



اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری (CBPT) بر رشد مهارت‌های اجتماعی و حل مسئله کودکان مبتلا به اختلال ریاضی

غزاله نبیل^۱

چکیده

این پژوهش باهدف اثربخشی بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی و حل مسئله کودکان مبتلا به اختلال ریاضی شهر کاشان در سال ۱۴۰۳ صورت گرفت. روش این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دارای اختلال ریاضی شهر کاشان در پایه‌های چهارم تا ششم ابتدایی بودند که به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب، و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرارداد شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای آموزش بازی‌درمانی شناختی رفتاری دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند. جمع‌آوری داده‌ها بر اساس پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی گرشام و الیوت (۱۹۹۰) و ادراک حل مسئله هپنر و پترسون (۱۹۸۲) استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده از اجرای پرسشنامه از طریق نرم‌افزار spss27 در دو بخش توصیفی و استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت. نتایج نشان داد که بازی‌درمانی شناختی رفتاری باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های آن همکاری، قاطعیت، خویش‌داری و مهارت رفتاری دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی شده است. همچنین نتایج نشان داد بازی‌درمانی شناختی رفتاری موجب بهبود "اعتماد به حل مسئله" و "کنترل شخصی" دانش‌آموزان دختر پایه‌های چهارم تا ششم دارای اختلال ریاضی شهر کاشان شده است و این در حالی است که از نظر "سبک گرایش-اجتناب" تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. لذا بازی‌درمانی شناختی رفتاری به‌عنوان یک گزینه در برنامه کلاسی دانش‌آموزان مورد تأیید است و می‌تواند به‌عنوان یک روش مداخله مناسب به کار رود.

واژگان کلیدی: بازی‌درمانی شناختی رفتاری، مهارت‌های اجتماعی، حل مسئله، اختلال ریاضی

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران (نویسنده مسئول) ghazalehnbabil@gmail.com



مقدمه

یکی از عمده‌ترین دلایل شکست تحصیلی در دانش‌آموزان، ناتوانی‌های یادگیری است. این ناتوانی‌ها گروه نامتجانسی از اختلال‌ها هستند که مهم‌ترین مشخصه‌های آن، دشواری در فراگیری و کارکرد خواندن، نوشتن و محاسبات است که روند تحولی داشته و از پیش از دبستان شروع می‌شود و تا بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند (بلانکو^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). یکی از انواع اختلالات یادگیری، اختلال ریاضیات است که در DSM5، اختلال یادگیری خاص یا اسپیسیفایر دیسکلکولیا^۲ نام‌گذاری شده است. اختلال ریاضی به دامنه وسیعی از نارسایی توانایی ریاضی در گستره زندگی اشاره دارد (پولو-بلانکو^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). برای قرار گرفتن در طبقه‌بندی اختلال ریاضی باید عملکرد فرد در حساب به‌طور اساسی زیر سن، توانایی‌های هوش و تحصیلی مورد انتظار باشد و همچنین این اختلال باید به‌طور جدی در پیشرفت تحصیلی یا زندگی روزمره مشکل ایجاد کند. به‌علاوه، اختلال نباید به علت نقایص بینایی، شنوایی، جسمی، هیجانی و شرایط نامناسب محیطی، فرهنگی یا آموزشی باشد (اکبر^۴ و همکاران، ۲۰۲۴). در اختلال‌های ریاضی، نقایص در چهار گروه از مهارت‌ها شناسایی شده است: (۱) مهارت‌های زبانی، (۲) مهارت‌های ادراکی، (۳) مهارت‌های ریاضی و (۴) مهارت‌های توجهی. این اختلال اغلب همراه با خواندن و اختلال بیان نوشتاری دیده می‌شود (نفریه و پیر خائفی، ۱۴۰۲).

روند اجتماعی شدن در سال‌های اولیه کودکی با سرعت زیادی رشد می‌یابد. کودکان در این دوران که سرآغاز شکل‌گیری‌های بسیاری است تا حدود زیادی در نتیجه روش‌های تقویت آمیزی که انواع مختلف رفتارهای اجتماعی را ترغیب نموده و یا متوقف می‌نماید، جامعه‌پذیر و اجتماعی می‌شوند (لو و زای^۵، ۲۰۲۴). بنا به نظر پیمدی^۶ و همکاران (۲۰۲۴) مهارت‌های اجتماعی^۷ در سال‌های اولیه کودکی بهتر یاد گرفته می‌شود و اثرات بیشتری بر زندگی فرد دارد و کودکانی که مهارت‌های فردی^۸ و اجتماعی را فراگرفته‌اند در ایجاد رابطه با همسالان و یادگیری در محیط آموزش موفق‌تر از کودکانی هستند که فاقد این مهارت هستند. یکی از وظایف اجتماعی کودکان فراگرفتن مهارت در ایجاد رابطه متقابل و موفق با همسالان است. کودکان از طریق تعامل با همسالان رفتارهایی مانند رعایت نوبت، مشارکت، همکاری، توجه به نظر دیگران و کنترل خشم را فرامی‌گیرند (ژانگ و ژو^۹، ۲۰۲۴) نتایج پژوهش‌های متعددی نشان داده است که امروزه جهت پیشگیری و اصلاح بسیاری از اختلالات رفتاری به‌عنوان اولین یا مهم‌ترین گام می‌بایست به ارزیابی و پرورش مهارت‌های فردی و اجتماعی کودکان و نوجوانان پرداخته شود؛ زیرا اگر این افراد بخواهند از حداکثر ظرفیت‌های ذهنی و توانمندی‌های بالقوه خود بهره‌مند شوند می‌بایست از نگرشی مثبت نسبت به خود و همچنین انگیزه‌های قوی برای تلاش برخوردار شوند. اگرچه تأثیر نسبی آموزش مستقیم مهارت‌های شناختی و اجتماعی در مطالعات متعدد گزارش شده است (ونهو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۴).

1 - Blanco

2 - Dyscalculia

3 - Polo-Blanco

4 - Akbar

5 - Lu & Xie

6 - Pimdee

7 - social skills

8 - Individual skills

9 - Zhang & Zhu

10 - Vanhove



به‌طور کلی به گفته ریگیو^۱ (۲۰۲۴)، عدم تعمیم‌پذیری مهارت‌های آموخته‌شده به محیط طبیعی را، بزرگ‌ترین مشکل آموزش سنتی مهارت اجتماعی (آموزش، ارائه الگو، تمرین، بازخورد و تقویت) و حیطه‌های شناختی می‌دانند؛ زیرا در این شیوه، آموزش یک مهارت تنها دستورالعملی مستقیم درباره یک نحوه مشخص در یک موقعیت خاص است و انعطاف‌پذیری لازم را برای تطبیق با موقعیت جدید ندارد. آموزش در دنیای جهان‌شمول امروزی برای زیستن مسالمت‌آمیز و آگاهانه فرایندی مادام‌العمر است. از آنجاکه زیربنای یادگیری پایدار و ماندنی در دوران کودکی است با توجه به جنبه تربیتی آموزشی هنر می‌توان از آن به‌عنوان ابزاری ارزشمند، مؤثر و کارا در جهت یادگیری آموزش مهارت‌های اجتماعی سود جست (یانگ^۲ و همکاران، ۲۰۲۴).

از سوی دیگر، یکی از مهارت‌های مهم در فرایند یادگیری درس ریاضی ادراک مهارت حل مسئله می‌باشد. حل مسئله مهارتی است که برای تجزیه و تحلیل، راهبردی کردن و گشودن موقعیت‌های بفرنج و پاسخگویی به سؤالات مورد استفاده قرار می‌گیرد (کلانتری و میر سالاری، ۱۴۰۱). ادراک مهارت حل مسئله شامل فرایندهای شناختی است. اما شناخت به‌تنهایی در حل مسئله کافی نیست. حل‌کنندگان مسائل نیازمند تحلیل مشکل برای فهم آن، ارزیابی اطلاعات ویژه برای کفایت آن، سازمان‌دهی برای رویدادها و طراحی یک برنامه، ارزشیابی برنامه عملی موردنظر قبل از اجرا و ارزیابی نتایج آن‌ها می‌باشد. این رفتارها فقط به تفکر و سازمان‌دهی دانش مربوط نمی‌شوند. بلکه تنظیم و بازبینی، فهم برنامه‌ریزی و ارزیابی نتایج به‌طور نزدیکی به تفکر در مورد تفکر و فراشناخت مربوط است (روردا^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). هال^۴ (۱۹۹۹) توانایی دانش‌آموزان کلاس پنجم و ششم را در ادراک حل مسئله پس‌از انجام سه تکلیف بررسی کرد. او در مطالعه خود مشخص ساخت که ارائه آموزش‌های ویژه و نیز راهبردهای شناختی حل مسئله به گروه‌های آزمایشی، آن‌ها را در مقایسه با گروه کنترل در زمینه حل مسائل پیچیده‌تر و حل سریع‌تر مسائل توانا تر ساخته است (تامانگر^۵ و همکاران، ۲۰۲۴).

بنابراین بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری از رویکردهایی است که می‌تواند در کودکان تأثیر بسزایی داشته باشند. بازی‌درمانی، روشی است که به یاری کودکان پر مشکل می‌شتابد تا آن‌ها بتوانند مسائشان را حل کنند و درعین 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 بشناسد و به آن عمل کند. در این نوع درمان، به کودک فرصت داده می‌شود تا احساسات آزردهنده و مشکلات درون خود را از طریق بازی بروز دهد و آن‌ها را به نمایش بگذارد، همانند آن‌گونه از درمان‌هایی که افراد بزرگسال از طریق آن با سخن گفتن مشکلات خود را بیان می‌کنند (لندرث، ۱۴۰۰). یکی از مهم‌ترین رویکردها در بازی‌درمانی، بازی‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری است (فپس و پست^۶، ۲۰۲۰). بازی‌درمانی شناختی-رفتاری تکنیک‌های سنتی بازی‌درمانی را با تکنیک‌های شناختی-رفتاری ترکیب کرده است. ثابت شده است که چنین رویکردهایی در رشد مهارت‌های حل مسئله و مهارت‌های اجتماعی

¹ - Riggio

² - Yang

³ - Roorda

⁴ - Hall

⁵ - Tumangger

⁶ - Phipps & Post



کودکان و دیگر راهکارهای انطباقی و سازگارانه شناختی-رفتاری مفید و مؤثرند (گاتیرز-وازکز و همکاران، ۲۰۱۸). از بازی درمانی در درمان انواع اختلالات کودکان، مشکلات رفتاری که ریشه اضطرابی دارند، استفاده و در بسیاری از موارد مؤثر ارزیابی شده است (منی-والن^۲، ۲۰۲۰). بازی درمانی به عنوان ارتباط بین فردی پویا بین کودک و درمانگر آموزش دیده در فرایند بازی درمانی، توصیف می شود که یک ارتباط امن را برای کودک توصیف می کند تا کودک به طور کامل خود را بیان کند (دروز و رضانی، ۱۴۰۰). 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 اکتساب مهارت های اجتماعی عملیاتی می شود. در این نوع بازی درمانی از روش هایی مانند خود نظارتی و فنون مدیریت وابستگی از جمله تقویت مثبت، شکل دهی، خاموش سازی و سرمشق دهی استفاده می شود که رشد اجتماعی و بهبود مهارت های اجتماعی در راستای کاهش مشکلات رفتاری مانند پرخاشگری و همچنین اختلالات اضطراب و افسردگی و سازگاری از جمله اهداف نهایی آن است (موالالی^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). یافته های پژوهش گرانت^۴ و همکاران (۲۰۲۰) نشان داده است که بازی درمانی از جمله بازی های خانگی، باعث افزایش سازگاری اجتماعی کودکان پیش دبستانی می شود. نتایج پژوهش کرو و مککای^۵ (۲۰۱۷) و اورا^۶ و همکاران (۲۰۱۷) نشان می دهند که این درمان با اثربخشی مطلوبی در کاهش نشانه های اختلالات افسردگی و اضطرابی کودکان همراه است. پژوهش دوی^۷ (۲۰۲۰) با عنوان بازی درمانی در مدارس ابتدایی 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 مهارت های اجتماعی به آنان، بازی درمانی می باشد.

در سال های اخیر توجه به مشکلات مربوط به کودکان مبتلا به اختلال ریاضی و پراهمیت شمردن آن سیر فزاینده ای یافته است و دستاوردهای ارزنده بسیاری نیز حاصل شده، ولی هنوز کمبودها و نقایص بسیاری در این رابطه وجود دارد و با توجه به مطالب فوق، مشکلات کودکان تمام جنبه های زندگی فردی و اجتماعی را تحت تأثیر قرار می دهد؛ بنابراین، عدم توجه کافی به مسائل بهداشت روان کودکان می تواند به شیوع بیشتر و مزمن شدن اختلالات آنها منجر شود. با توجه به اهمیت این مسائل، هرگونه تلاشی که در راستای شناسایی، تشخیص، پیشگیری و کنترل و درمان مشکلات روانی صورت گیرد و بهداشت روانی کودکان را ارتقا بخشد، ارزشمند است. با نگاهی به پژوهش های پیشین به نظر می رسد، بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری می تواند گزینه مداخله ای مناسبی برای درمان مشکلات مختلف در دوره کودکی برای کودکان مبتلا به اختلال ریاضی باشد؛ اما با نگاهی به مطالعات موجود و پژوهش هایی که به آنها اشاره شد، می توان دریافت که به بررسی اثربخشی این مداخله بر مهارت اجتماعی و حل مسئله کودکان مبتلا به اختلال ریاضی به طور خاص پرداخته نشده است و وجود این خلأ احساس می شود. در همین راستا، بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری می تواند مداخله مؤثری در ارتباط با کودکان

¹ - Gutierrez-Vazquez

² - Meany-Walen

³ - Movallali

⁴ - Grant

⁵ - Crowe & McKay

⁶ - Oar

⁷ - Dewi



باشد و به واسطه این مداخله می‌توان امیدوار بود که با استفاده بهینه از تمام حواس کودک هم با دنیای درونی او ارتباط مؤثرتری برقرار کند و هم او را در راستای بهبود مهارت‌های متعدد ارتباطی و اجتماعی یاری رساند. لذا، پژوهشگر با در نظر گرفتن چنین مسئله‌ای به بررسی این موضوع خواهد پرداخت: که آیا بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری بر مهارت اجتماعی و حل مسئله کودکان مبتلا به اختلال ریاضی مؤثر است؟

روش

در این پژوهش از روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش‌آموزان دختر دارای اختلال ریاضی در پایه‌های چهارم تا ششم ابتدایی شهر کاشان در سال تحصیلی ۱۴۰۳، که مشغول به تحصیل بودند، تشکیل دادند. تعداد سه مدرسه به صورت هدفمند از بین مدارس ابتدایی شهر کاشان انتخاب شد. برای شناسایی و انتخاب دانش‌آموزان ناتوان در یادگیری ابتدا معیارهای اختلال یادگیری بر اساس پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای معلمان توضیح داده شد و از آنان خواسته شد که دانش‌آموزان مشکوک به اختلال یادگیری را معرفی کنند، چک‌لیست اختلالات یادگیری توسط معلمان برای دانش‌آموزان تکمیل شد. همچنین آزمودنی‌ها از نظر بینایی، شنوایی، معلولیت‌های حسی-حرکتی، بیماری‌های عصبی که در امر یادگیری مؤثر هستند مورد بررسی قرار گرفتند. پس‌از آن آزمون ایران کی مت روی آنان اجرا شد و دانش‌آموزانی که نمره آنان در این آزمون $1/5$ انحراف معیار پایین‌تر از حد متوسط بود به عنوان دانش‌آموزان دارای اختلال در یادگیری ریاضی شناسایی شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. با توجه به مطالب مطرح شده معیارهای ورود به این پژوهش شامل نمره کمتر از حد متوسط در آزمون کی مت و توافق آگاهانه والدین و مسئولان مدرسه و دانش‌آموزان جهت شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج شامل نداشتن حداقل یکی از ملاک‌های ورود بود. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن در سطح معناداری $0/05$ ، اندازه اثر $0/5$ در هر گروه ۱۵ نفر برآورد شد (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۸۲) و در مجموع ۳۰ نفر مورد پژوهش قرار گرفتند. محل اجرای پژوهش، یکی از مدارس شهر کاشان بود. گروه آزمایش ۱۰ جلسه بازی درمانی شناختی رفتاری قرار گرفت و گروه کنترل آموزشی را دریافت نکرد.

ابزارهای پژوهش:

الف) آزمون ریاضیات ایران کی مت: آزمون ریاضیات کی مت در سال ۱۹۸۵ و ۱۹۸۶ توسط کندی تهیه و در سال ۱۹۸۸ مورد تجدیدنظر قرار گرفته است. آزمون ریاضیات ایران کی مت، آزمونی ملاک مرجع و دارای قواعدی برای تفسیر هنجاری است. این مطابق با پرسش‌های کتاب ریاضی دوره ابتدایی سازمان‌دهی و سپس در یازده استان کشور در ایران هنجاریابی شده است. میانگین کل این آزمون ۱۰۰ و دارای انحراف معیار ۱۵ است. این آزمون از لحاظ گستره و توالی، شامل سه بخش مفاهیم، عملیات و کاربرد است. این بخش‌ها در مجموع به سیزده خرده آزمون و هر بخش به سه یا چهار حیطه تقسیم می‌شود. حیطه مفاهیم از سه خرده آزمون شمارش، اعداد گویا و هندسه تشکیل شده است. این بخش ۶۶ سؤال دارد؛ بنابراین حداکثر نمره‌ای که هر شرکت‌کننده در بخش مفاهیم دریافت کند ۶۶ است. حیطه عملیات شامل خرده آزمون‌های جمع، تفریق، ضرب، تقسیم و محاسبه ذهنی است. تعداد گویه‌های این بخش و بالاترین نمره دریافتی ۹۰ است. حیطه کاربرد نیز شامل پرسش‌هایی است که اندازه‌گیری زمان،



پول، حل مسئله، تخمین و تفسیر را می‌سنجد. این بخش ۱۰۲ سؤال و نمره دارد. مدت‌زمان اجرای کل آزمون کی مت مطابق دستور کار ۳۰ تا ۵۰ دقیقه است. این آزمون در شناسایی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری در درس ریاضی، تعیین نقاط قوت و ضعف دانش‌آموزان در حوزه‌های مختلف ریاضی، نشان دادن اثرات آموزش ریاضی و ارائه اطلاعات دقیق و کافی به معلمان برای ارزشیابی برنامه‌های آموزشی کاربرد دارد. همسانی درونی این آزمون با روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸ تا ۰/۸۴ در پایه‌های مختلف برآورد شده است. روایی تفکیکی در مقایسه سطح دشواری پرسش‌ها نشان داده است که درجات دشواری همه پرسش‌ها در گروه‌های سنی متوالی و کلاسی سیر صعودی دارد. همبستگی مثبت و معنادار این آزمون با نمره پیشرفت تحصیلی در درس ریاضی نشانگر روایی ملاکی آن است. از لحاظ گستره و توالی تیم آزمون شامل سه بخش مفاهیم اساسی، عملیات و کاربرد است. این بخش‌ها در مجموع به سیزده خرده آزمون تقسیم می‌شوند. میانگین کل این آزمون ۱۰۰، انحراف معیار آن ۱۵ است (محمد اسماعیل و هومن، ۱۳۸۱).

ب) **مهارت‌های اجتماعی گرشام و الیوت (۱۹۹۰):** مقیاس مهارت اجتماعی شامل سه فرم ویژه ارزیابی توسط والدین، معلمان و دانش‌آموزان است. هر یک از فرم‌های مقیاس را می‌توان به‌تنهایی یا توأم به کار گرفت. در پژوهش حاضر فرم معلم مورد استفاده قرار گرفته است. معلمان از مهم‌ترین منابع کسب اطلاع در زمینه رفتار و کفایت دانش‌آموزان هستند (هاج، ۱۹۸۳). معلمان این پرسشنامه را که دارای ۴۷ پرسش سه نمره‌ای (دارای گزینه‌های هرگز، بعضی‌اوقات و اغلب اوقات) است، برای تمام دانش‌آموزان تکمیل کرده‌اند محتوای این مقیاس دربرگیرنده دو بخش اصلی مهارت اجتماعی و مشکلات رفتاری است. در این تحقیق از بخش مهارت اجتماعی آن‌که مشتمل بر رفتارهایی نظیر همکاری، قاطعیت و خویش‌داری است استفاده شده است؛ و مهارت‌های رفتاری که شامل مقیاس‌ها است استفاده شده است. این بخش‌ها به‌صورت خرده آزمون ارائه شده‌اند و از جمع نمرات این خرده آزمون‌ها نمره مهارت اجتماعی حاصل می‌گردد. خرده آزمون‌های این بخش از مقیاس به‌قرار زیر است: ۱. همکاری: این خرده آزمون شامل رفتارهایی نظیر مشارکت با دیگران، پیروی از دستورالعمل‌ها و راهنمایی‌هاست. ۲. قاطعیت: این خرده آزمون مشتمل بر رفتارهای آغازگر، نظیر کسب اطلاع از دیگران، معرفی خود به دیگران و پاسخ مناسب به رفتار دیگران است. ۳. خویش‌داری: این خرده آزمون شامل رفتارهایی است که در موقعیت‌های دشوار (نظیر مسخره شدن) مستلزم رفتار معقول از سوی دانش‌آموز است و همچنین دربرگیرنده رفتارهایی است که در موقعیت‌های دشوار ضروری به نظر می‌رسد (نظیر رعایت نوبت و مصالحه در مجادله). مؤلفه‌های مقیاس مهارت رفتاری: ۱. رفتار بیرونی، ۲. رفتار درونی و ۳. بیش‌فعالی. لازم به ذکر است که فرم معلم و والدین برای سه مقطع پیش‌دبستان، دبستان و دبیرستان طراحی شده است، فرم ویژه دانش‌آموز دارای دو فرم مخصوص کلاس‌های سوم تا ششم و کلاس‌های هفتم تا دوازدهم است (گرشام و الیوت ۱۹۹۹). پایایی درونی مقیاس برای فرم معلمان از ۰/۷۴ تا ۰/۹۵ است (گرشام و الیوت، ۱۹۹۹) خصوصیات روان‌سنجی این مقیاس در فرهنگ‌های غیر آمریکایی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. شهیم (۱۳۸۱) در مطالعه‌ای در ایران مهارت اجتماعی کودکان عقب‌مانده ذهنی را با استفاده از این مقیاس مورد بررسی قرار داد. میزان پایایی این مقیاس در مطالعه او برای مهارت اجتماعی ۰/۸۷،



شماره ۴۵،

دوره پانزدهم،

سال چهارم،

پاییز ۱۴۰۳،

صص ۱-۱۶

همکاری ۰/۷۶، قاطعیت ۰/۷۲ و خویشن‌داری ۰/۶۸ برآورده شده است. در این تحقیق پایایی کل این مقیاس پس از دو هفته بر روی ۱۰ نفر از آزمودنی‌ها ۰/۸۱ به دست آمد که پایایی نسبتاً بالایی است.

ج) پرسشنامه حل مسئله هپنر و پترسون (۱۹۸۲): این پرسشنامه توسط هپنر و پترسون (۱۹۸۲) برای سنجش درک پاسخ‌دهنده از رفتارهای حل مسئله شأن و چگونگی واکنش افراد به شمائلی که با آن مواجه می‌شوند، تهیه شده است که ۳۵ ماده دارد و یک مقیاس خودارزیابی در حل مسئله می‌باشد. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر فقدان آشنایی با مهارت‌های حل مسئله می‌باشد. پرسشنامه حل مسئله بر مبنای چرخش تحلیل عاملی دارای ۳ زیر مقیاس مجزاست: ۱. اعتماد به حل مسائل، ۲. سبک گرایش-اجتناب و ۳. کنترل شخصی. این پرسشنامه بر مبنای ۶ سطح لیکرت با نمرات پایین که نشان‌دهنده بالاترین سطح آگاهی از توانایی‌های حل مسئله است. شامل (۱-کاملاً موافقم ۲-به‌طور متوسط موافقم ۳-اندکی موافقم ۴- اندکی مخالفم ۵-به‌طور متوسط مخالفم ۶-کاملاً مخالفم) می‌باشد. برای پیشگیری از سوگیری در پاسخ‌دهی ۱۵ عبارت به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل پرسشنامه از جمع نمرات همه پاسخ‌ها به دست می‌آید. دامنه نمرات ممکن برای هر یک از زیرمقیاس‌های به ترتیب اعتماد به حل مسائل از ۱۱ تا ۶۶، سبک گرایش-اجتناب از ۱۶ تا ۹۶ و کنترل شخصی از ۵ تا ۳۰ نمره را می‌تواند در برگیرد. دامنه نمره کل از ۳۲ تا ۱۹۲ نمره می‌باشد. این پرسشنامه را هپنر و پترسون (۱۹۸۲)؛ به نقل از هپنر و همکاران، (۲۰۰۲) با چندین نمونه از آزمودنی‌ها تنظیم و آزمایش کرد که همسانی درونی نسبتاً بالایی با مقادیر آلفا برای مقیاس کلی ۰/۹۰ و در هر یک از خرده مقیاس‌های اعتماد به حل مسئله، سبک گرایش-اجتناب و کنترل شخصی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۴ و ۰/۷۲ گزارش کرد. در بررسی روایی آن هپنر و پترسون (۱۹۸۲) نشان دادند که ابزار سازه‌هایی را اندازه‌گیری می‌کند که مربوط به متغیرهای شخصیتی و به‌طور بسیار قابل‌ملاحظه‌ای مرکز کنترل می‌باشد. همچنین پایایی نمره کل پرسشنامه از طریق بازآزمایی در فاصله دوهفته‌ای در دامنه ۰/۸۳ تا ۰/۸۹ گزارش دادند که بیانگر این است که این پرسشنامه ابزاری پایایی برای سنجش توانایی حل مسئله است (هپنر و پترسون، ۱۹۸۲). این پرسشنامه توسط رفعتی و با راهنمایی خسروی در سال (۱۳۷۵) ترجمه شد. روایی محتوایی آن به طریق صوری با نظرسنجی از ۱۰ نفر از اساتید دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء تهران احراز شد و پس از یک پیش‌آزمون بر روی ۱۵ دانش‌آموز موردبررسی قرار گرفت و سؤالات دارای ابهام به‌صورت روان‌تری بازنویسی شدند، سپس در پژوهشی که بر روی ۱۵۰ دانش‌آموز صورت گرفت آلفای کرونباخ آن با ضریب ۰/۶۸ گزارش شد (بذل، ۱۳۸۳). در تحقیق خسروی، درووزه و رفعتی (۱۳۷۷) سطح اعتبار پرسشنامه را با آلفای کرونباخ ۰/۸۳ تا ۰/۸۹ نشان داده است. پایایی آن توسط محقق در پژوهش حاضر ۰/۷۶ به دست آمد.

د) محتوای جلسات بازی‌درمانی: در این پژوهش، بازی‌درمانی شناختی رفتاری شامل ۱۰ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی بر اساس پروتکل اسپرینگر و همکاران (۲۰۱۲) و محمد اسماعیل (۱۳۸۷) استفاده شد. در جدول زیر خلاصه جلسات بازی‌درمانی شناختی رفتاری آورده شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات بازی‌درمانی

جلسات	محتوای درمان
اول	کودکان به یکدیگر معرفی شدند، در این جلسه به‌منظور ایجاد رابطه دوستانه و احساس امنیت بازی‌های پیشنهادی کودکان اجرا شد



دوم	استفاده از لوگوهای اسباب بازی به منظور ایجاد حس همکاری گروهی در کودکان و از بین بردن رفتارهای غیراجتماعی، کودکان به کمک درمانگر خانه بزرگ با لوگوها درست می کنند و هر یک از کودکان در مورد رنگ و طرح خانه پیشنهاد می دهند
سوم	کودکان با استفاده از خمیربازی تشویق به درست کردن اشکال موردعلاقه خود شدند و در انتها در مورد اشکال ساخته شده شان توضیح داده و مورد تشویق سایر کودکان قرار می گیرند
چهارم	بازی موزیکال روی کودکان اجرا می شود (چرخیدن با موزیک به دور صندلی و نشستن به روی صندلی به محض قطع صدای موزیک)
پنجم	با استفاده از کاردستی (کاغذ رنگی، قیچی، مقوا و چسب) بین آن ها مسابقه ای اجرا می شود و پس از اجرای مسابقه از کودکان در مورد بهترین کاردستی نظرخواهی شده و در پایان همه کاردستی ها تشویق می شوند
ششم	با استفاده از عروسک های خیمه شب بازی رفتار پسندیده اجتماعی به کودکان آموزش داده می شود
هفتم	بازی گروهی ساختمان سازی با الگو و با تصویرسازی ذهنی، اجرای حرکات پانتومیم به منظور همکاری بیشتر و گسترش تعاملات مثبت بین کودکان نیز اجرا می شود
هشتم	با استفاده از بازی ایفای نقش (همانند تئاتر) کودکان رفتارهای اجتماعی مطلوب را یاد می گیرند. همچنین، کودکان نقش های موردعلاقه خود را ایفا می کنند و آرزوها و ایده های خود را در قالب نقش های برعهده گرفته ابراز می نمایند
نهم	افزایش مهارت خودآگاهی شامل بررسی و تقویت توانایی ها و نقاط قوت هر کودک در مقایسه با گذشته خود و باهدف تقویت احساس ارزشمندی او
دهم	مروری بر بازی های جلسات قبل، سپس اجرای پس آزمون و نیز به تمام کودکان هدیه هایی اهدا شد

تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه ها از طریق نرم افزار SPSS-V27 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

یافته ها

در این بخش داده های پژوهش با استفاده از جداول توزیع فراوانی، شاخص های مرکزی، شاخص های پراکنندگی و شاخص های توزیعی، مورد توصیف قرار می گیرند.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد مهارت های اجتماعی و ادراک حل مسئله گروه ها در پیش آزمون و

پس آزمون

گروه کنترل		گروه آزمایش		زمان	زیر مقیاس ها
SD	M	SD	M		
۳/۰۱	۲۷/۲۰	۳/۱۸	۲۷/۴۶	پیش آزمون	همکاری
۳/۴۴	۲۷/۱۳	۳/۵۲	۳۳/۹۳	پس آزمون	
۳/۳۳	۲۷/۱۳	۳/۱۱	۲۲/۲۰	پیش آزمون	قاطعیت
۳/۸۰	۲۱/۴۰	۴/۰۲	۳۰/۷۳	پس آزمون	
۳/۸۰	۲۵/۳۳	۴/۰۲	۲۴/۵۳	پیش آزمون	خویشتن داری
۴/۱۸	۲۵/۶۰	۳/۹۶	۲۸/۸۰	پس آزمون	
۲/۷۶	۲۵/۴۶	۲/۱۵	۲۴/۲۶	پیش آزمون	مهارت رفتاری
۲/۵۱	۲۴/۹۳	۲/۴۶	۲۹/۳۳	پس آزمون	
۷۶/۹	۴۰/۹۹	۱۲/۹	۴۶/۹۸	پیش آزمون	کل
۱۰/۰۱	۹۳/۹۹	۹۲/۱۰	۸۰/۱۲۲	پس آزمون	
۸/۶	۴۳/۸۰	۴/۶	۴۵/۵۳	پیش آزمون	اعتماد به حل مسئله
۶/۷	۴۲/۶۷	۴/۴	۳۷/۰۷	پس آزمون	
۱۲/۱	۶۳/۹۳	۱۰/۲	۶۳/۲۷	پیش آزمون	سیک گرایش - اجتناب



۱۰/۴	۵۹/۴۷	۹/۱	۵۹	پس آزمون	
۴/۵	۱۹/۶	۵/۴	۲۰/۶۰	پیش آزمون	کنترل شخصی
۴/۴	۱۹/۲۰	۴/۴	۱۶/۲۰	پس آزمون	
۱۵/۷	۱۲۷/۳۳	۱۲/۹	۱۲۹/۴	پیش آزمون	کل
۱۱/۸	۱۲۱/۳۳	۹/۹	۱۱۲/۳	پس آزمون	

شماره ۴۵،

دوره پانزدهم،

سال چهارم،

پاییز ۱۴۰۳،

صص ۱-۱۶

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون افزایش نشان می‌دهد. بر اساس نتایج مندرج در جدول ۲، می‌توان به این توصیف دست زد که بازی درمانی شناختی رفتاری باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های آن: همکاری، قاطعیت، خویشتن‌داری و مهارت رفتاری کودکان مبتلابه اختلال ریاضی شده است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که نمرات گروه آزمایش در هر سه مؤلفه "ادراک حل مسئله" یعنی: "اعتماد به حل مسئله"، "سبک گرایش-اجتناب" و "کنترل شخصی" در پس آزمون، نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است. در حالی که این افزایش در گروه کنترل، محسوس نیست. این نتایج با مقایسه نمره کل "ادراک حل مسئله" نیز قابل استنباط است.

جدول ۳. آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات ابعاد مهارت‌های اجتماعی در دو گروه

شاخص آماری	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	sig	ضریب ایتا
تفاوت دو گروه با کنترل اثر پیش آزمون	اثربندی	۰/۷۸	۱۹/۱۵	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸
	لامبدای ویلکس	۰/۲۲	۱۹/۱۵	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸
	اثربندی	۳/۶۴	۱۹/۱۵	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۳/۶۴	۱۹/۱۵	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد پس از حذف اثر پیش آزمون با روش تحلیل کوواریانس چند متغیری، یک اثر معنی‌دار برای عامل بازی درمانی شناختی رفتاری «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان می‌دهد که حداقل بین یکی از مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلابه اختلال ریاضی که با بازی درمانی شناختی رفتاری آموزش دیده‌اند با کودکان مبتلابه اختلال ریاضی گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکس=۰/۲۲، $p < 0.05$)

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه در متن تحلیل کوواریانس چند متغیری

شاخص آماری متغیرها	منبع تغییر	SS	Df	F	سطح معناداری	ضریب ایتا
همکاری	گروه	۲۷۴/۴۸	۱	۳۸/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	خطا	۱۷۰/۹۴	۲۴			
قاطعیت	گروه	۳۱۵/۴۴	۱	۴۱/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	خطا	۱۸۳/۸۳	۲۴			
خویشتن‌داری	گروه	۱۴۷/۰۳	۱	۱۷/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۴۲
	خطا	۲۰۵/۴۲	۲۴			
مهارت رفتاری	گروه	۱۱۰/۷۵	۱	۱۲/۱۰	۰/۰۰۲	۰/۳۳
	خطا	۲۱۹/۶۲	۲۴			



نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، با حذف تأثیر متغیر پیش‌آزمون، فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت معنادار در متغیر همکاری کودکان مبتلابه اختلال ریاضی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تأیید می‌گردد. همان‌گونه که از نتایج ملاحظه می‌گردد سطح معناداری حاصل‌شده برای زیرمقیاس همکاری در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۱۲ به‌دست‌آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۴ مؤلفه‌های مهارت اجتماعی) کوچک‌تر می‌باشد. در نتیجه با توجه به میانگین‌های حاصل‌شده می‌توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان مؤلفه همکاری، قاطعیت و خویشتن‌داری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است.

جدول ۵. تحلیل کواریانس بین آزمودنی جهت بررسی تأثیر بازی درمانی شناختی رفتاری بر مؤلفه‌های حل

مسئله						
منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
گروه	اعتماد به حل مسئله	۳۲۵/۳	۱	۳۲۵/۳	۲۱/۴	۰/۰۰۱
	سبک گرایش-اجتناب	۰/۰۱۲	۱	۰/۰۱۲	۰۰	۰/۹۹
	کنترل شخصی	۱۰۹/۹	۱	۱۰۹/۹	۴۴/۹	۰/۰۰۱
خطا	اعتماد به حل مسئله	۳۸۰/۷	۲۵	۱۵/۲		
	سبک گرایش-اجتناب	۱۶۳۰/۴	۲۵	۶۵/۲		
	کنترل شخصی	۶۱/۲	۲۵	۲/۴		
کل	اعتماد به حل مسئله	۴۸۸۰۴	۳۰			
	سبک گرایش-اجتناب	۱۰۷۹۴۷	۳۰			
	کنترل شخصی	۱۰۰۱۵	۳۰			

چنانکه نتایج تحلیل‌ها نشان می‌دهد که با کنترل اثر پیش‌آزمون و با احتساب آلفای میزان شده بنفرونی (۰/۰۱۶)، F به‌دست‌آمده تنها در دو مؤلفه "اعتماد به حل مسئله" و "کنترل شخصی" معنی‌دار است. به عبارت دیگر بین نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های "اعتماد به حل مسئله" و "کنترل شخصی" گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد، به طوری که مقایسه اطلاعات جدول ۵ نیز تأیید می‌کند، میانگین "اعتماد به حل مسئله" و "کنترل شخصی" کودکان مبتلابه اختلال ریاضی گروه آزمایش، پس از مداخله، به‌طور معنی‌داری کاهش یافته است، بنابراین می‌توان با ۹۹ درصد اطمینان ادعا کرد بازی‌درمانی شناختی رفتاری موجب بهبود "اعتماد به حل مسئله" و "کنترل شخصی" کودکان مبتلابه اختلال ریاضی شده است و این در حالی است که از نظر "سبک گرایش-اجتناب" تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نمی‌شود. اندازه اثر نیز بیانگر آن است که حدود ۶۴/۲ درصد از واریانس "کنترل شخصی" و ۴۶/۱ درصد از تغییرات "اعتماد به حل مسئله" توسط گروه‌ها تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی بازی‌درمانی شناختی رفتاری (CBPT) بر مهارت‌های اجتماعی و حل مسئله کودکان مبتلابه اختلال ریاضی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که اثربخشی بازی‌درمانی شناختی رفتاری باعث بهبود مهارت‌های اجتماعی در کودکان مبتلابه اختلال ریاضی شد. نتایج پژوهش با یافته‌های (تیلور و ری،



۲۰۲۱؛ توماس و همکاران، ۲۰۲۱؛ پارکر و همکاران، ۲۰۲۱؛ حسنی و همکاران، ۱۴۰۰؛ مصلحی، ۱۳۹۹) همخوانی دارد. در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان چنین بیان نمود بازی‌درمانی با تقویت حس اعتمادبه‌نفس کودکان از طریق تقویت مهارت‌های شناختی-عاطفی و همچنین استفاده از فن‌های مناسب و لذت‌بخش، فرصت‌هایی را برای استفاده از سازگاری اجتماعی، مسئولیت‌پذیری و حل مسئله برای بیان خودشان در اختیار کودکان قرارداد. بدیهی است که اهمیت گروه‌های هم‌سال در رشد شخصیت کودکان، گزارش و اثبات شده است. تجارب گروه فرصت‌هایی را برای کودکان فراهم می‌کند تا مسئولیت‌پذیری و سازگاری اجتماعی مناسب را یاد بگیرند و با برون‌ریزی و بیان احساسات به شیوه‌ای صحیح با یکدیگر تعامل داشته باشند. بازی‌درمانی رشد درون فردی و کسب مهارت‌های اجتماعی مناسب را در کودکان تسهیل می‌کند و کودکان در این برنامه به خود آشکارسازی تشویق می‌شوند و اجازه فراهم ساختن بازخورد مناسب در گروه برای آن‌ها فراهم می‌شود (محمد اسماعیل، ۱۳۹۳). بعضی از فن‌های بازی‌های مورد استفاده در این پژوهش به کودکان فرصت ایفای نقش و بررسی نحوه متفاوت شدن چیزها در زندگی شخصیت‌ها و همچنین زندگی شخصی خود کودکان را می‌دهد. پژوهشگر در این پژوهش از بازگویی داستان در میان فعالیت‌های بازی کودکان برای محک زدن رفتارهای جدید استفاده نمود تا به کودکان کمک شود تا خودشان را به شیوه‌های مثبت‌تر تجربه کنند. محقق با استفاده از تکنیک‌های بازی و استفاده از بازی‌های هدفمند و گروهی و وسایل بازی متنوع، هیجان‌انگیز، پرتحرک و لذت‌بخش، به افزایش مهارت اجتماعی و حل مسئله کودکان و توانایی آن‌ها در همدلی و همکاری کردن با دیگران، ابراز احساسات، پذیرش خود و دیگران اقدام کرد. با تشویق نقاط قوت کودکان عزت‌نفس و اعتمادبه‌نفس آن‌ها افزایش یافته و همچنین کودکان در بازی مثل بیان توپ‌بازی کنیم و توپ‌های چهره‌نما، با لذت بردن از بازی به برون‌ریزی، شناخت و بیان احساساتش پرداخته و با استفاده از بازی‌هایی چون قصه‌های ناتمام، حدس بزن، حس شایستگی، خودآگاهی، مسئولیت‌پذیری و اعتمادبه‌نفس در آن‌ها افزایش یافته و درعین‌حال از طریق بازی با حیوانات و بازگویی نمایشی داستان‌ها، مهارت‌های اجتماعی مناسب جهت برقراری ارتباط با دیگران را یاد گرفتند. هدف بازی‌درمانی با ساختار برای کودکان افزایش دل‌بستگی، اعتمادبه‌نفس، صمیمیت نسبت به دیگران و سرگرمی لذت‌بخش است. تکنیک‌های بازی‌درمانی تعاملی و جذاب مثل بازی «ببینیم چقدر زورت زیاد است» به منظور بهبود حس اعتمادبه‌نفس و احساس شایستگی و افزایش حس همکاری و همدلی در کودکان استفاده می‌شود. با توجه به شواهد و دلایل ذکر شده در مجموع می‌توان گفت بازی‌درمانی یکی از روش‌های مداخله‌ای درمانی مؤثر در افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان است.

همچنین نتایج نشان داد که بازی‌درمانی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری باعث افزایش مهارت‌های حل مسئله در کودکان مبتلا به اختلال ریاضی شد. نتایج پژوهش با یافته‌های (موکارام، ۲۰۲۱؛ توماس و همکاران، ۲۰۲۱؛ تیلور و ری، ۲۰۲۱؛ حسنی و همکاران، ۱۴۰۰؛ بومی اصل، ۱۳۹۹؛ مصلحی، ۱۳۹۹؛ قاسمی، ۱۳۹۹) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان این‌گونه اظهار داشت که بازی‌درمانی در بعد مسئولیت‌پذیری؛ مکانیسم و روندی مبتنی بر اصول شناختی-رفتاری را در یک بستر تحولی و سازشی ایجاد می‌کند که به‌طور ویژه تمام فرآیندهای هیجانی را مورد توجه قرار می‌دهد و این مکانیسم و روند تحولی بر پایه تعامل، شناخت، عواطف، رفتار و فیزیولوژی مبتنی می‌باشد، تمام رفتارهای نابهنجار، غیر هدفمند و اهمال‌کاری‌ها که مبتنی بر عدم مسئولیت‌پذیری است حاصل بروز نگرش‌های ناکارآمد و تفکرات غیرمنطقی کودکان در نظر گرفته می‌شوند که بازی‌درمانی باهدف قرار دادن هر یک



از مؤلفه‌هایی که در این زمینه دخیل هستند منجر به تغییر آنان می‌شود. از سوی دیگر، کودکانی که به دلیل بی‌مسئولیتی دست به اهمال‌کاری می‌زنند خواه‌ناخواه از طرف اولیای مدرسه و سپس جامعه طرد می‌شود و این طرد و دوری در کودکان دوره‌های ابتدایی مشهودتر می‌باشد که همین عامل کاهش کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی این کودکان را منجر می‌گردد. از همین رو، روند و ساختار بازی‌درمانی می‌طلبد که همکاری، همدلی و تمام مهارت‌هایی را کسب کند که در بستر مسئولیت‌پذیری و دوری از تعلل ورزی شکل می‌گیرد. بازی‌درمانی مستلزم رابطه درمانی مثبت از جمله تفاهم، اعتماد و احساس امنیتی است که کودک برای شروع یک رابطه اجتماعی هدفمند بدان نیاز دارد از سوی دیگر، رفتارهای جهت دهنده بازی درمانگر باعث می‌شود، فعالانه در درمان شرکت کند و گام‌به‌گام با کودک به سمت اهداف از پیش تعیین‌شده حرکت کند. از سوی دیگر، این درمان علاوه بر نقش فعال درمانگر بر شرکت فعال کودک در درمان نیز تأکید دارد که این فعال بودن از طریق اقدام به کنترل و تغییر رفتار و قبول مسئولیت در قبال آن به خود شکل محسوس می‌گیرد و در کل همین نقش‌های فعال در بازی‌درمانی که بین کودک و بازی‌درمانگر شکل می‌گیرد باعث افزایش مهارت‌های حل مسئله در کودکان می‌شود.

محدودیت عمده این پژوهش مربوط به روایی بیرونی می‌باشد چراکه جامعه آماری پژوهش گروه خاصی از جامعه، یعنی کودکان مبتلابه اختلالات ریاضی شهر کاشان بودند، لذا امکان تعمیم نتایج به کل جامعه با محدودیت روبرو است. طرح پژوهشی نیمه آزمایشی بوده است و لذا مزایای طرح‌های آزمایشی حقیقی را ندارد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی پژوهشگر از یک متخصص به‌عنوان درمانگر و آموزش درمان در پژوهش خویش سود جوید تا احتمال سوگیری در پژوهش کاهش یابد. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در سایر شهرها نیز صورت گیرد و نتایج آن مورد ارزیابی قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود بازی‌درمانی به‌صورت درس مستقلی در برنامه هفتگی کودکان قرار گیرد؛ همچنین ترتیبی اتخاذ شود تا والدین با بازی‌درمانی آشنا شوند و در خانه آن را جانشین بازی‌های بی‌هدف کنند. در آموزشگاه‌ها آشنایی همکاران با مراحل، فرایند و نظریه‌ها ضروری به نظر می‌رسد و توصیه می‌شود معلمان و مشاوران مدارس، از بازی برای افزایش مهارت‌های اجتماعی و حل مسئله کودکان مبتلابه اختلال ریاضی استفاده کنند. انجام این پژوهش در سایر نقاط کشور و طراحی پروتکل درمانی جدید گروه‌درمانی متناسب با مشکلات کودکان می‌تواند نتایج رضایت‌بخش‌تری داشته باشد.



منابع

- بومی اصل، سپیده. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله برافزایش مسئولیت‌پذیری و سازگاری خانوادگی دانش‌آموزان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل.
- حسینی، فرشته؛ علی پور، احمد؛ صفاری نیا، مجید و آقا یوسفی، علی‌رضا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر شناخت اجتماعی (سازگاری اجتماعی و پذیرش اجتماعی) کودکان بیش‌فعال. نشریه شناخت اجتماعی، ۱۹ (۱۱)، ۱۸۶-۱۶۹.
- دروز، آتنا و رمضانی، غزال. (۱۴۰۰). ترکیب بازی‌درمانی با رفتاردرمانی شناختی. تهران: انتشارات وانیا.
- قاسمی، مریم. (۱۳۹۹). اثربخشی بازی‌درمانی برافزایش توجه و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان ابتدایی با اختلال رفتاری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور استان تهران.
- کلاتتری، فریبا و میر سالاری، نسترن. (۱۴۰۱). رابطه درگیری تحصیلی و خودگردانی تحصیلی با مهارت‌های حل مسئله دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر رامهرمز. نشریه پیشرفت‌های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش، ۵۱ (۱۱)، ۵۹۰-۵۷۶.
- لندرت، گری ال. (۱۴۰۰). بازی‌درمانی هنر ارتباط با کودکان. ترجمه شهناز محمدی و کبری جمشیدی. تهران: نشر روان.
- محمد اسماعیل، الهه. (۱۳۹۵). بازی‌درمانی: نظریه‌ها، روش‌ها و کاربردهای بالینی - تهران چاپ دوم.
- مصلحی، ابوالفضل. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی بازی‌درمانی شناختی- رفتاری بر مسئولیت‌پذیری و اهمال‌کاری تحصیلی دانش‌آموزان پسر دوره دوم ابتدایی شهر بردسکن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور استان خراسان رضوی.
- نفریه، پگاه و پیر خائفی، علیرضا. (۱۴۰۲). اثربخشی بازی‌درمانی کودک محور بر بهبود حافظه فعال و توجه کودکان دارای اختلال ریاضی. نشریه پژوهش‌های کاربردی در علوم رفتاری، ۵۵ (۱۱)، ۸۷-۱۰۱.
- Akbar, S., Shah, S. R., Alshehri, M. M., Sharma, S. K., & Gupta, P. (2024). A mathematical study for promoting disability inclusion in glaucoma: A comprehensive approach. *Journal of Disability Research*, 3(1), 20230062.
- Blanco, R., García-Moya, M., & Gómez-Atienza, D. (2024). Design of a mathematical problem-solving application for students with autism spectrum disorder. *Educational Technology & Society*, 27(2), 220-242.
- Crowe, K., & McKay, D. (2017). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety and depression. *Journal of anxiety disorders*, 49, 76-87.
- Dewi, G. A. N. T. (2020). The Effectiveness of Play Therapy and Positive Reinforcement to Reduce Gadgets Addiction in Children. *Proceedings of The ICECRS*, 8.
- Grant, R. J., Stone, J., & Mellenthin, C. (Eds.). (2020). *Play Therapy Theories and Perspectives: A Collection of Thoughts in the Field*. Routledge.

شماره ۴۵،

دوره پانزدهم،

سال چهارم،

پاییز ۱۴۰۳،

صص ۱-۱۶



- Gutierrez-Vazquez, E., Flippen, C., & Parrado, E. (2018). Migration and depression: A cross-national comparison of Mexicans in sending communities and Durham, NC. *Social Science & Medicine*, 219, 1-10.
- Lu, D., & Xie, Y. N. (2024). The application of educational technology to develop problem-solving skills: A systematic review. *Thinking Skills and Creativity*, 51, 101454.
- Meany-Walen, K. K. (2020). The current state of adlerian play therapy published research. *The Journal of Individual Psychology*, 76(2), 176-186.
- Mokarram, F. (2021). Comparing the efficacy of training social-emotional skills and training social problem solving on social competence in female single parent, second period high school students. *Journal of psychological science*, 1651-1666.
- Movallali, G., Jalil-Abkenar, S. S., & Ashori, M. (2015). The efficacy of group play therapy on the social skills of pre-school hearing-impaired children. *REHABILITATION*, 16(1).
- Oar, E. L., Johnco, C., & Ollendick, T. H. (2017). Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Children and Adolescents. *The Psychiatric clinics of North America*, 40(4), 661-674.
- Landreth, G. L., Ray, D. C., & Bratton, S. C. (2009). Play therapy in elementary schools. *Psychology in the Schools*, 46(3), 281-289.
- Phipps, C. B., & Post, P. B. (2020). The effect of child-centered play therapy on the externalizing behaviors of low-income male preschoolers: A single-case design study. *International Journal of Play Therapy*, 29(2), 74.
- Pimdee, P., Sukkamart, A., Nantha, C., Kantathanawat, T., & Leekitchwatana, P. (2024). Enhancing Thai student-teacher problem-solving skills and academic achievement through a blended problem-based learning approach in online flipped classrooms. *Heliyon*, 10(7).
- Polo-Blanco, I., Suárez-Pinilla, P., Goñi-Cervera, J., Suárez-Pinilla, M., & Payá, B. (2024). Comparison of mathematics problem-solving abilities in autistic and non-autistic children: The influence of cognitive profile. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 54(1), 353-365.
- Riggio, R. E. (2024). Developing Student Leader Emotional and Social Communication Skills. *Journal of Campus Activities Practice and Scholarship*, 6(1), 68-73.
- Roorda, G., de Vries, S., & Smale-Jacobse, A. E. (2024, January). Using lesson study to help mathematics teachers enhance students' problem-solving skills with teaching through problem solving. In *Frontiers in Education* (Vol. 9, p. 1331674). Frontiers Media SA.
- Taylor, L., & Ray, D. C. (2021). Child-centered play therapy and social-emotional competencies of African American children: A randomized controlled trial. *International Journal of Play Therapy*, 30(2), 74.



Thomas, A. L., & Brausch, A. M. (2020). Family and peer support moderates the relationship between distress tolerance and suicide risk in black college students. *Journal of American college health*, 1-8.

Tumangger, W. R., Khalil, I. A., & Prahmana, R. C. I. (2024). The impact of realistic mathematics education-based student worksheet for improving students' mathematical problem-solving skills. *IndoMath: Indonesia Mathematics Education*, 7(2), 196-215.

Vanhove, A., Opdecam, E., & Haerens, L. (2024). Fostering social skills in the Flemish secondary accounting education: perceived challenges, opportunities, and future directions. *Accounting Education*, 33(4), 414-449.

Yang, D., Ziems, C., Held, W., Shaikh, O., Bernstein, M. S., & Mitchell, J. (2024). Social skill training with large language models. *arXiv preprint arXiv:2404.04204*.

Zhang, Y., & Zhu, Y. (2024). Effects of educational robotics on the creativity and problem-solving skills of K-12 students: A meta-analysis. *Educational Studies*, 50(6), 1539-1557.



The Effectiveness of Cognitive Behavioral Play Therapy (CBPT) on the Development of Social Skills and Problem-Solving in Children with Math Disorder

شماره ۴۵،

دوره پانزدهم،

سال چهارم،

پاییز ۱۴۰۳،

صص ۱-۱۶

Ghazaleh Nabil¹

Abstract

This research was conducted to assess the effectiveness of Cognitive Behavioral Play Therapy on social skills and problem-solving in children with mathematical disorder in Kashan City in 2024. The research method was a semi-experimental design using a pre-test/post-test approach with a control group. The statistical population consisted of all female students in grades four to six with mathematical disorder who were selected through purposive sampling and randomly assigned to experimental (15 participants) and control (15 participants) groups. The experimental group received 10 sessions of 30-minute Cognitive Behavioral Play Therapy, while the control group remained on the waiting list. Data collection was based on the Gresham and Elliott Social Skills Questionnaire (1990) and the Heppner and Peterson Problem-Solving Inventory (1982). Data analysis was performed using SPSS 27 in both descriptive and inferential sections (Analysis of Covariance). The results indicated that Cognitive Behavioral Play Therapy significantly increased social skills and its components, including cooperation, assertiveness, self-control, and behavioral skills among students with mathematical disorder. Additionally, the results showed that Cognitive Behavioral Play Therapy improved “confidence in problem-solving” and “personal control” in female students in grades four to six with mathematical disorder in Kashan. However, there was no significant difference between the two groups regarding “approach-avoidance style.” Therefore, Cognitive Behavioral Play Therapy is endorsed as an option in the classroom program for students and can be utilized as an appropriate intervention method.

Keywords: Cognitive Behavioral Play Therapy, Social Skills, Problem-Solving, Mathematical Disorder

¹ Master of Educational Psychology, Department of Psychology, Payam Noor University, Iran (Corresponding Author)