰/۳		
	پس‌آزمون	۳/۳۴	۱/۱۴	۰/۱۴	۴/۷۳	۱/۵۵	۰/۱۲		
مشکلات رفتاری کلی	پیش‌آزمون	۲۲/۷۹	۳/۰۴	۰/۰۷	۲۲/۶۴	۲/۷۷	۰/۱۹		
	پس‌آزمون	۱۶/۳۸	۲/۱۳	۰/۱۳	۲۲/۵۶	۲/۶۹	۰/۱۴		
مشارکت	پیش‌آزمون	۷/۰۴	۲/۳۱	۰/۲	۷/۱۱	۲/۶۱	۰/۲۶		
	پس‌آزمون	۱۱/۶۷	۱/۹۱	۰/۱۱	۷/۶۸	۲/۵۴	۰/۲۳		
ابراز وجود	پیش‌آزمون	۸/۲۲	۱/۹۸	۰/۱۶	۸/۲۱	۲/۳۳	۰/۱۹		
	پس‌آزمون	۱۲/۶۶	۲/۵	۰/۳۳	۸/۲۷	۲/۳۷	۰/۲۸		
مهارت خود	پیش‌آزمون	۶/۹۴	۲/۸۴	۰/۱۹	۷/۰۱	۲/۵۳	۰/۱۷		
	پس‌آزمون	۱۰/۵۳	۲/۴۵	۰/۱۸	۷/۱۱	۲/۶۸	۰/۱۳		
مهارت‌های اجتماعی کلی	پیش‌آزمون	۲۲/۲	۳/۳۷	۰/۲۱	۲۲/۳۳	۴/۰۸	۰/۱۵		
	پس‌آزمون	۳۴/۸۶	۳/۸۲	۰/۰۹	۲۳/۰۶	۳/۴۷	۰/۱		

برای تعیین تأثیر بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی، مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون بررسی شد. نتایج حاکی از آن بود که تعامل بین شرایط و پیش‌آزمون معنادار نیست ($p < ۰/۳۳$ و $F = ۵/۷۴$)؛ یعنی داده‌ها از همگنی شیب رگرسیون حمایت کرد. نتایج آزمون لون نشان‌دهنده برقراری فرض همگنی واریانس‌ها بود

($p < ۰/۱۱$ و $F= ۰/۰۴۱$)؛ بنابراین مفروضه های آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری برقرار است که نتایج آن در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری نمره پس آزمون مشکلات رفتاری

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	۱۲/۰۵	۱	۱۲/۰۵	۲/۸۷	۰/۰۴	۰/۲۱	۰/۷۶
گروه	۱۴۷/۶۲	۱	۱۴۷/۶۲	۶۹/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۰/۹۴
خطا	۶۸/۸۱	۲۷	۲/۵۹				

جدول ۴: نتایج تفکیکی کوواریانس چند متغیری برای خرده مقیاس های مشکلات رفتاری

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذور اتا
منابع تغییر (گروه)						
پرخاشگری و بیش فعالی	۳۹/۲۸	۱	۳۹/۳۸	۲۳/۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰
اضطراب و افسردگی	۱۷/۱۹	۱	۱۷/۹۱	۱۱/۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱
ناسازگاری اجتماعی	۲۳/۶۴	۱	۲۳/۶۴	۱۴/۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲
رفتارهای ضد اجتماعی	۲۵/۸۷	۱	۲۵/۸۷	۱۵/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶
کمبود توجه	۳۱/۰۴	۱	۳۱/۰۴	۲۰/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری نمره پس‌آزمون مهارت‌های

اجتماعی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۶۲/۳۸	۱	۶۲/۳۸	۴/۱۵	۰/۰۲	۰/۲۸	۰/۸۱
گروه	۸۶۷/۵۲	۱	۸۶۷/۵۲	۵۷/۷۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۰/۹۴
خطا	۴۰۵/۵۴	۲۷	۱۵/۰۲				

با توجه به نتایج جدول شماره ۵، گروه اثر معناداری بر نمرات پس‌آزمون مهارت‌های اجتماعی داشت ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F = ۵۷/۷۷$). بر اساس مجذور اتا می‌توان عنوان کرد که ۶۱ درصد از تغییر متغیر مهارت‌های اجتماعی به علت اثر مداخله است. برای تعیین تأثیر بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر خرده مقیاس‌های مهارت‌های اجتماعی (مشارکت، ابراز وجود و مهار خود)، آزمون باکس فرض همگنی واریانس و کوواریانس را تأیید کرد که برابر با باکس فرض همگنی واریانس و کوواریانس را تأیید کرد که برابر با $Box's M = ۲۰/۵۱$ و $p = ۰/۲۷$ بود. مفروضه شیب خط رگرسیون برای متغیرها و خطی بودن رابطه متغیرها برقرار بود. آزمون کرویت بارتلت حاکی از وجود همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته بود ($p = ۰/۰۰۰۱$). نتایج آزمون لون بیانگر برقراری فرض همگنی واریانس‌ها در همه متغیرها بود ($p > ۰/۰۵$)؛ بنابراین مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری برقرار است.

به این منظور، متغیرهای مشارکت، ابراز وجود و مهار خود در گروه آزمایش و گواه در پیش‌فرض آماری بزرگ‌ترین ریشه روی محاسبه شد ($p = ۰/۰۰۱$ و $F = ۲/۶۴$)؛ بنابراین گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معناداری دارند. به‌منظور پی بردن

به این تفاوت، از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج هریک در جدول شماره ۶ آمده است.

با توجه به نتایج جدول شماره ۶، گروه اثر معناداری بر نمرات پس آزمون مشارکت ($F = 64/30$) ابراز وجود ($F = 54/48$) و مهار خود ($F = 39/09$) داشته است ($0/0001 < p$). با توجه به مجذور اتا می توان بیان کرد که به ترتیب ۶۹، ۵۸ و ۵۲ درصد از تغییرات هریک از متغیرهای مشارکت، ابراز وجود و مهار خود از شرکت کودکان دبستانی با مشکل رفتاری پرخاشگری در برنامه بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری ناشی می شود.

بحث

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری و مهارت های

جدول ۶. نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس چند متغیری برای خرده مقیاس های

مهارت های اجتماعی

منابع تغییر	متغیرهای وابسته	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	نسبت F	سطح معناداری	مجدوراتا
گروه	مشارکت	۱۶۶/۰۵	۱	۱۶۶/۰۵	۶۴/۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹
	ابراز وجود	۱۲۳/۶۴	۱	۱۲۳/۶۴	۵۴/۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸
	مهار خود	۵۱/۹۲	۱	۵۱/۹۲	۳۹/۰۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲

اجتماعی کودکان دبستانی پرخاشگر انجام شد. بررسی نتایج این پژوهش بیانگر آن است که آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری منجر به کاهش مشکلات رفتاری و مؤلفه‌های آن از جمله پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضداجتماعی و کمبود توجه در کودکان دبستانی پرخاشگر می‌شود.

این یافته با نتایج پژوهش‌های لندرت و همکاران مبنی بر اثر بخشی مثبت بازی‌درمانی بر رفتار و هیجانات کودکان، پژوهش صریحی و همکاران در خصوص تأثیر بازی‌درمانی گروهی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی، آذرنيوشان و همکاران مبنی بر تأثیر بازی‌درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی و جنتیان و همکاران در خصوص اثربخشی بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر کاهش معنادار مشکلات رفتاری کودکان با مشکل رفتاری پرخاشگری همخوانی دارد.

در تبیین این یافته که بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری منجر به کاهش مشکلات رفتاری کودکان دبستانی با مشکل رفتاری پرخاشگری شد می‌توان گفت که بازی‌درمانی سبب می‌شود کودکان آگاهی بیشتری نسبت به رفتارها و مشکلات خود پیدا کنند و راه‌های مناسب‌تری برای مشکلات بیابند.

در خصوص تبیین دومین یافته پژوهش مبنی بر اینکه بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری منجر به کاهش پرخاشگری و بیش‌فعالی آزمودنی‌ها شد، می‌توان عنوان کرد که برنامه بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری که در دوازده جلسه اجرا شد بر مشارکت کودک در درمان تأکید داشت. در بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری این امر از طریق توجه به کنترل خود و دیگران، تسلط و پذیرش مسئولیت در قبال تغییر رفتار و اکتساب مهارت‌های اجتماعی آموزش داده می‌شود. علاوه بر این، در این نوع بازی‌درمانی

از روش هایی مانند خود نظارتی و فنون مدیریت وابستگی ازجمله تقویت مثبت، شکل دهی، خاموش سازی و سرمشق دهی استفاده می شود؛ بنابراین غیرطبیعی نیست وقتی چنین برنامه نظام دار، ساختاریافته و هدفمندی اجرا شود، پرخاشگری و بیش فعالی و همچنین اضطراب و افسردگی کودکان شرکت کننده در برنامه کاهش یابد.

در تبیین این یافته که بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری سبب کاهش ناسازگاری اجتماعی و رفتارهای ضداجتماعی کودکان پرخاشگر شد، می توان گفت این کودکان در برخی از جنبه های رشد و تحول، به ویژه در زمینه مهارت ها و رفتارهای اجتماعی دچار مشکل هستند و نسبت به کودکان عادی چالش های بیشتری را تجربه می کنند و بسیاری اوقات عامل اصلی مشکلات آن ها در برقراری ارتباط مؤثر و انطباق با محیط پیرامونی، ضعف در مهارت های اجتماعی است. این در حالی است که در بازی درمانی فرصت تجربه هیجان های مختلف برای کودکان فراهم می شد. صریح تر اینکه بازی درمانی، نوعی تزریق واکسن روانی و اجتماعی برای کودک است که ناسازگاری اجتماعی او را می کاهد و به کاهش رفتارهای ضداجتماعی او کمک می کند؛ بنابراین بعید نیست که بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری سبب کاهش ناسازگاری اجتماعی و رفتارهای ضداجتماعی کودکان پرخاشگر شود.

برای تبیین این یافته بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری باعث تبیین این یافته مهارت ارتباطی و اجتماعی کودکان دبستانی شد، می توان عنوان کرد که اگر برنامه های آموزشی از طریق بازی آموزش داده شود و متناسب با سن، علاقه و نیازهای کودکان باشد مفیدتر است و در بهبود رفتار آن ها نقش مؤثرتری خواهد داشت. از طرف دیگر، بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری بر این فرض استوار است که رفتار افراد به روشی

بستگی دارد که جهان را تفسیر می‌کنند. به بیان دیگر، ادراک و تفسیر فرد از موقعیت، پاسخ هیجان و رفتاری او را به موقعیت تعیین می‌کند. برای آنکه بازی درمانی با این دیدگاه مؤثر باشد، باید فعالیت‌ها ساختاریافته و هدف‌گرا باشند و کودک را برانگیزانند. مداخله حاضر این ویژگی‌ها را داشت؛ یعنی فعالیت‌ها ساختارمند و هدف‌گرا بودند. پس دور از احتمال نیست که باعث کاهش مشکلات رفتاری کودکان پرخاشگر شود.

بخش دیگری از نتایج پژوهش حاضر بیانگر اثربخشی آموزش بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر بهبود مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های آن از جمله مشارکت، ابراز وجود و مهار خود در کودکان دبستانی با مشکل رفتاری پرخاشگری بود، این یافته با نتایج پژوهش‌های هوشینا و همکاران مبنی بر اثربخشی بازی درمانی دیجیتالی برافزایش توجه و مهارت‌های اجتماعی کودکان، جیندال اسنایپ و ویتزینو و فوالدینی و بیدختی مبنی بر اثربخشی بازی‌های نمایشی در بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی خفیف و سلطانی فر و همکاران مبنی بر تأثیر بازی درمانی در کاهش تنش کودکان همخوانی دارد.

همچنین با نتایج پژوهش‌های آذرنیوشان و همکاران درباره تأثیر بازی درمانی بر کاهش مشکلات و اختلالات رفتاری دانش آموزان کم‌توان ذهنی، مهوش ورنوسفادارانی و همکاران مبنی بر اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر مهارت‌های اجتماعی و هر سه خرده مقیاس آن یعنی همکاری، قاطعیت و خویش‌داری همخوان است. علاوه بر این، با نتایج مطالعات رشیدی ظفر و همکاران مبنی بر اثربخشی بازی درمانی در بهبود مهارت‌های اجتماعی در کودکان همسو است.

در تبیین این یافته که بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری منجر به بهبود مهارت‌های اجتماعی می‌شود می‌توان عنوان کرد که به نظر می‌رسد مشکلات رفتاری در

اکتساب مهارت های اجتماعی کودکان تأثیر نامطلوبی داشته باشد و کودکان پرخاشگر در مقایسه با همسالان خود، سطح تحمل و شکست پایین تری دارند. همچنین در برخی تحقیقات گزارش شده است که پرخاشگری با ناهماهنگی در تحول شناختی، رفتاری و اجتماعی همراه است. با توجه به اینکه در بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری بیشتر از فعالیت های هیجانی، عملی و غیرکلامی استفاده می شود و از لحاظ نظری، بر تعامل فرد و محیط تأکید می شود و اکتساب مهارت های اجتماعی محصول تعامل ویژگی های فرد و ماهیت رویدادهایی است که فرد با آن مواجه است، احتمال می رود این درمان بر بهبود مهارت های اجتماعی کودکان پرخاشگر مؤثر باشد.

در خصوص تبیین این یافته که بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر میزان مشارکت کودکان دبستانی با مشکل رفتاری پرخاشگری اثربخشی مثبت و معناداری داشته است، می توان عنوان کرد که پرخاشگری باعث محدودیت در میزان مشارکت کودکان دبستانی با مشکل رفتاری پرخاشگری اثربخشی مثبت و معناداری داشته است، می توان عنوان کرد که پرخاشگری باعث محدودیت در میزان همکاری و مشارکت در فعالیت های اجتماعی کودکان پرخاشگر می شود. از سوی دیگر، بازی موجب بهبود فرایندهای یادگیری از جمله مشاهده، تجربه آموزی، حل مسئله و خلاقیت در کودکان می شود.

نکته دیگر اینکه تجربه هیجان های مختلف در بازی درمانی می تواند در نهایت امنیت و آرامش، از راه نمادهای خیالی و اسباب بازی ها بیان شود. بازی روشی است که در آن، کودک احساسات خود را نشان می دهد، روابط خود را گسترده تر می کند، تجربیاتش را می نمایاند، آرزوهایش را آشکار می سازد و به خود شکوفایی می رسد. درواقع با شرایطی که در بازی برای کودک فراهم می شود، رفتارها و افکار او به چالش کشیده می شود و

چون جنبه تمرین و بازی دارد در فعال‌تر شدن او مؤثر است. پس دور از انتظار نیست که بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر میزان مشارکت کودکان دبستانی با مشکل رفتاری پرخاشگری تأثیر قابل توجهی داشته باشد.

برای تبیین این یافته که بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر ابراز وجود کودکان دبستانی پرخاشگر اثربخشی مثبت و معناداری داشت، می‌توان گفت که کودکان پرخاشگر در مهارت‌های ارتباطی و ابراز وجود با مشکلاتی مواجه هستند که نتیجه آن احساس تنهایی، انزوا، ناامیدی و وابستگی است. علاوه بر این، تهیه و اجرای یک راهنمای کاربردی و عملی برای این کودکان دشوار است. این کودکان در برخی از جنبه‌های رشد و تحول، به‌ویژه در زمینه ابراز وجود دچار مشکل هستند و نسبت به کودکان عادی چالش‌های بیشتری را تجربه می‌کنند و در بسیاری از اوقات عامل اصلی مشکلات آن‌ها در برقراری ارتباط مؤثر و انطباق با محیط پیرامونی، ضعف در ابراز وجود است. ازاین‌رو، متخصصان در زمینه بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری برای بهبود ابراز وجود کودکان با مشکل رفتاری پرخاشگری تأکید ویژه‌ای دارند.

در راستای تبیین آخرین یافته پژوهش حاضر مبنی بر اینکه بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری منجر به بهبود مهار خود در کودکان دبستانی پرخاشگر شد می‌توان عنوان کرد که رفتار پرخاشگرانه تأثیر نامطلوبی بر شرایط زندگی می‌گذارد و با سطح فعالیت نامناسب رشدی، تحمل محرومیت پایین، تکانش‌گری و رفتارهای آشفته همراه است و کودکان پرخاشگر در کنترل و مهار رفتارهای خود با چالش‌های زیادی مواجه هستند. این در حالی است که بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری شامل خود نظارتی، فنون مدیریت وابستگی یعنی تقویت مثبت، شکل‌دهی، خاموش‌سازی و سرمشق‌دهی می‌شود.

علاوه بر این، بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری راه های جامعه پذیری را برای افراد پرخاشگر مهیا می کند، به طوری که آن ها به عنوان یک عضو مفید و سالم وارد جامعه می شوند و از گرایش به رفتارهای انحرافی مصون می مانند. بدین معنا که کودکان با پرخاشگری یاد می گیرند چگونه تصمیم بگیرند، تفکر خلاق و انتقادی داشته باشند، احساس مسئولیت پذیری را در خود افزایش دهند و از همه مهم تر چگونه نحوه رفتار نامناسب با همسالان را یاد بگیرند.

همچنین کودکان از طریق مشارکت در این نوع بازی درمانی می توانند مسائل خود را حل کنند و فرصت یابند تا احساسات آزاردهنده خود را بروز دهند و در معرض نمایش بگذارند. پس دور از انتظار نیست که بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر مهار خود در کودکان دبستانی با رفتار پرخاشگرانه تأثیر قابل توجهی داشته باشد.

این پژوهش با محدودیت هایی مواجه بوده است که عبارت اند از: تأثیر متغیرهایی مانند سواد والدین و وضعیت اجتماعی و اقتصادی آن ها که در پژوهش حاضر نشد؛ به ویژگی های شخصیتی کودکان توجه نشد؛ حجم نمونه کم بود، از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد و با توجه به محدودیت زمانی، محقق برای اجرای آزمون پیگیری فرصتی نیافت؛ بنابراین باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد. لذا پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی به سن آزمودنی ها و ویژگی های شخصیتی کودکان پرخاشگر توجه شود؛ سواد والدین و وضعیت اجتماعی و اقتصادی آن ها مدنظر قرار گیرد؛ و پژوهش های آتی با حجم نمونه بیشتر و اجرای آزمون پیگیری انجام شود. همچنین پیشنهاد می شود آموزش بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری روی سایر گروه های کودکان استثنایی انجام شود و همچنین

این برنامه آموزشی در مدارس به صورت رایگان اجرا شود تا مشکلات رفتاری کودکان کمتر شود و مهارت‌های اجتماعی ارتقا یابد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری و بهبود مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های آن‌ها در کودکان پرخاشگر مؤثر است؛ چراکه بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری راه‌های جامعه‌پذیری را برای افراد پرخاشگر مهیا می‌کند. به طوری که آن‌ها به عنوان یک عضو مفید و سالم وارد جامعه می‌شوند و از گرایش به رفتارهای انحرافی مصون می‌مانند. کودکان پرخاشگر یاد می‌گیرند که چگونه تصمیم بگیرند؛ تفکر خلاق و انتقادی داشته باشند؛ احساس مسئولیت‌پذیری را در خود افزایش دهند و از همه مهم‌تر چگونه نحوه رفتار مناسب با همسالان را یاد بگیرند.

علاوه بر این، بخش عمده‌ای از مشکلات کودکان پرخاشگر که منجر به خود ناتوان‌سازی در آنان می‌شود، در ارتباط با عملکرد و رفتار در زندگی شخصی و اجتماعی آن‌هاست. این کودکان به این دلیل که نمی‌توانند به طور خودبه‌خود و بدون کمک دیگران مهارت‌های اجتماعی را بیاموزند، نیازمند نشانه‌های موقعیتی، فهم اهداف و درگیر شدن در تعاملات زندگی و اجتماعی هستند. آن‌ها فقط در صورت برخورداری از آموزش مناسب خواهند توانست همانند همسالان عادی خود به برخی از سطوح اکتسابی مهارت‌های اجتماعی دست یابند، چراکه آموختن از طریق بازی شامل نظم‌بخشی به عاطفه، کنترل فشار روانی، برقراری ارتباط، کنترل احساس‌ها و خودکنترلی می‌شود و از طرفی ساختار ارزشی،

رشد اخلاقی و خودکارآمدی را در برمی گیرد و رشد خود، رشد اجتماعی، رشد هیجانی و رشد شناختی را تسهیل می کند. درنهایت موجب کاهش مشکلات رفتاری و بهبود رفتارهای اجتماعی می شود؛ بنابراین، بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری در کسب مهارت های اجتماعی کودکان پرخاشگر نقشی حساس و مهمی دارد و کاهش مشکلات رفتاری و همچنین ارتقای سطوح مهارت های اجتماعی در این کودکان دور از انتظار نخواهد بود.

منابع

- ۱) جنتیان، سیماء، نوری، ابوالقاسم، سما واتیان، حسین؛ (اثربخشی بازی‌درمانی بر اساس رویکرد شناختی رفتاری بر نشانه‌های خشم و اختلال بیش‌فعالی، مجله روانشناسی کودک و نوجوان ۱۳۹۷
- ۲) عاشوری، محمد، جلیل آبکنار، سیده سمیه؛ دانش‌آموزان با نیازها و آموزش کلی، تهران: رشد فرهنگ ۱۳۹۵
- ۳) پور محمدرضا تجریش، معصومه؛ جلیل آبکنار، سمیه، عاشوری، محمد؛ به پژوه، احمد؛ اثر آموزش بازداری پاسخ بر حافظه کاری در توجه کودکان دارای اختلال و بایگانی بازسازی ۱۳۹۴
- ۴) آذرنيوشان، بهزاد؛ به پژوه، احمد، غباری بناب، باقر؛ (اثربخشی بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری دانش‌آموزان ابتدایی با ناتوانی‌ها ذهنی مجله کودکان استثنایی، ۱۳۹۱
- ۵) افروز، غلامعلی، عاشوری، محمد؛ روانشناسی مدیریت رفتاری کودکان بیش‌فعال و مضطرب. تهران: دانشگاه تهران ۱۳۹۶
- ۶) جلیل آبکنار، سیده سمیه؛ عاشوری، محمد؛ افروز، غلامعلی (تأثیر آموزش رفتار اجتماعی بر مهارت‌های اجتماعی نوجوانان با ناتوانی ذهنی بایگانی با سازی ۱۳۹۲
- ۷) بهروز سرچشمه، سعید، کریمی، محمد؛ جلیل آبکنار، سیده سمیه با اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر مهارت‌های زندگی بر مهارت‌های اجتماعی؛ دانش‌آموزان دبیرستانی با ناتوانی ذهنی - روانشناسی بالینی ۱۳۹۷
- ۸) سلطانی فر، عاطفه با اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر دل‌بستگی بر علائم اختلال ترومای پیشرفته در کودکان ۹-۳ سال مجله سلامت روان ۱۳۹۲
- ۹) قدوسی، نیلوفر، ساجدی، فتح اله، میرزایی، هوشنگ؛ (اثربخشی بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری بیرونی کودکان کار و خیابانی مجله توان‌بخشی ایرانیان ۱۳۹۶
- ۱۰) شاه رفعتی، فاطمه، پور محمدرضایی تجریش، معصومه، پیشیاره، ابراهیم؛ میرزایی، هوشنگ، بیگلریان، اکبر، اثربخشی بازی‌درمانی گروهی بر ارتباط کودکان ۸ تا ۵ سال مبتلا به اختلال اتیم با عملکرد بالا بازسازی بایگانی ۱۳۹۵

- ۱۱) فواد الدین، منصوری، بیدختی، م؛ با اثربخشی متأثر درمانی بر مهارت های اجتماعی و تنظیم رفتار دختران عقب مانده ذهنی مجله پژوهش در علوم توان بخشی ۱۳۹۲
- ۱۲) فلاح پور، حسن، مقاله پر خاشگری از من تا جامعه من، مجله سپید.
- ۱۳) ابوالمعالی، خدیجه؛ پر خاشگری، ماهیت علل و پیشگیری، چاپ اول، تهران. نشر ارجمند ۱۳۹۱)
- ۱۴) Kirk s, Gallagher MR. Educating exceptional chil-dren. New York: Elsevier, ۲۰۱۵
- ۱۵) Malka M, Marshall HR. Mothers of children with LD and ADHD: Empowerment through Online communication. Journal of Education Technology. ۲۰۰۹, ۲۴(۱):۳۹-۴۹. [DOI: ۱۰.۱۰۸۰/۱۵۳۷۴۴۱۶, ۲۰۱۵, ۱۱۰۵۱۳۷][PMID]
- ۱۶) Esbjorn BH, Normann N, Christianses BM, Reinholdt-Dunne, ML. The efficacy of group metacognitive therapy for children (MCT-c) with generalized anxiety disorder: An open trial. Journal of Anxiety Disorder. ۲۰۱۸: ۵۳: ۱۶-۲۱. [DOI: ۱۰.۱۰۱۶/j.janxdis.۲۰۱۷, ۱۱, ۰۰۲][PMID]
- ۱۷) Bulgan C, Ciftici A. Psychological adaptation, material satisfaction, and academic self-efficacy of international students. Journal of International Students. ۲۰۱۷, ۷(۳): ۶۸۷-۷۰۲.
- ۱۸) Babinski DE, Mills SI, Bansal PS. The effects of behavioral parent training with adjunctive social skills training for a preadolescent girl with ADHD and borderline personality features. Clinical case studies. ۲۰۱۷, ۱۷(۱): ۲۱-۳۷/[DOI: ۱۰.۱۱۷۷/۱۵۳۴۶۵.۱۱۷۷۴۱۷.۷]
- ۱۹) Mahvashevernofaderani A, Adibereshki N, Movallali G. [the effectiveness of life skills training on the social skills of hearing impaired secondary school students in inclusive schools (persian)]. Journal of Research on Rehabilitation Scirnse. ۲۰۱۲, ۸(۳): ۴۷۷-۸۸.
- ۲۰) Altun i. The perceived problem solving ability and values of student nurses and midwives. Nurse Education today. ۲۰۰۳, ۲۳(۸): ۵۷۵-۸۴. [DOI: ۱۰.۱۰۱۶/S.۰۲۶۰-۶۹۱۷(۰۳).۰۰۹۶-۰]
- ۲۱) Roderick DOH, Keith CR, John DKL, Promoting social communication in a child with specific language impairment. Communication Disorders Quarterly. ۲۰۱۵, ۳۷(۴): ۱۹۹-۲۱۰. [DOI: ۱۰.۱۱۷۷/۱۵۲۵۷۴.۱۱۵۵۹۵۳۴۶]

- ۲۲) Frank MG. Social skills training with handicapped children: A review. *Review of Educational Research*. ۱۹۸۱: ۵۱(۱): ۱۳۹-۷۶. [DOI: ۱۰,۳۱۰۲/۰۰۳۶۵۴۳,۵۱۰,۱۱۳۹]
- ۲۳) Danielson ML, Bitsko RH, Ghandour RM, Holbrook JR, Kogan MD, Blumberg SJ. Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among U.S. children and adolescents, ۲۰۱۶. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. ۲۰۱۸, ۴۷(۲): ۱۹۹-۲۱۲. [DOI: ۱۰,۱۰۸۰/۱۵۳۷۴۴۱۶, ۲۰۱۷, ۱۴۱۷۸۶۰] [PMID]
- ۲۴) Jayne KM, Ray DC. Child-centered play therapy as a comprehensive school counseling approach: Directions for research and practice. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. ۲۰۱۶, ۱۵(۱): ۵-۱۸. [DOI: ۱۰,۱۰۸۰/۱۴۷۷۹۷۵۷, ۲۰۱۵, ۱۱۳۲۷۵۷]
- ۲۵) Jindal-Anape 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*. ۲۰۰۷, ۲۲(۱): ۱۰۷-۱۷.
- ۲۶) Hoshina A, Horie R, Giannopulu I, Sugaya M. Measurement of the effect of digital play therapy using biological information. *Procedia Computer Science*. ۲۰۱۷, ۱۱۲: ۱۵۷۰-۹. [DOI: ۱۰,۱۰۱۶/j.procs.۲۰۱۷, ۰۸, ۱۰۴]
- ۲۷) Landreth GL, Ray DC, Bratton SC. Play therapy in elementary schools. *Psychology in the Schools*. ۲۰۰۹, ۴۶(۳): ۲۸۱-۸۹. [DOI: ۱۰,۱۰۰۲/pits.۲۰۳۷۴]
- ۲۸) Fridman M, Banaschewski T, Sikirica V, Quintero J, Chen KS. Access to diagnosis, treatment, and supportive services among pharmacotherapy-treated children/adolescents with ADHD in Europe: Data from the Caregiver Perspective on Paediatric ADHD survey. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. ۲۰۱۷, ۱۳: ۹۴۷-۵۸. [DOI: ۱۰,۲۱۴۷/NDTS۱۲۸۷۵۲]
- ۲۹) Mora L, Seville K, Neill L. An evaluation of play therapy for children and young people with intellectual disabilities, ۲۰۱۸, ۱-۱۴. [DOI: ۱۰,۱۰۸۰/۲۳۲۹۷۰۱۸, ۲۰۱۸, ۱۴۴۲۷۳۹]
- ۳۰) Gowdini, R, Pourmohamdreza-Tajrishi M, Tahmasebi S, Biglarian A. [Effect of emotion management training to mothers on the behavioral problem of offspring; Parents' view (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. ۲۰۱۷: ۱۸(۱): ۱۳-۲۴. [DOI: ۱۰,۲۱۸۵۹/jrehab-۱۸۰۱۱۳]
- ۳۱) Rutter M, Cox A, Tupling C, Berger M, Yule W. Attainment and Adjustment in Two Geographical Areas: I—The Prevalence of

- Psychiatric Disorder, The British Journal of Psychiatry. Br J Psy-chiatry, ۱۹۷۵, ۱۲۶:۴۹۳-۵۰۹. [DOI: ۱۰,۱۱۹۲/bjp/۱۲۶,۶,۵۲۰][PMID]
- ۳۲) Tavakkolizadeh J, Bolhari J, Mehtyar AH, Dezhkam M. [Epidemiology of attention deficit and disruptive behavior disorders in elementary school children of Gonbad town, north east Iran (۱۹۹۶-۱۹۹۷) (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. ۱۹۹۷;۳(۱):۴۰-۵۲.
- ۳۳) Kristen LM, et al. A review of social problem-solving inter-ventions: Past findings, current status, and future directions, Review of Educational Research. ۲۰۱۶;۸۷(۱):۷۱-۱۰۲. [DOI:۱۰,۳۱۰۲/۰۰۳۴۶۵۴۳۱۶۶۵۲۹۴۳]
- ۳۴) Biabangard E. [A comparison of social skills between blind, deaf and normal high school female student in Tehran (Persian)]. Journal of Exceptional Children. ۲۰۰۵;۵(۱):۵۵-۶۸.
- ۳۵) Movallahi G, Tayebi Z, Rezaee madani M. [Effectiveness of group logo therapy on increasing the quality of the mothers, life of hearing impaired children (Persian)]. Social Welfare. ۲۰۱۶; ۱۶(۶۱):۲۲۱-۴۲.