

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
گروه آموزشی روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی

پایان نامه

جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی

عنوان:

اثربخشی بازی درمانی بر فراخوانی توجه دختران کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر دوره ابتدایی

نگارنده:

طیبه پیرنظر

استاد راهنما:

دکتر معصومه پورمحمدرضای تهریزی

استاد مشاور:

دکتر علی زاده محمدی

بهمن ماه ۱۳۸۹

شماره ثبت

۴۰۰۰-۱۵۷

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

می نویسم اگر قلم یاری کند

و اگر زمان یاری کند می مانم ،

و این اثر تقدیم می شود به کسانی که قلم به دستم دادند و من را به زمان

بخشیدند تا بنویسم ؛

پدر و مادر عزیزم

حمد و سپاس خدایی را که در یگانگی خود بلند مرتبه، در قدرت و سلطه خود با جلالت و در ارکان خود عظیم است. علم او به همه چیز احاطه دارد در حالی که در جای خود است و همه مخلوقات را با قدرت و برهان خود تحت سیطره دارد. همیشه مورد سپاس بوده و همچنان مورد ستایش خواهد بود. ابتداکننده و بازگرداننده اوست و هر کاری به سوی او باز می گردد.

در این جا، لازم می دانم از استاد راهنما **سرکار خانم دکتر پورمحمدرضای تجریشی** به دلیل سعه صدر و دقت نظر ایشان در تمامی مراحل پژوهش قدردانی نمایم و همچنین از استاد مشاور بزرگوارم **جناب آقای دکتر زاده محمدی** که در تدوین پروتکل درمان بسیار مدبرانه هدایتیم نمودند سپاسگزاری نمایم. در پایان از مدیر محترم دبستان استثنایی دخترانه **میلاذ سرکار خانم حسن زاده** که امکانات مورد نیاز برای این پژوهش را در اختیارم گذاردند و مرا از همراهی شایسته خود بهره مند ساختند، سپاسگزارم.

چکیده

کاستی توجه یکی از شایع‌ترین مشکلات در کودکان کم‌توان ذهنی است و این مسأله به آسیب‌های روان‌شناختی، تحصیلی و اجتماعی منجر می‌شود. کمک به کودک کم‌توان ذهنی جهت افزایش فراخنای توجه بسیاری از مشکلات اساسی آنان را تعدیل می‌کند. از بین روش‌های درمانگری متعددی که برای مداخله در این کاستی معرفی شده‌اند، بازی‌درمانی به عنوان شیوه‌ای نزدیک با طبیعت کودکان و هماهنگ با ویژگی‌های آنان جایگاه خاصی دارد. این پژوهش در صدد بررسی اثر بخشی بازی‌درمانی بر فراخنای توجه دختران کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر دوره ابتدایی است. پژوهش حاضر از نوع مطالعات شبه‌تجربی است که از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. با روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای از جامعه دختران کم‌توان ذهنی مقطع ابتدایی شهر تهران ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. سپس، با استفاده از پرسشنامه دموگرافیک و آزمون توجه ارادی تولوز-پیرون، اطلاعات عمومی و فراخنای توجه آزمودنی‌ها اندازه‌گیری شد. گروه آزمایش در ۵ گروه ۳ نفره در ۱۶ جلسه بازی‌درمانی ۳۵ دقیقه‌ای، شرکت کردند. اعضای گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات درمانی آزمون تولوز-پیرون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. داده‌های به دست آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر دو گروه با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بازی‌درمانی موجب تفاوت معنادار ($p < 0/001$) بین میانگین فراخنای توجه در دو گروه آزمایش و کنترل شده است. در واقع، میزان مجذور ایتا بیانگر آن است که ۹۴ درصد از تغییرات کاستی توجه با توجه به روش بازی‌درمانی قابل تبیین است. در مجموع، می‌توان چنین استنباط کرد که بازی‌درمانی به عنوان یک روش ارزشمند برای بهبود کاستی توجه در کودکان، واجد اهمیت است.

واژه‌های کلیدی: بازی‌درمانی، فراخنای توجه، کم‌توانی ذهنی، دوره ابتدایی

فهرست مطالب

عنوان صفحه

فصل اول: کلیات پژوهش

۱-۱ مقدمه	۲
۱-۲ بیان مسأله	۴
۱-۳ اهمیت و ضرورت پژوهش	۸
۱-۴ اهداف پژوهش	۱۱
۱-۴-۱ هدف کلی	۱۱
۱-۴-۲ هدف کاربردی	۱۱
۱-۵ سؤال پژوهش	۱۱
۱-۶ متغیرهای پژوهش	۱۲
۱-۶-۱ تعاریف مفهومی	۱۲
۱-۶-۲ تعاریف عملیاتی	۱۳

فصل دوم: گستره نظری و پیشینه پژوهش

۲-۱ تغییر نام عقب ماندگی ذهنی به کم توانی ذهنی	۱۶
۲-۲ کم توانی ذهنی	۱۶
۲-۲-۱ تعریف	۱۷
۲-۲-۲ شیوع	۱۹
۲-۲-۳ طبقه بندی کم توانی ذهنی	۱۹
۲-۲-۳-۱ شدت کم توانی ذهنی	۱۹
۲-۲-۳-۲ انتظارهای آموزش پذیری	۲۰
۲-۲-۳-۲-۱ کم توان ذهنی آموزش پذیر	۲۰
۲-۲-۳-۲-۱ کم توان ذهنی تربیت پذیر	۲۱

- ۲۲ کم توان ذهنی حمایت پذیر ۲-۲-۳-۲-۳
- ۲۲ سبب شناسی ۲-۲-۳-۲-۳
- ۲۳ طبقه بندی بر اساس حمایت های مورد نیاز ۲-۲-۳-۲-۴
- ۲۳ متناوب ۲-۲-۳-۲-۴-۱
- ۲۳ محدود ۲-۲-۳-۲-۴-۲
- ۲۳ گسترده ۲-۲-۳-۲-۴-۳
- ۲۳ فراگیر ۲-۲-۳-۲-۴-۴
- ۲۴ فراخنای توجه ۲-۳
- ۲۵ انواع توجه ۲-۳-۱
- ۲۶ اهمیت توجه ۲-۳-۲
- ۲۷ عملکردهای توجه ۲-۳-۳
- ۳۱ عوامل مؤثر بر توجه ۲-۳-۴
- ۳۱ عوامل ژنتیک ۲-۳-۴-۱
- ۳۱ سن ۲-۳-۴-۲
- ۳۲ تغذیه ۲-۳-۴-۳
- ۳۲ عوامل روانی ۲-۳-۴-۴
- ۳۳ عوامل شیمیایی ۲-۳-۴-۵
- ۳۴ آسیب ها و ضربات ۲-۳-۴-۶
- ۳۴ شیفت توجه ۲-۳-۵
- ۳۶ سنجش توجه ۲-۳-۶
- ۳۷ کاستی توجه ۲-۳-۷
- ۳۹ درمان ۲-۳-۸
- ۴۱ بازی درمانی ۲-۴
- ۴۲ مروری بر مفهوم بازی ۲-۴-۱

۴۴	۲-۴-۲ بازی در کودکان کم توان ذهنی
۴۸	۲-۴-۳ تعریف بازی درمانی
۴۹	۲-۴-۴ تاریخچه‌ی تحول بازی درمانی
۵۴	۲-۴-۵ اهداف و پیامدهای بازی درمانی
۵۵	۲-۴-۶ بازی درمانی در چارچوب‌های مختلف
۵۵	۲-۴-۶-۱ بازی درمانی در مدرسه
۵۶	۲-۴-۶-۲ بازی درمانی در بیمارستان
۵۶	۲-۴-۶-۳ بازی درمانی گروهی
۵۷	۲-۴-۷ پژوهش در زمینه بازی درمانی
۵۸	۲-۴-۷-۱ پژوهش‌های فراتحلیلی
۵۹	۲-۴-۷-۲ کاربردهای بازی درمانی در جمعیت‌های بالینی
۵۹	۲-۴-۷-۲-۱ بیماری‌های جسمانی و کودکان بستری
۶۰	۲-۴-۷-۲-۲ آزار و سوء استفاده
۶۱	۲-۴-۷-۲-۳ مشکلات و اختلال‌های درونی‌سازی شده
۶۲	۲-۴-۷-۲-۴ مشکلات و اختلال‌های برون‌سازی شده
۶۳	۲-۴-۷-۲-۵ اختلال‌های فراگیر رشدی و درخودماندگی
۶۴	۲-۴-۷-۲-۶ مشکلات سازشی
۶۵	۲-۴-۷-۲-۷ اختلال‌ها و ناتوانی‌های یادگیری
۶۷	۲-۴-۷-۲-۸ مشکلات توجه

فصل سوم: روش‌شناسی

۷۱	۳-۱ نوع مطالعه و طرح پژوهشی
۷۱	۳-۲ جامعه آماری
۷۱	۳-۳ روش نمونه‌گیری و گروه نمونه
۷۲	۳-۳-۱ معیارهای ورود به مطالعه

۷۲.....	۳-۳-۲ معیارهای خروج از مطالعه
۷۲.....	۳-۴ ابزار پژوهش
۷۲.....	۳-۴-۱ پرسشنامه دموگرافیک
۷۲.....	۳-۴-۲ آزمون مربعات دنباله دار تولوز- پیرون
۷۳.....	۳-۴-۲-۱ روایی ابزار
۷۳.....	۳-۴-۲-۲ پایایی ابزار
۷۴.....	۳-۵ روش اجرا
۷۵.....	۳-۵-۱ ساختار بازی
۷۸.....	۳-۶ ملاحظات اخلاقی
۷۸.....	۳-۷ روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها

۸۱.....	۱-۴ توصیف یافته‌ها
۸۹.....	۲-۴ تحلیل یافته‌ها در چهارچوب سوال پژوهش

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۹۱.....	۵-۱ بحث و تبیین یافته‌ها
۹۶.....	۵-۲ نتیجه‌گیری نهایی
۹۸.....	۵-۳ محدودیت‌ها
۹۹.....	۵-۴ پیشنهادها

فهرست منابع

۱۰۱.....	منابع فارسی
۱۰۳.....	منابع انگلیسی

پیوست‌ها

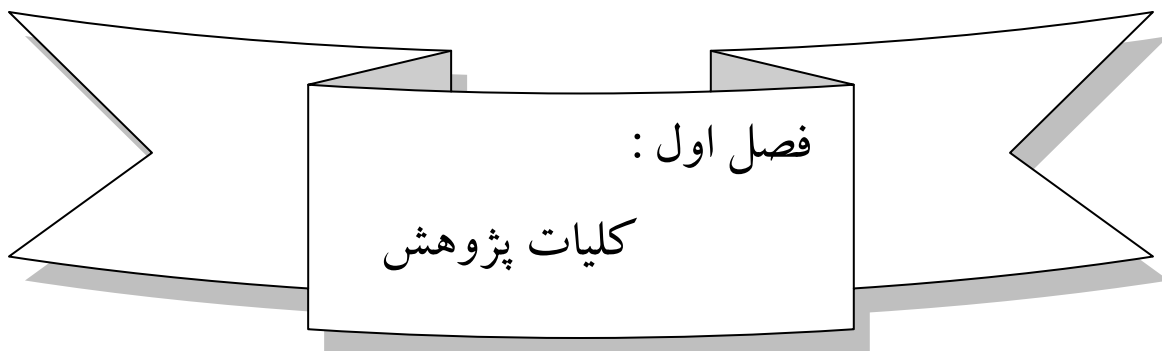
- پیوست (۱) فرم بررسی خصوصیات دموگرافیک مددجویان کم‌توان ذهنی ۱۱۵
- پیوست (۲) آزمون تولوز- پیرون ۱۱۶
- چکیده انگلیسی ۱۱۷

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۸۱	جدول ۱- ۴- مقایسه میانگین سن در گروه‌های آزمایش و کنترل
۸۲	جدول ۲- ۴- مقایسه فراوانی پایه تحصیلی در گروه‌های آزمایش و کنترل
۸۳	جدول ۳- ۴- مقایسه فراوانی ترتیب تولد در گروه‌های آزمایش و کنترل
۸۴	جدول ۴- ۴- مقایسه فراوانی شغل پدر در گروه‌های آزمایش و کنترل
۸۵	جدول ۵- ۴- مقایسه فراوانی شغل مادر در گروه‌های آزمایش و کنترل
۸۶	جدول ۶- ۴- مقایسه فراوانی تحصیلات پدر آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل
۸۷	جدول ۷- ۴- مقایسه فراوانی تحصیلات مادر آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل
۸۸	جدول ۸- ۴- شاخص‌های توصیفی فراخنای توجه در گروه‌های آزمایش و کنترل
۸۸	جدول ۹- ۴- بررسی نرمال بودن توزیع فراخنای توجه
۸۹	جدول ۱۰- ۴- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین میزان توجه گروه‌های کنترل و آزمایش ..

فهرست نمودارها

عنوان	صفحه
نمودار ۱-۴ نمایش میانگین سن در گروه‌های آزمایش و کنترل	۸۱
نمودار ۲-۴ نمایش درصد پایه تحصیلی در گروه‌های آزمایش و کنترل	۸۳
نمودار ۳-۴ نمایش درصد ترتیب تولد در گروه‌های آزمایش و کنترل	۸۴
نمودار ۴-۴ نمایش درصد شغل پدر آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل	۸۵
نمودار ۵-۴ نمایش درصد شغل مادر آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل	۸۶
نمودار ۶-۴ نمایش درصد تحصیلات پدر آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل	۸۷
نمودار ۷-۴ نمایش درصد تحصیلات مادر آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل	۸۸
نمودار ۸-۴ نمایش میانگین فراخنای توجه از موقعیت پیش‌آزمون به پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل ..	۸۹



فصل اول :
کلیات پژوهش

۱- مقدمه

اهمیت توجه بطور کلی در یادگیری امری بدیهی است. یک کودک پیش از آن که یاد بگیرد باید بتواند به کاری که در جریان است توجه کند (هالاها^۱ و کافمن^۲، ۱۳۸۸/۲۰۰۳). همچنین توجه نقش عمده‌ای را در روابط اجتماعی کودک کم‌توان ذهنی^۳ ایفا می‌کند [" ناتوانی " معادل غلط مصطلحی است که برای "disability" به کار می‌رود، زیرا پیشوند dis به معنای نداشتن توانایی به طور کامل نیست، بلکه منظور "کم‌توانی" است. به همین خاطر با توجه به تغییر نام "mental retardation" به "intellectual disability"، "کم‌توان ذهنی" بهترین معادل به جای "عقب‌ماندگی ذهنی" می‌باشد.] (اسکِلاک^۴ و دیگران، ۲۰۰۷). کمک به کودک کم‌توان ذهنی که به کاستی توجه^۵ در امور و تکالیف معروف است، به منظور تسلط بر این مشکل و افزایش روابط اجتماعی و دوستانه چالش اصلی برای درمانگر و خود وی محسوب می‌شود (بورتولی^۶، ۲۰۰۰). پژوهش‌ها نشان داده است که کاستی توجه در اغلب موارد با ضعف مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های حل مسأله، احترام به خود پایین، پرخاشگری، مشکلات تحصیلی و در نهایت میزان بالایی همزمانی با اختلال‌های درونی‌سازی شده^۷ مانند افسردگی، انزوایی و از این قبیل همراه است. مجموعه این مشکلات، اجتماعی شدن کودک و پذیرش هنجارهای اجتماعی را با مشکلات جدی مواجه می‌سازد. این کاستی می‌تواند کلیه ارتباط‌های معنا دار کودک با خانواده، همسالان و معلمان را مختل کند و در مجموع سازش‌یافتگی کودک و نوجوان را به مخاطره اندازد (اولند^۸، ۲۰۰۶؛ هندرسون^۹، داکوف^{۱۰}، شوارتز^{۱۱}، لیدل^{۱۲}، ۲۰۰۶). برجسته‌ترین مشکلات کودکان کم‌توان ذهنی از نظر معلمان و والدین تمرکز ضعیف، ستیزه‌جویی، تندمزاجی، عدم محبوبیت، ناامیدی، بی‌قراری و اضطراب به ویژه در پسران می‌باشد (بروکمن^{۱۳}، ۲۰۰۰). اما نشانگرهای اصلی کم‌توان ذهنی عبارت است از سرعت درک پایین و دامنه توجه محدود که پایین‌تر از

-
۱. Hallahan, D.P.
 ۲. Kauffman, J.M.
 ۳. intellectual disability
 ۴. Schalock, R.L.
 ۵. Attention Deficit
 ۶. Bortoli, A.
 ۷. Internalizing
 ۸. Oland, A.
 ۹. Handerson, C.E.
 ۱۰. Dakof, G.A.
 ۱۱. Schwartz, S.J.
 ۱۲. Liddle, H.A.
 ۱۳. Brookman, R.R.

سن ۱۸ سالگی ایجاد شده باشد (شی^۱، ۲۰۰۶؛ کاپردویت^۲ و کلاکیلو^۳، ۲۰۰۲). این دو نشانگر اصلی بستر مناسبی را را برای بروز اختلال در رفتار سازشی فرد فراهم می‌کند. به‌خصوص محدودیت در فراخنای توجه به عنوان فاکتور اساسی در درک محرک‌ها از محیط اطراف، میزان درک و یادگیری فرد را به شدت متأثر می‌کند (کلاکیلو، ۲۰۰۲). کاستی توجه در تکالیف محول شده، منجر به شکست و بازخورد منفی در حوزه‌های مختلف محیطی کودک می‌شود. برای مثال، ممکن است کودک احساس کند که هرگز هیچ کاری را درست انجام نمی‌دهد، نارضایتی خانواده را ناشی از بروز رفتارهای منفی احساس می‌کند و ارتباطات مثبت یکطرفه را تجربه می‌کند، حال آن‌که برای جبران موقعیت، احساس درماندگی می‌کند (محمداسماعیل، ۱۳۸۲). کودکان کم‌توان‌ذهنی به سبب این‌که تمرکز و دقت محدودی دارند، برای یادگیری انگیزه‌ای از خود نشان نمی‌دهند که شاید به علت شکست‌های پیاپی باشد که در جریان یادگیری با آن مواجه شده‌اند. این وضعیت حتی در افراد عادی نیز دیده می‌شود. در حقیقت در این میان یک دور متسلسلی در جریان است که باعث تشدید کاستی توجه و بی‌دقتی فرد کم‌توان‌ذهنی می‌شود. برای ایجاد رغبت و انگیزه مریبان می‌توانند کودک را وادار کنند تا به تدریج به یادگیری‌های متفاوت و موفقیت‌آمیزی دست یابد (میلانی فر، ۱۳۸۴). بازی‌درمانی^۴ شیوه‌ای است که می‌تواند به مریبان این امکان را بدهد کودک کم‌توان‌ذهنی را با توجه به سطح توانمندی‌هایش با موفقیت‌هایی مواجه سازد تا در وی انگیزه و در نهایت توجه و دقت بیشتر را ایجاد نماید (محمداسماعیل، ۱۳۸۲). بازی برای کودکان همانند کلام برای بزرگسالان است. فعالیت بازی در واقع تلاش کودک برای کنار آمدن با محیط است که از این طریق خود را می‌یابد و دنیا را درک می‌کند و بنابراین بازی‌درمانی با ساخت درون‌پویایی کودک، همراه با یک دیدگاه پویایی متناسب با آن سازگار است (رسولی، ۱۳۷۶).

بدین ترتیب "بازی‌درمانی" تدبیر مناسبی است که هم ارتباط با کودک را تسهیل می‌کند، هم ارزیابی داشته‌ها و جبران و درمان نقص‌ها و ناتوانی‌های او را میسر می‌گرداند. بنابراین هیچ درمانگری نیست که در حوزه‌ی کاری خود با کودک، خویشتن را از "بازی‌درمانی" بی‌نیاز بداند (محمداسماعیل، ۱۳۸۲).

۱. Shea, S.E.
۲. Cowperthwaite, R.
۳. Klykylo, w.
۴. Play Therapy

۲-۱ بیان مسئله

کم‌توانی ذهنی بر اساس دهمین ویرایش انجمن امریکایی کم‌توانی رشدی و ذهنی آمریکا AAIDD^۱ (۲۰۰۲) به ناتوانی ای اطلاق می‌شود که با محدودیت‌های معنادار در کارکردهای هوشی و رفتار سازشی همراه است؛ به گونه ای که رفتار سازشی در زمینه‌ی مفهومی، اجتماعی، و عملی متبلور شود. این ناتوانی قبل از سن ۱۸ سالگی به وجود می‌آید (اسکلاک و دیگران، ۲۰۰۷). کودک کم‌توان ذهنی با مشکلات و ناتوانی‌های عدیده‌ای مواجه است که می‌تواند به نوبه خود، خانواده و فرد ناتوان را به شدت متأثر نماید. این مشکلات و ناتوانی‌ها مواردی چون اختلالات کلینیکی مانند فلج مغزی، اختلالات تشنجی، شخصیت شبه صرع (کلی^۲، استیفن^۳ و برودی^۴، ۲۰۰۴) اختلالات روانی رفتاری چون هرزه‌خواری^۵ و بازگشت مواد غذایی (اُرسماند^۶، سلتزر^۷، کراس^۸ و هانگ^۹، ۲۰۰۳)، اختلالات اختلالات خواب (دیدن^{۱۰} و سایگافز^{۱۱}، ۲۰۰۱)، رفتارهای خودآزارگرایانه (سایمونز^{۱۲}، دمیس^{۱۳} و تامپسون^{۱۴}، ۲۰۰۰)، اقدام به خودکشی و اختلالات عاطفی، را در بر می‌گیرد، که شدت این اختلالات بسته به ضریب هوشی بیمار متفاوت است (دکر^{۱۵}، کوت^{۱۶}، وندرانند^{۱۷} و ورهوست^{۱۸}، ۲۰۰۲). اشکال مهم کودکان کم‌توان ذهنی جلب توجه و دقت این افراد است (رضاییان، محمدی و فلاح، ۲۰۰۷). پاتون^{۱۹}، برین^{۲۰} و پاین^{۲۱} نیز حواس‌پرتی^{۲۲} و کم-توجهی را به عنوان دو ویژگی مهم و عادی در دانش‌آموزان با کم‌توان ذهنی معرفی می‌کنند. فراخنای توجه محدود

^۱. American Association on Intellectual and Developmental disabilities

^۲. Kelly, k.

^۳. Stephen, L.J.

^۴. Brodie, M.J.

^۵. Pica

^۶. Orsmond, G.I.

^۷. Seltzer, M.M..

^۸. Krauss, M.W.

^۹. Hong, J.

^{۱۰}. Didden, R.

^{۱۱}. Sigaffos, J.

^{۱۲}. Symons, F.J.

^{۱۳}. Davis, M.L.

^{۱۴}. Thompson, T.

^{۱۵}. Dekker, M.C.

^{۱۶}. Koot, H.M.

^{۱۷}. Vander Ende, J.

^{۱۸}. Verhulst, F.C..

^{۱۹}. Patton, J.R.

^{۲۰}. Beirne, S.

^{۲۱}. Payne, J.S.

^{۲۲}. Distraction

از نشانگرهای پاتولوژیک در کم‌توان‌ذهنی است. اما این مشکل در بین افراد با ضریب هوشی طبیعی نیز از شیوع^۱ کمی برخوردار نیست. کاستی در توجه در کودکان عادی، حدود ۳ تا ۵ درصد تخمین زده می‌شود که نسبت آن در پسران ۴ برابر دختران است (ایانی^۲، نیکولتی^۳، رایچی^۴ و یومیلتا^۵، ۲۰۰۱). کئوگ^۶ و مارگولیس^۷ (۲۰۰۲) بسیار بسیار پیش‌تر عنوان کرده بودند که آشفتگی‌های توجه دانش‌آموزان با کم‌توان‌ذهنی و بدون آن با یکدیگر متفاوت است. بر مبنای پژوهش‌های صورت گرفته تایید شده که دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی در توجه، خودتنظیمی^۸، سطح فعالیت، کنترل تکانش^۹ مشکل دارند. این دانش‌آموزان، زمانی که شناخت خاصی نیاز است، نمی‌توانند به راحتی تغییر توجه داده و بر روی موضوع تازه توجه نمایند (کریمز^{۱۰}، ۲۰۰۶). از سوی دیگر منابع تحقیقاتی نشان می‌دهد که توجه قادر است تا به خاطرآوری آزادانه اطلاعات را متأثر نماید (منگلز^{۱۱}، پیکتون^{۱۲} و کریک^{۱۳}، ۲۰۰۱). بر مبنای پژوهش‌ها و نتایج به دست آمده، روشن شده است که عدم دقت و توجه این افراد ناشی از اختلال در حافظه فوری و کوتاه مدت است. چون افراد کم‌توان‌ذهنی نمی‌توانند آنچه را یاد می‌گیرند به خاطر بسپارند لذا نمی‌توانند از تجربه‌های ساده قبلی استفاده کنند و این امر باعث بی‌علاقگی آن‌ها می‌شود. عده‌ای عقیده دارند که حافظه دراز مدت افراد کم‌توان‌ذهنی چندان مختل نیست و شاید به همین علت است که باید برنامه‌های آموزشی این افراد تکراری باشد تا بتوانند با تکرار مطالب و سپردن آن به حافظه دراز مدت در یادگیری موفق شوند (میلانی فر، ۱۳۸۴). نظرات متعددی که درباره کاستی توجه وجود دارد، بر این اصل استوارند که افراد کم‌توان‌ذهنی اصولاً فراخنای توجه‌شان کمتر از آن است که بتوانند آن را به فرایندهای متفاوت معطوف سازند و یا متکی بر این است که این افراد قادر نیستند به جنبه‌های مختلفی که در یک وظیفه وجود دارد، توجه کنند. "کراپسکی^{۱۴} (۱۹۸۵)، نقل از میلانی فر (۱۳۸۴) تحقیقی درباره کودکان کم‌توان‌ذهنی ۹ تا ۱۲ سال با کنترل متغیرهای مزاحم یا ناخواسته انجام داد. او این سؤال را تحقیق کرد که آیا آنان در خصوص تکلیف محول شده مانند گروه کودکان عادی مورد مقایسه

^۱. Prevalence

^۲. Iani, C.

^۳. Nicoltti, R.

^۴. Rubichi,

^۵. Umilta, C.

^۶. Keogh, B.K.

^۷. Margolis, J.S.

^۸. self-regulation

^۹. impulse control

^{۱۰}. Crimmens, P.

^{۱۱}. Mangels, J.

^{۱۲}. Picton, T.

^{۱۳}. Craik, F.I.M.

^{۱۴}. Krupski, A.

عمل می کنند یا نه؟ نتایج این مطالعه نشان می دهد که کودکان عادی در مقایسه با کودکان کم توان ذهنی زمان بیشتری را برای انجام آن تکلیف صرف می کردند، در حالی که کودکان کم توان ذهنی قسمت اعظم وقت خود را با بلند شدن از صندلی و تعامل با سایر همکلاسان هدر می دادند. برخی از محققان عقیده دارند که این عنصر بی توجهی ممکن است ناشی از شکست در تکلیف درسی باشد که خود باعث دلسردی و در نتیجه بی رغبتی به این نوع تکلیف می شود. کودک کم توان ذهنی خود را نسبت به اطرافیان ضعیف و ناتوان احساس می کند و مرتباً از طرف دوستان یا مربیان، به علت شکست های پی در پی، تحقیر می شود بنابراین نه تنها شخصیت او تعدیل نمی گردد بلکه موجب ناکامی و بروز واکنش های عاطفی شدید و نابجا شده و شخصیت او را کاملاً نامتعادل می سازد. به نظر می رسد برای کودکان کم توان ذهنی که کم توجهی یکی از مشکلات اصلی در آموزش و یادگیری آن ها محسوب می شود، به انضمام بسیاری مشکلات عاطفی و هیجانی دیگر که زنجیروار در پی این کاستی می آید، بازی درمانی روش مناسبی باشد. بازی نه تنها رشد طبیعی کودک را تسهیل می کند همچنین توانایی کاهش رفتارهای غیرعادی را نیز به دنبال دارد (سلمان^۱، ۲۰۰۷). بازی درمانگری مبتنی بر اصول روان پویایی و تحولی، به منظور کمک به کاهش کاهش استیصال هیجانی کودک از خلال استفاده از اسباب بازی به کودک کمک می نماید. کودک از طریق بازی به تخلیه هیجانی، برون ریزی و رهاسازی هیجانات می پردازد و مشکلات عاطفی و هیجانی خویش را در خلال بازی حل می کند، بی آن که نیازی به زبان و بیان داشته باشد (واتسون^۲، ۲۰۰۷). وی با استفاده از بروز احساساتش، واکنش ها و رفتارهای مناسب را می آموزد و به یک فهم درستی از توانایی ها و نقاط قوت خویش دست می یابد. بازی وسیله ای نیرومند برای مداخلات درمانی است که ذاتاً موجب تسهیل در جریان درمان می شود (سلمان، ۲۰۰۷). کودکان کم توان ذهنی مناسب ترین و محقق ترین گروه دریافت کننده خدمات مختلف می باشند. آنان نیز مانند اغلب افراد محدودیت ها و ناتوانی هایی دارند. این گروه از افراد نیز همانند دیگران احساسات و فشارهای مختلفی را تجربه می کنند. تا سال های اخیر درمان این افراد اساساً بر دارودرمانی و روش های کنترل رفتار بدون توجه به تنش ها و نیازها و مشکلات عاطفی آنان تأکید داشت، حدس های مربوط به وجود مشکلات عاطفی در این افراد رو به افزایش است حدود ۵۰ درصد افسردگی، اعتماد به نفس پایین، اضطراب، و سایر مشکلات مربوط به سازگاری اجتماعی در این افراد وجود دارد (بورتولی، ۲۰۰۰). در میان روش های مختلف درمانگری در کودکان، بازی درمانی یکی از شاخص ترین و پرکاربردترین روش ها است. روان شناسان و پژوهشگران متعددی طی چندین دهه از این روش برای درمان طیف وسیعی از اختلالات و مشکلات بهره جسته اند و اثربخشی آن را به تایید رسانده اند. در ارتباط با موضوع

^۱. Sallman, S.M.

^۲. Watson, D.I.

کم‌توجهی، کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه (ADHD)^۱ از این روش بیشتر بهره‌جسته‌اند، اما متأسفانه به نظر می‌رسد که در این میان گروه کودکان کم‌توان‌ذهنی از این روش درمانی کمتر بهره‌مند شده‌اند. مالون^۲ و لنگون^۳ (۱۹۹۴) در مروری بر مطالعات انجام شده دریافته‌اند که تا آن زمان تنها ۱۱ مطالعه مداخله‌ای در جهت آموزش بازی‌های مناسب کودکان کم‌توان‌ذهنی انجام شده است. البته امروزه اهمیت بازی در آموزش و پرورش استثنایی بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است. به‌گونه‌ای که به منظور کامل کردن آزمون‌های استاندارد بررسی سطح تکاملی، علاقه‌فزاینده‌ای برای استفاده از بازی به عنوان جزئی ضروری از آموزش استثنایی ایجاد شده است (پی‌وا^۴، ۲۰۰۱). با این وجود هنوز هم در این حیطة نکات مهم زیادی باقی مانده است که نیاز به بررسی دارد. بازی‌درمانی برای این دسته از کودکان (کم‌توان‌ذهنی) بسیار مناسب است زیرا ابزار ارتباطی مؤثر به منظور بیان نیازها و عواطف مطابق با توانایی آنان در اختیارشان قرار می‌دهد. بازی با فراهم ساختن امکانات و ایجاد فضایی آزاد و آرام‌بخش به دور از هرگونه فشار و اعمال کنترل مستقیم از سوی دیگران این فرصت را برای کودک فراهم می‌سازد تا تمامی نیرو و توان خویش را صرف تمرکز بر مشکل و یافتن راه‌حل آن نماید. بازی‌درمانی برای کودک کم‌توان‌ذهنی از فرصت‌های نادری است که وی را در کسب موفقیت یاری می‌کند و این موفقیت او را به احساس مثبت و به دنبال آن قدرت تمرکز بالاتر و دقت بیشتر بر امور یاری می‌نماید. در حقیقت کودکان به واسطه فعالیت و بازی، استفاده خلاقانه از تفکر در حل مسأله و یادگیری از طریق بازی، به دیدی جامع از زندگی خویش، احساسات و توانایی خود دست می‌یابند (لندبرگ^۵، ۲۰۰۴). از آن جایی که معیارهای قابل توجهی نقش مهم بازی در تکامل کودک را مطرح می‌کند، بازی می‌تواند به عنوان یک تسهیل‌کننده برای یادگیری مهارت‌های اجتماعی، شناختی و حرکتی باشد و از آن به عنوان یک روش درمانی استفاده گردد (بیلی^۶، آلسان^۷، ترانیک^۸ و فرانک^۹، ۱۹۹۶).

در میان روش‌های مختلف درمانگری در کودکان، بازی درمانگری یکی از شاخص‌ترین و پرکاربردترین روش‌ها است. روان‌شناسان و پژوهشگران متعددی طی چندین دهه از روش بازی‌درمانی برای درمان طیف وسیعی از اختلالات و مشکلات بهره‌جسته‌اند و اثربخشی آن‌ها را به تأیید رسانده‌اند (براتون، ری^{۱۰}، راین^{۱۱} و جونز^{۱۲}، ۲۰۰۵).

^۱. Attention Deficit / Hyper Activity Disorder

^۲. Malon, D. M.

^۳. Langone, J.

^۴. Pui-Wah, C.D.

^۵. Lundberg, A.M.

^۶. Beeghly, M.

^۷. Olson, K.

^۸. Tronick, E.

^۹. Frank, D.

^{۱۰}. Ray, C.

بر مبنای پژوهش‌های صورت گرفته توسط نادری، حیدری، بوران و اصغری (۲۰۱۰)، رضاییان و دیگران (۲۰۰۷) و کادوسن^۳ (۲۰۰۰)، اثر بخشی بازی درمانی بر توجه به تأیید رسیده است اما در این میان تحقیقات دیگری نیز وجود دارد که با نتایج این پژوهش‌ها تناقض داشته است از جمله پژوهش کمیجانی (۱۳۸۷) است که در نتایج پژوهش خویش اشاره می‌کند که، بازی درمانی مشکلات توجه کودکان آزار دیده را کاهش نمی‌دهد. وی چنین اظهار می‌نماید: "بازی درمانی تأثیرگذار بوده است و باعث کاهش مشکلات توجه افراد درون گروه شده است اما این تأثیر به اندازه‌ای نبوده که تفاوت بین گروه‌ها از لحاظ آماری معنادار شود". بدین ترتیب بر مبنای پژوهش‌های انجام شده در زمینه اثربخشی بازی درمانی و نتایج امیدوارکننده و مثمر آن در رابطه با بهبود توجه که در سطور پیشین اشاره شد می‌توان انتظار داشت که تغییر رفتار کودک کم‌توان ذهنی در جریان بازی به محیط واقعی زندگی آن‌ها انتقال یابد و پیامدهایی از قبیل کاهش مشکلات تحصیلی را به دنبال داشته باشد (لیندر و کولی^۴، ۲۰۰۵). از این رو، با توجه به کمبود پژوهش‌های لازم در زمینه روش‌های مناسب، جهت ارتقاء توجه در کودک کم‌توان ذهنی و مهجور واقع شدن آنان در ارتباط با این روش درمانی، یک خلأ پژوهشی در این زمینه به چشم می‌خورد. بدین ترتیب می‌توان انتظار داشت بازی درمانگری که اثر بخشی خویش را در پژوهش‌های متعدد به تأیید رسانده است، در مورد کودک کم‌توان ذهنی که با مشکل کاستی توجه درگیر است نیز اثربخش و مفید واقع گردد. بنابراین در این پژوهش سعی بر آن است که اثربخشی بازی درمانی بر فراخوانی توجه در کودکان کم‌توان ذهنی مطالعه گردد تا بدین نحو چالش اصلی که یافتن یک روش کاربردی و قابل اجرا در زمینه‌ی بهبود توجه برای چنین کودکانی است محقق گردد.

۳-۱ اهمیت و ضرورت پژوهش

بازی درمانی در کنار سایر روش‌های درمانگری مانند آموزش والدین و بهبود رابطه والد - کودک و نیز روش‌های رفتاری، به عنوان یکی از اصلی‌ترین محورهای درمانگری محسوب می‌شود (بیات، ۱۳۸۷). بازی و هنر در اغلب موارد منبعی از انرژی، خلاقیت و معانی نمادین است. بچه‌ها از طریق خلق داستان‌ها و تماس شخصیت‌ها با یکدیگر دیدگاه خویش به زندگی، احساسات و نیازها و نگرانی‌های خود را آشکار می‌سازند. بازی می‌تواند احساسات، افکار و رفتار کودک را به واسطه بهره‌گیری از تجارب مختلف تغییر دهد. رفتار تغییر یافته کودک در جریان بازی کم‌کم به محیط واقعی زندگی وی انتقال می‌یابد به طوری که در جریان دریافت تقویت‌کننده‌ها این تغییرات درونی می‌شود.

^۱. Rhine, D.

^۲. Jones, I.

^۳. Kaduson, H.G.

^۴. Linder, K. & Collier, M.