

اثربخشی عروسک درمانی شناختی رفتاری بر مشکلات درونی سازی و برونی سازی شده کودکان ۷-۹ سال با آسیب بینایی

The effectiveness of cognitive-behavioral doll therapy on behavioral problems in children age 7-9 years with visual impairment

Negin Amir Ardejani

M A of General Psychology, Payame Noor University,
South Tehran Branch, Tehran, Iran.
neginamiriar@gmail.com

نگین امیر اردیه جانی

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور واحد تهران
جنوب، تهران، ایران.

Abstract

Children with visual impairments suffer from major behavioral problems that affect the child's developmental process and adaptation to their environment. Therefore, this study was conducted to determine the effectiveness of puppetry and cognitive-behavioral therapy on internalized and externalized problems of children with visual impairment. The statistical population of this study included all children (7-9 years old) with visual impairment under the supervision of the Welfare Department of District 5 of Tehran in 2020, from which 24 people were selected by purposive sampling as a research sample and as They were randomly assigned to two experimental groups ($n = 12$) and a control group ($n = 12$). The Achenbach (1991) Child Behavioral Problems Inventory (CBCL) was used to collect information. The cognitive-behavioral puppet therapy program was performed on the experimental group in 9 sessions of 90 minutes (one session per week) as a group. Analysis of research data was performed using multivariate analysis of covariance. The results showed that after controlling the pre-test scores between the two experimental and control groups in the components of internalized behavioral problems (anxiety, isolation, and physical complaints) and externalized behavioral problems (social problems, problems). There was a significant difference in thinking, attention problems, ignoring rules, and aggressive behavior ($P < 0.001$). Based on the above findings, it can be concluded that puppet therapy is effective in reducing the internalization and externalization problems of children with visual impairment.

Keywords: Cognitive-behavioral puppet therapy, behavioral problems, children, visual impairment.

ویرایش نهایی: بهمن ۱۴۰۱

پذیرش: تیر ۱۴۰۱

دریافت: اردیبهشت ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

کودکان با آسیب بینایی از مشکلات رفتاری عمدہ ای رنج می‌برند که فرآیند رشد و انطباق کودک با محیط پیرامونش را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این‌رو، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی عروسک درمانی شناختی-رفتاری بر مشکلات درونی سازی و برونی سازی شده کودکان با آسیب بینایی انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی کودکان ۷-۹ سال (با آسیب بینایی زیر نظر اداره بهزیستی منطقه ۵ شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بودند که از بین آنها ۲۴ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گروه گواه (۱۲ نفر) گمارده شدند. از سیاهه مشکلات رفتاری کودک (فرم والدین) آخرباخ (۱۹۹۱) (CBCL)، برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. برنامه عروسک درمانی شناختی رفتاری بر روی گروه آزمایش در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) به صورت گروهی اجرا شد. تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون بین ۲ گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده (اضطراب، ازوا و شکایت‌های جسمانی) و مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده (مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه)، تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0.001$). براساس یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که عروسک درمانی بر کاهش مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی شده کودکان با آسیب بینایی، اثربخش است.

واژه‌های کلیدی: عروسک درمانی شناختی رفتاری، مشکلات رفتاری، کودکان، آسیب بینایی.

مقدمه

حواس مختلف انسان به لحاظ اهمیتی که در امر احساس، ادراک و شناخت امور دارند در حقیقت دروازه‌های دانش و دانایی انسان تلقی می‌شوند. مهم‌ترین حواس انسان بینایی و شنوایی است و فعالیت‌های یادگیری، آموزشی، ارتباطی، هیجانی و غیره به طور گسترده با این دو حس در ارتباط هستند. از آنجا که ارتباطات انسانی در رشد اجتماعی، عاطفی و شخصیتی فرد نقش حیاتی دارد به نظر می‌رسد افراد نابینا و ناشنوا با مسائل و مشکلات بیشتری در زندگی مواجه باشند؛ زیرا حواس انسان مخصوصاً بینایی و شنوایی دروازه‌های دریافت اطلاعات و تبادل و ارتباط با محیط می‌باشند. بنابراین تأثیر فقدان آنها بر وضعیت اجتماعی-روانی فرد غیرقابل انکار است (کرمی و همکاران، ۱۳۹۴). آسیب بینایی کاهش یافته یا نابینایی کامل) بر روی تمام ابعاد رشدی کودک تأثیر می‌گذارد. از آنجا که سیستم بینایی در ایجاد بسیاری از جنبه‌های اولیه رشد مانند هوشیاری، تعادل، کارکردهای حرکتی ظریف و درشت، مفاهیم فضایی، زبان و یادگیری نقش دارد، کودکان مبتلا به آسیب جدی بینایی و نابینا به لحاظ تحول حرکتی-ذهنی و روان‌شناختی در معرض خطر هستند (باکینگهام^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). سیستم بینایی بیشترین اطلاعات را در طول زندگی فراهم می‌کند. وقتی بینایی شخص دچار آسیب است، توانایی شخص برای بهدست آوردن اطلاعات در مورد محیط کم می‌شود (دوتکوند^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین، نتایج برخی از مطالعات نشان داده‌اند که افراد با آسیب بینایی ممکن است به دلیل کمبود پذیرش اجتماعی، پیشرفت تحصیلی پایین و توانایی‌های فیزیکی کمتر، دچار احساس بی‌کفایتی و تنش‌های روانی شدیدی شوند (ریان-کروزی^۳، ۲۰۱۷)؛ این عوامل می‌توانند باعث بروز مشکلات رفتاری زیادی در آنها شود و بر ارتباطات اجتماعی، پیشرفت تحصیلی و عملکرد آنها اثرات منفی و محربی بر جا می‌گذارد (مارسیانو^۴ و همکاران، ۲۰۱۷). مشکلات رفتاری به رفتارهای گوناگون افراطی، مزمن و انحرافی اطلاق می‌شود که گسترده آن شامل: اعمال تهاجمی، پرخاشگری، اضطراب یا برانگیختگی ناگهانی تا اعمال افسرده گونه و گوشه‌گیرانه است و بروز آنها به دور از انتظار مشاهده کننده است، به‌طوری که وی آرزوی توقف این گونه رفتارها را دارد. به عبارتی این گونه رفتارها اولاً تأثیر منفی بر فرآیند رشد و انطباق کودک با محیط دارد، ثانیاً مزاحمت برای زندگی دیگران ایجاد می‌کند (مارسیانو و همکاران، ۲۰۱۸). کودکان دچار مشکلات رفتاری، مشکلات گوناگونی از جمله فراخنای توجه کوتاه، عزت نفس پایین، تکانشگری، بی‌قراری و بیش‌فعالی، پرخاشگری، دروغ‌گویی، دزدی، عملکرد تحصیلی ضعیف و ادراک ضعیف از خودکارآمدی و شایستگی اجتماعی دارند. همچنین، این کودکان در ارتباط با اعضا خانواده، اطرافیان و مردم مشکل دارند و به آسانی ناکام می‌شوند (هارдинگ و استیون^۵، ۲۰۱۶). نتایج مطالعه کارویل^۶ (۲۰۰۱) حاکی از آن بود که شیوه مشکلات رفتاری در افراد ناشنوا بین ۲۰-۴۰ درصد است. همچنین، مشکلات رفتاری در افراد نابینا بیشتر به دلیل برخوردهای نادرستی است که جامعه و اطرافیان نسبت به آنها اعمال می‌کنند (کریتندن^۷، ۱۹۹۲).

افراد با آسیب بینایی همراه از دستیابی به فرسته‌های بازی، آموزش، زندگی خانوادگی، مراقبت‌های بهداشتی کافی، کار و حقوق مشارکت در زندگی اجتماعی محروم هستند که مجموع این عوامل بر مؤلفه‌های اصلی تعامل‌های اجتماعی مانند: رابطه دلبستگی، تقليید از دیگران و درک هیجان‌های اشخاص در این افراد تأثیر بگذارد (کارویل، ۲۰۰۱) که در نتیجه این کودکان در چنین محیط‌های محرومی دچار مشکلات رفتاری می‌شوند. از این‌رو، پرداختن به مداخلات مؤثر در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. در این رابطه، درمان شناختی رفتاری می‌تواند به کودکان با آسیب بینایی در بهبود خلق کمک کند. این درمان آگاهی کودکان از الگوهای تفکر را که محرك و هدایت‌کننده رفتار آن‌هاست، افزایش می‌دهد و روش‌هایی را برای مقابله با تفکرشان به آنها می‌آموزد (مک‌گی^۸، ۲۰۱۰). می‌توان درمان شناختی رفتاری را برای کودکان در یک مدل بازی درمانی ترکیب کرد، بازی درمانی یک رابطه میان‌فردی پویا بین یک کودک و یک درمانگر آموزش‌دهید تعریف می‌شود و با فراهم کردن ابزار مناسبی برای بازی کودک، ایجاد یک رابطه ایمن را به منظور کشف و بیان کامل خود از طریق بازی که ابزار طبیعی بیان کودک است، تسهیل می‌کند (مک‌گی، ۲۰۱۰). بازی درمانی انواع مختلفی مانند لگودرمانی و بازی درمانی عروسکی دارد. در

1 . Buckingham

2 . Dotekvand

3 . Ryan-Krause

4 . Marciano

5 . Harding & Steven

6 . Carvill

7 . Crittenden

8 . McGee

پژوهش‌های مختلف تأثیر عروسک‌درمانی بر بهبود عملکردهای فردی و اجتماعی برسی و اثبات شده است (لیگوف و شرمن^۱، ال-ناغر^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). با بکارگیری بازی و استفاده از اسباب‌بازی‌هایی مانند عروسک کودکان می‌توانند افکار، احساسات و تکرانی‌های را که نمی‌توانند به گونه دیگری بیان کنند، انتقال دهنند. کودکان می‌توانند به راحتی بدون خطر و به طور صمیمانه دنیای درونی خویش را از طریق بازنمایی‌نمادین و عینی اسباب‌بازی‌ها بیان کنند. اسباب‌بازی‌هایی مانند عروسک فرصت ایجاد تسلط و احساس کنترل بر دنیای پیرامون را برای کودکان فراهم می‌کند به طوری که آنها تجربیات خود را مستقیماً در محیط من با عروسک‌ها بازنمایی می‌کنند. در عروسک درمانی قطع نظر از دلیل ارجاع، درمانگر فرصت دارد تا به دنیای کودک وارد شده و آن را تجربه کند و فعالانه به مشکلاتی که کودک به خاطر آنها برای درمان آورده شده نماید و به کودک کمک کند تا رفتارهای انطباقی را یاد بگیرد و بر کمبود مهارت‌های هیجانی و اجتماعی غلبه کند (رای^۳، ۲۰۰۴). عروسک‌درمانی شناختی‌رفتاری می‌تواند به کودک با آسیب‌بینایی کمک کند تا شیوه‌های سازگاری با حرکت‌های تنفس‌زا را یاد بگیرد و راهبردهای جدید را برای پرورش حس تسلط و موفقیت در موقعیت‌های اجتماعی در رابطه با همسالان و خانواده بیاموزند (لو^۴ و همکاران، ۲۰۱۰؛ گودین^۵، ۲۰۱۹). در عروسک‌درمانی کودکان می‌توانند قضایت اخلاقی را نیز پرورش داده و یاد بگیرند که چگونه با دیگران همکاری کرده همچنین راهبردهای حل مساله و چگونگی برقراری روابط مناسب اجتماعی با دیگران را می‌آموزند (تبیگز^۶، ۲۰۱۰). هدف اولیه عروسک درمانی شناختی رفتاری، شناسایی و تغییر افکار ناسازگار مرتبط با رفتارها و مشکلات رفتاری و هیجانی کودک است و نوعی درمان انعطاف‌پذیر برای کودکان است که نیاز به بیان کلامی کودک را کاهش و تکیه بر رویکردهای تجربی را افزایش می‌دهد. در این رویکرد، با استفاده از بازی با عروسک، تغییرات شناختی به طور غیرمستقیم منتقل شده و رفتارهای سازگارانه‌تر در کودک ایجاد می‌شود (صفری و همکاران، ۱۳۹۳). در این رابطه، نتایج مطالعات نشان داده‌اند که عروسک درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری (راتقی و مرعشیان، ۱۴۰۰؛ آزادی منش و همکاران، ۱۳۹۶؛ تیموریان و همکاران، ۲۰۲۰؛ موكونالولا و همکاران، ۲۰۱۹)، کاهش کمرویی (رضایی، ۱۳۹۷؛ حسین خانزاده و همکاران، ۱۳۹۶؛ بهبود مهارت‌های ارتقابی (آزادی منش و همکاران، ۱۳۹۷؛ اصغری نکاح، ۱۳۹۰؛ هیلستروم، ۲۰۱۹) و افزایش سازگاری اجتماعی (لندرث^۷، ۲۰۱۲)، در بین کودکان اثربخش بوده است.

با توجه به آنچه ذکر شد، و با توجه به اهمیت و نقش سازنده بازی درمانی عروسکی در آموزش و همچنین بهبود مشکلات رفتاری کودکان، خصوصاً کودکانی که در مراحل اولیه آموزش و یادگیری قرار دارند و با توجه به اینکه در صورت عدم اصلاح مشکلات رفتاری و اجتماعی کودکان با آسیب‌بینایی - که کمتر به مشکلات آنها پرداخته شده است- اکثر آنها در سنین بعدی به دلیل نقص در حس بینایی، با اختلالات جدی‌تری نسبت به کودکان عادی در زمینه‌های فردی، اجتماعی و روانی مواجه می‌شوند. لذا، ضروری است تا با استفاده از مداخلات مناسب مانند عروسک درمانی که شیوه‌های سازگاری با حرکت‌های تنفس‌زا و راهبردهای جدید را برای پرورش حس تسلط و موفقیت در موقعیت‌های اجتماعی در رابطه با همسالان و خانواده را به کودکان می‌آموزد، نسبت به کاهش مشکلات رفتاری آنها اقدام کرد. بنابراین، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی عروسک‌درمانی مبتنی بر شناختی‌رفتاری بر کاهش مشکلات درونی سازی و برونی سازی شده کودکان با آسیب‌بینایی انجام شد.

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل همه کودکان (۷-۹ سال) با آسیب‌بینایی زیر نظر اداره یه‌زیستی منطقه ۵ شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بودند. روش انتخاب نمونه پژوهش به این صورت بود که با همانگی اداره کل بهزیستی استان تهران، سیاهه مشکلات رفتاری کودک در بین ۴۳ نفر از والدین کودکان با آسیب‌بینایی توزیع و ۲۴ نفر از کودکانی که با توجه به ارزیابی والدینشان نسبت به بقیه نمره بالاتری در این ابزار به دست آورده‌اند، به روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه گواه (۱۲نفر) و گروه آزمایش (۱۲نفر) گمارده شدند. ملاک‌های ورود شامل؛

1 . Legoff & Sherman

2 . El-Nagger

3 . Ray

4 . Lu

5 . Gooden

6 . Tiggss

7 . Landreth

اثریخشی عروسکدرمانی شناختی رفتاری بر مشکلات درونی سازی و بروني سازی شده کودکان ۷-۹ سال با آسیب بینایی
The effectiveness of cognitive-behavioral doll therapy on behavioral problems in children age 7-9 years with visual impairment

مؤنث بودن، وجود مشکلات رفتاری (درونی سازی و بروني سازی شده) با توجه به گرفتن نمره کلی بالاتر از ۶۰ در سیاهه مشکلات رفتاری کودک (فرم والدین)، دامنه سنی ۷ تا ۹ سال، دارای هوش طبیعی (۹۰-۱۱۰) درج شده در پرونده کودک، کودکان با آسیب بینایی عمیق، درج شده در پرونده کودک و نداشتن اختلال‌های حسی دیگر (شنوایی، لامسه) یا وجود معلولیت جسمی. ملاک‌های خروج شامل؛ شرکت در برنامه مشابه با برنامه آموزشی به کار رفته در پژوهش حاضر، غیبت در جلسات آموزشی (بیش از ۲ جلسه) و عدم تمایل به شرکت در ادامه پژوهش، بود. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش به تمامی والدین و مسئولین مدارس، اطمنان خاطر در مورد محترمان ماندن اطلاعات و تحلیل گروهی داده‌ها، ارائه شد و توضیحات در مورد تعداد جلسات آموزشی و مداخله مورد نظر ارائه و رضایت کتبی والدین کودکان کسب شد. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۳، استفاده شد.

ابزار سنجش

سیاهه مشکلات رفتاری کودک^۱ (CBCL): سیاهه مشکلات رفتاری کودک در سال ۱۹۹۱ توسط آخنباخ ساخته شده است و مشکلات کودکان و نوجوانان را در دو محور و ۸ عامل شامل: مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده (اضطراب، انزوا و شکایت‌های جسمانی) و مشکلات رفتاری بروني‌سازی شده (مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه) ارزیابی می‌کند. این سیاهه مشکلات عاطفی - رفتاری و همچنین توانمندی‌ها و شایستگی‌های تحصیلی و اجتماعی کودکان ۱۸-۶ سال را از دیدگاه والدین مورد سنجش قرار می‌دهد و نوعاً در ۲۰ الی ۲۵ دقیقه تکمیل می‌شود (مینایی، ۱۳۸۴). این پرسشنامه ۱۱۵ سوال در رابطه با انواع حالات رفتاری کودکان تشکیل شده است. پاسخ به سوالات این پرسشنامه به صورت لیکرت ۳ گزینه‌ای از ۰ تا ۲ می‌باشد. بدین ترتیب که نمره صفر به مواردی تعلق می‌گیرد که هرگز در رفتار کودک وجود ندارد؛ نمره ۱ به حالات و رفتارهایی داده می‌شود که گاهی اوقات در کودک مشاهده می‌شود و نمره ۲ نیز به مواردی داده می‌شود که بیشتر موقع یا همیشه در رفتار کودک وجود دارد. به منظور تفسیر نمرات، در مقیاس‌های مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده و بروني‌سازی شده و مشکلات کلی اگر نمره فرد کمتر از ۶۰ باشد در محدوده نرمال یا غیربالینی و اگر نمره ۶۰-۶۳ باشد در محدوده مرزی-بالینی و اگر نمره بزرگتر از ۶۳ باشد در محدوده بالینی قرار دارد (آخنباخ و رسکولا، ۲۰۰۷). این ابزار را هم می‌توان به صورت خودگزارشی و هم به صورت مصاحبه اجرا کرد. آخنباخ (۱۹۹۱) برای بررسی اعتبار CBCL دو اعتبار هم زمان و اعتبار سازه را به کار برداشت. اعتبار همزمان همزمان به روش همبستگی میان بخش مشکلات رفتاری CBCL و دو مقیاس کانز و PRBPC-Q، همبستگی ۰/۸۶-۰/۵۶ را با مقیاس کانز و همبستگی ۰/۸۸-۰/۵۲ را با PRBPC-Q نشان داد. اعتبار سازه نیز به روش همبستگی میان خرده مقیاس‌ها و نمره هر بخش تأیید شد. گلاسر (۲۰۱۱) میزان پایایی بازآزمایی به فاصله دو هفته و همسانی درونی را برای مشکلات هیجانی- رفتاری به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۴، مشکلات رفتاری بروني‌سازی ۰/۹۲ و ۰/۹۴ و مشکلات رفتاری درونی‌سازی ۰/۹۱ و ۰/۹۰، گزارش کرد. در پژوهش مینایی (۱۳۸۵)، دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. پایایی ابزار با استفاده از روش بازآزمایی با یک فاصله زمانی ۵-۸ هفته بررسی شده که دامنه ضرایب از ۰/۳۲ تا ۰/۴۷ به دست آمده است. همچنین توافق بین پاسخ‌دهنده‌گان نیز مورد بررسی قرار گرفته است که دامنه این ضرایب از ۰/۰۹ تا ۰/۶۷ نوسان داشته است و نسخه ایرانی این آزمون، در مجموع از پایایی و روایی قابل قبولی برخوردار است (مینایی، ۱۳۸۵). در این پژوهش به منظور بررسی همسانی درونی ابزار از آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان آن برای مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده و بروني‌سازی شده، به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۱ به دست آمد.

روش اجرا به این صورت بود که پس از انتخاب شرکت‌کنندگان و جایگذاری آنها در دو گروه آزمایش و گواه، گروه آزمایش برنامه عروسک درمانی شناختی رفتاری اصغری نکاح و همکاران (۱۳۹۰) را در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) به صورت گروهی مطابق با جدول ۱، دریافت کردند؛ گروه گواه در لیست انتظار دریافت مداخله قرار گرفت.

جدول ۱- محتوای جلسات عروسک درمانی شناختی رفتاری (اصغری نکاح و همکاران، ۱۳۹۰)

جلسه	محتوای جلسه
۱	معارفه و آشنایی، انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در استفاده از حالات چهره برای بیان احساسات خود.
۲	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در استفاده از اشاره‌های بدن برای ارتباط با دیگران مثلاً زمان خذاحفاظی دست تکان دادن.

1 . Child Behavior Checklist^۱

۳	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در جلب توجه دیگران قبل از صحبت کردن.
۴	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در شروع گفتگو با دیگران.
۵	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در داشتن تن صدای مناسب به هنگام صحبت کردن.
۶	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در مهارت گوش دادن.
۷	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در پاسخ مناسب به شروع صحبت دیگران.
۸	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در پاسخ مناسب به درخواست دیگران.
۹	مرور جلسات قبل و جمع‌بندی کردن و آماده کردن گروه جهت پایان جلسات و اجرای پس آزمون بر روی والدین.

یافته‌ها

بررسی ویژگی جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ($8/50 \pm 1/23$) و گروه گواه ($1/13 \pm 8/33$)، بود در جدول ۲ آماره‌های توصیفی مؤلفه‌های متغیرهای پژوهش، شامل میانگین و انحراف استاندارد برای گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۲- آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه

متغیر/مؤلفه‌ها	مرحله	گروه		آزمایش	مشکلات رفتاری درونی سازی شده	مشکلات رفتاری برونی سازی شده
		گواه	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
اصطراط	پیش آزمون	۳۶/۱۳	۳/۴۱	۳۲/۶۵	۳/۵۵	۳/۵۵
انزوا	پیش آزمون	۳۱/۱۳	۳/۹۸	۳۲/۳۱	۳/۲۱	۳/۲۱
شکایت‌های جسمانی	پیش آزمون	۴۵/۶۳	۵/۷۶	۴۵/۳۴	۵/۸۲	۵/۸۲
پس آزمون	پیش آزمون	۳۳/۸۹	۳/۴۱	۴۶/۸۸	۵/۶۷	۵/۶۷
مشکلات اجتماعی	پیش آزمون	۴۲/۷۶	۵/۳۰	۴۲/۸۷	۵/۵۱	۵/۵۱
مشکل تفکر	پیش آزمون	۳۶/۱۲	۴/۸۰	۴۳/۰۱	۵/۳۹	۵/۳۹
مشکل توجه	پیش آزمون	۱۱/۸۷	۲/۲۳	۱۸/۹۲	۲/۸۸	۲/۶۶
عدم توجه به قواعد	پیش آزمون	۴۳/۴۴	۶/۴۱	۴۴/۱۳	۶/۴۶	۶/۴۶
رفتار پرخاشگرانه	پیش آزمون	۲۷/۳۹	۳/۸۶	۴۳/۷۸	۶/۸۷	۵/۶۱
پس آزمون	پیش آزمون	۴۶/۸۸	۵/۹۴	۴۷/۱۴	۶/۷۱	۶/۷۱
پس آزمون	پیش آزمون	۳۵/۶۱	۴/۶۷	۴۷/۵۸	۶/۱۷	۶/۱۷
پس آزمون	پیش آزمون	۳۹/۳۴	۳/۴۱	۳۹/۱۶	۳/۱۸	۳/۱۸
پس آزمون	پیش آزمون	۲۸/۱۳	۳/۲۷	۳۹/۸۹	۳/۴۶	۳/۴۶

باتوجه به نتایج جدول ۲، میانگین نمرات افراد گروه آزمایش در مؤلفه‌های مشکلات رفتاری درونی سازی و برونی سازی شده ئر مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پس آزمون کاهش پیدا کرده است. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کوواریانس، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک سنجیده شد. نتایج آزمون لوبن جهت بررسی تساوی واریانس گروه‌ها در مؤلفه‌های مشکلات درونی سازی شده و برونی سازی شده، نشان داد، سطح معناداری به دست آمده در متغیرهای وابسته پژوهش بزرگ‌تر از $0/05$ است، بنابراین با $0/95$ اطمینان

اثربخشی عروسکدرمانی شناختی رفتاری بر مشکلات درونی سازی و بروني سازی شده کودکان ۷-۹ سال با آسیب بینایی
The effectiveness of cognitive-behavioral doll therapy on behavioral problems in children age 7-9 years with visual impairment

می توان قضاوت کرد که گروههای آزمایش و گواه از نظر پراکنده‌گی مؤلفه‌های مشکلات درونی سازی شده و بروني سازی شده در مرحله پیش‌آزمون یکسان می‌باشند. همچنین، نتایج آزمون کلموگروف - اسپیرنوف به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته پژوهش نشان داد، شرط نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون رعایت گردیده است ($P > 0.05$). در ادامه نتایج آزمون فرض همگنی شیب رگرسیون نشان داد، داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیون در سطح ($P > 0.05$) پشتیبانی می‌کنند. نتایج حاصل از آزمون ام باکس جهت برابری ماتریس کوواریانس‌ها به لحاظ آماری این آزمون برای متغیرهای مشکلات رفتاری درونی سازی شده ($P = 0.68$, $M = 65/31$) و مشکلات رفتاری بروني سازی شده ($P = 0.53$, $M = 6/45$) با ۹۵ درصد اطمینان ($P \geq 0.05$) معنادار نبود. این نتیجه حاکی از آن است که ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته در سطح متغیر مستقل (گروه آزمایش و کنترل) برابرند. در ادامه، به منظور تعیین اثربخشی عروسکدرمانی شناختی رفتاری بر مشکلات درونی سازی و بروني سازی شده کودکان با آسیب بینایی، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در جداول ۴، ارائه شده است.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین اثربخش آموزش گروهی متغیرهای پژوهش

اندازه اثر	سطح معنی‌داری	df2	df	F	ارزش	
.058	.0001	21	3	8/18	.089	اثر پیلابی
.052	.0001	21	3	8/18	.044	لامدای ویلکز
.079	.0001	21	3	12/30	.620	اثر هتیلینگ
.079	.0001	21	3	18/80	.620	بزرگ‌ترین ریشه روی

با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جدول ۳، امكان خطای نوع دوم وجود نداشته است و محقق مجاز است تا از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کند.

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت گروههای آزمایش و کنترل در نمرات متغیرهای وابسته پژوهش

Eta ²	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع
مشکلات رفتاری درونی سازی شده						
.034	.0001	5/90	13/90	1	13/90	پیش‌آزمون اضطراب
.061	.0001	28/67	979/99	1	979/99	گروه گروه
			.033	27	15/87	خطا خطا
.028	.0033	5/16	12/80	1	12/80	پیش‌آزمون انزوا
.057	.0001	25/21	888/78	1	888/78	گروه گروه
			.055	27	10/02	خطا خطا
.023	.0073	3/24	11/54	1	11/54	پیش‌آزمون شکایتهای
.054	.0001	23/87	721/43	1	721/43	گروه جسمی
			.037	27	8/13	خطا خطا
مشکلات رفتاری بروني سازی شده						
.027	.0001	3/17	10/13	1	10/13	پیش‌آزمون مشکلات
.051	.0001	18/68	566/13	1	566/13	گروه اجتماعی
			.032	27	8/11	خطا خطا

مشکل تفکر	پیش آزمون	۱۰/۸۰	۱	۶۳۴/۸۹	۱۹/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۰۴۲	۰/۲۸
گروه	مشکل توجه	۶۳۴/۸۹	۱	۶۳۴/۸۹	۰/۴۹	۲۷	۹/۰۲	۰/۵۶
خطا	پیش آزمون	۱۰/۵۴	۱	۱۰/۵۴	۳/۲۸	۰/۰۷۳	۰/۰۷۳	۰/۲۹
گروه	مشکل توجه	۶۳۲/۱۳	۱	۶۳۲/۱۳	۲۲/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲
خطا	عدم توجه به قواعد	۹/۲۳	۱	۹/۲۳	۲۵	۰/۰۷۳	۰/۰۷۳	۰/۲۳
گروه	پیش آزمون	۶۳۵/۱۳	۱	۶۳۵/۱۳	۱۵/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۰
خطا	رفتار	۱۰/۱۳	۲۷	۱۰/۱۳	۱۱/۱۳	۰/۰۷۳	۰/۰۷۳	۰/۲۳
گروه	پیش آزمون	۶۷۷/۳۹	۱	۶۷۷/۳۹	۲۶/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۰
خطا	پرخاشگرانه	۱۰/۸۰	۲۷	۱۰/۸۰	۰/۴۸			

با توجه به نتایج جدول ۴، بین میانگین نمرات پس آزمون مؤلفه‌های مشکلا رفتاری درونی‌سازی شده شامل؛ اضطراب (F=۲۸/۶۷، P<۰/۰۰۱)، انزوا (F=۲۵/۲۱، P<۰/۰۰۱)، شکایت‌های جسمانی (F=۲۳/۸۷، P<۰/۰۰۱)، در دو گروه آزمایش و گواه، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، بین میانگین نمرات پس آزمون مؤلفه‌های مشکلا رفتاری برونی‌سازی شده شامل؛ مشکلات اجتماعی (F=۱۸/۶۸، p=۰/۰۰۱)، مشکل تفکر (F=۱۹/۱۲، p=۰/۰۰۱)، مشکل توجه (F=۲۲/۱۸، p=۰/۰۰۱)، عدم توجه به قواعد (F=۱۵/۵۹، p=۰/۰۰۱) و رفتار پرخاشگرانه (F=۲۶/۱۸، p=۰/۰۰۱)، تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، عروسکدرمانی مبتنی بر شناختی‌رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده کودکان با آسیب بینایی اثربخشی معناداری داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی عروسکدرمانی شناختی‌رفتاری بر کاهش مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی شده کودکان با آسیب بینایی انجام شد.

نتایج پژوهش نشان داد که عروسکدرمانی شناختی‌رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده کودکان با آسیب بینایی ماثربخش یود. این نتایج با یافته مطالعات رانقی و مرعشیان (۱۴۰۰)، رضایی (۱۳۹۷)، آزادی منش و همکاران (۱۳۹۷)، حسین خانزاده و همکاران (۱۳۹۶)، اصغری نکاح (۱۳۹۰)، تیموریان و همکاران (۲۰۲۰)، هیلستروم (۲۰۱۹)، موکوناللا و همکاران (۲۰۱۹) و لندرث (۲۰۱۲)، همسو است. باگرلی و پارک (۲۰۱۵) بازی درمانی به شیوه شناختی‌رفتاری بر یادگیری، خودشاهدی، مسئولیت، ابراز احساسات، احترام‌گذاشتن، پذیرش خود و دیگران و بهبود مهارت‌های اجتماعی، عزت نفس، کاهش کمرویی و گوشه‌گیری، افسردگی و اضطراب مؤثر است. کانل (۲۰۱۵) ضمن مطالعه‌ای شان داد که بازی درمانی شناختی‌رفتاری شیوه موثری برای کاهش گوشه‌گیری، اضطراب، افسردگی و مشکلات‌رفتاری کودکان است. النگیر و همکاران (۲۰۱۷) در تحقیقی نشان دادند بازی درمانی تأثیر مثبتی بر بهبود توجه، کاهش بیش‌فعالی و کنترل رفتار تکان‌دهنده کودکان مبتلا به بیش‌فعالی، دارد. رینکون و همکاران (۲۰۱۴) ضمن مطالعه‌ای نشان دادند که درمان شناختی‌رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب مؤثر است. صباحیان و فتحی (۲۰۱۴) نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که بازی درمانی شناختی‌رفتاری بر کاهش پرخاشگری جسمانی تأثیر دارد.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که کودکان دچار آسیب بینایی در مهارت‌های شناختی از جمله حافظه دیداری-فضایی، حافظه فعل، انعطاف‌پذیری ذهنی، توانایی برنامه‌ریزی، استدلال کلامی‌انتزاعی، سرعت پردازش اطلاعات پیچیده، توجه انتخابی، بازداری-پاسخ‌رفتاری، حافظه بازشناصی فضایی، کنترل حرکتی، تولید سازوکار و تقسیم توجه‌دارای نقص می‌باشند و این منجر به ضعف در پیشرفت-تحصیلی، مشکلات‌رفتاری و نقص در مهارت‌های اجتماعی آنها می‌گردد (کلینبرگ و فوسبرگ، ۲۰۰۴). عروسکدرمانی شناختی‌رفتاری

شامل مداخله‌های مبتنی بر اساس روبکردن‌شناختی‌رفتاری در قالب بازی‌درمانی است. بر اساس این نظریه بر سیر تحول حسی مبتنی است. بر این اساس بازی با عروسک، به عنوان یک روش کلامی و غیرکلامی در حل مشکلات مورد استفاده قرار می‌گیرد. عروسک‌درمانی‌شناختی-رفتاری موجب رشد افکار و رفتارسازگارانه می‌شود. درمان‌شناختی‌رفتاری از طریق عروسک‌درمانی به دنبال شناسایی افکار ناسازگارانه، در ک مفروضه‌های فکری و یادگیری به منظور اصلاح باورهای غیرمنطقی است. بازی با عروسک می‌تواند الگویی از راهبردهای شناختی جهت رویارویی با باورهای غیرمنطقی باشد. عروسک درمانی‌شناختی‌رفتاری رویکردی هدفمند، دارای ساختار و مداخله‌ای مستقیم در چارچوب طبیعت کودک است. ارزیابی عملکرایانه در این روش نتایج درمان را میسر می‌سازد و به لحاظ ساختار به درمانگر در مفهوم سازی مشکلات کودکان بیش فعال کمک می‌کند (نجفی و همکران، ۱۳۹۵).

بازی با عروسک، فرصتی را به کودکان می‌دهد تا احساسات خود را آزادانه بیان نموده و با استفاده از نمادها مشکلات خود را در واقعیت جبران نمایند و برای آنها راه حل بیابند و موقعیت‌هایی را که ممکن است با آن روبرو شوند از طریق بازی جبران کنند. عروسک‌درمانی‌شناختی‌رفتاری، افکار درونی کودک را با دنیای خارجی او مرتبط می‌سازد و باعث می‌شود که کودک بتواند وسایل در اختیارش را دستکاری نموده و تغییر دهد. همچنین عروسک‌درمانی‌شناختی‌رفتاری، به کودک اجازه می‌دهد تا تجربیات تهدیدکننده خود را نشان دهد (لو و همکران، ۲۰۱۰)، صباغیان و فاتحی، ۱۴. کودکان در عروسک‌درمانی‌شناختی‌رفتاری، می‌آموزند که رفتارشان یک انتخاب است و بدین وسیله پیامد رفتارشان را نیز انتخاب می‌کنند، آگاهی از این امر در تقویت رفتار خود کنترلی به آنها کمک می‌کند. بازی با عروسک، اساساً به منزله رشدشناختی، عاطفی اجتماعی، روانی حرکتی کودک است. در طول بازی نیروهای مختلف مانند چاپکی، توجه و در ک رشد پیدا کرده و شخصیت کودکان شکل گرفته و تغییرات بسیاری در ویژگی‌های آن‌ها اتفاق می‌افتد. همچنین بازی با عروسک، باعث افزایش حس‌کنجکاوی و قدرت‌نوآوری می‌شود و همچنین باعث لمس احساس حقیقی شخصیت و تجربه واقعیت می‌شود و این فرصت را برای کودک با آسیب بینایی فراهم می‌کند تا بتواند تصویری از دنیای درونی خود ارائه دهد و بیان هیجانات را برایش تسهیل می‌کند. عملکرد عمده عروسک‌درمانی‌شناختی‌رفتاری، حل کردن هرگونه تعارضی در کودک است که با عملکرد مؤثر او در محیط تداخل می‌کند و محیط امنی را برای کودکان فراهم می‌کند که در آن کودکان به تدریج هیجانات، تنش‌ها، احساس نامنی، پرخاشگری و ترس‌های سرکوب شده خود را ابراز کنند (کارلسون و آرتور، ۱۹۹۹).

عروسک‌درمانی در اتاق بازی، به این صورت است که کودک احساسات منفی خود را از طریق بازی به یک بزرگسال همدل (درمانگر) بیان می‌کند و آن فرد احساسات ارائه شده کودک را انعکاس می‌دهد و می‌پذیرد. وقتی این احساسات از طرف درمانگر پذیرفته شد، دیگر قدرت و شدت سابق را نداشته و اثرات آن بر رفتار کودک کاهش می‌یابد و بعد از این مرحله عبارات مثبت شروع شده و با بازی کودک مخلوط شده و کودک شروع به یادگیری مهارت‌های و توانمندی‌های جدید می‌کند و یاد می‌گیرد که با نیازهای خود به شیوه مناسب اجتماعی برخورده کند. مهارت‌های ارتباطی کودکان رشد می‌کنند و در چنین چارچوبی می‌توانند به باز پدیدآوری مکرر موضوع و رویدادهای مهم پردازنند، احساسات و هیجانات خود را بروون‌بیزی کنند، به بینش جدیدی دست یابند و شیوه‌های سازش‌یافته‌تر حل مساله را برگزینند (رای، ۲۰۰۴) که این عوامل باعث کاهش مشکلات رفتاری آنها می‌شود.

در مجموع نتایج حاصل از این پژوهش نشان داده که عروسک‌درمانی بر کاهش مشکلات درونی‌سازی و بروني‌سازی شده کودکان با آسیب بینایی، اثربخش بود.

این پژوهش همانند سایر مطالعات با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. این پژوهش فاقد مرحله پیگیری بوده و به روش نمونه‌گیری هدفمند و با حجم نمونه پایین انجام شد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران بعدی برای تعییم بهتر و ارزیابی پایدار بودن آموزش بعد از اجرای آموزش پیگیری نیز داشته باشند و از حجم نمونه بیشتری استفاده کنند. در مجموع، برنامه‌ریزان، مدیران، مربیان و معلمان می‌توانند با استفاده از نتایج این پژوهش، با آموزش‌های مناسب مانند عروسک‌درمانی به بهبود مشکلات رفتاری کودکان آسیب بینایی کمک کنند.

سپاسگزاری: در پایان نویسنده‌گان لازم می‌دانند تا از کلیه مسئولین و والدینی که نهایت همکاری را در اجرای این پژوهش داشتند، کمال قدردانی را به عمل آورند.

منابع

- آزادی منش، پ.، خانزاده عباسعلی، ح.، و حکیم جوادی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی بازی درمانی عروسکی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/اتارسایی توجه. *مجله مطالعات ناتوانی*, ۸، ۴۴-۴۴.
<http://jdisabilstud.org/article-fa.html&id=1491&lang=1>
- آزادی منش، پ.، خانزاده عباسعلی، ح.، و حکیم جوادی، م. (۱۳۹۶). اثر بخشی بازی درمانی عروسکی بر پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/اتارسایی توجه. *مجله مطالعات علوم پژوهشی*, ۲۸، ۸۳-۹۰.
<http://umj.umsu.ac.ir/article-8501-fa.html>
- اصغری نکاح، س.م. (۱۳۹۰). تأثیر مداخله‌ی بازی درمانی عروسکی بر مهارت‌های ارتباطی کودکان در خودمانده. *مجله اصول بهداشت روانی*, ۱۳، ۴۹.
[doi: 10.22038/jfmh.2011.1024](https://doi.org/10.22038/jfmh.2011.1024)
- بخشایش، ع. ر.، و میرحسینی، ر. ا. (۱۳۹۳). اثربخشی بازی درمانی بر کاهش علائم اختلال بیش فعالی/اکمبود توجه و بهبود عملکرد تحصیلی کودکان. *مجله دانشگاه علوم پژوهشی اسلام*, ۲۲(۶)، ۱-۱۳.
<http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-1586-fa.html>
- راتقی، پ.، و مرعشیان، ف. ا. (۱۴۰۰). اثربخشی بازی درمانی عروسکی بر کاهش کمرویی، احسان تنها و مشکلات رفتاری کودکان تک‌سپرست شهر اهواز. *ماهنشمه رویش روان شناسی*, ۱۰(۱۲)، ۱۷۹-۱۹۰.
<http://frooyesh.ir/article-17226-fa.html>
- رضائی، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی بازی درمانی بر کاهش کمرویی کودکان. *مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*, ۳(۱۹)، ۴۵-۵۸.
<http://ijndibs.com/article-17226-fa.html>
- رنگانی، ا.، همتی، ع.، شجاعی، س.، و اصغری نکاح، س.م. (۱۳۹۴). اثربخشی مداخله‌ی بازی درمانی عروسکی بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان پسر با اختلال اتیسم. *نشریه روان شناسی افراد استثنایی*, ۵(۲۰)، ۷۳-۹۳.
<https://doi.org/10.22054/JPE.2015.1918>
- صفیری، س.، فرامرزی، س.، و عابدی، ا. (۱۳۹۳). تأثیر بازی درمانی شناختی - رفتاری بر نشانه‌های رفتاری دانش‌آموزان نافرمان. *مجله مطالعات علوم پژوهشی*, ۲۵(۳)، ۲۶۸-۲۵۸.
<http://umj.umsu.ac.ir/article-1-2201-fa.html>
- کرمی، ج.، حیدری شرف، پ.، و شفیعی، ب. (۱۳۹۴). رابطه راهبردهای تنظیم هیجان و هوش هیجانی با هراس اجتماعی در دانش‌آموزان آسیب‌دیده بینایی و آسیب‌دیده شنوایی. *نشریه تعلیم و تربیت استثنایی*, ۱(۱۲۹)، ۱۴-۵.
<http://exceptionaleducation.ir/article-1-360-fa.html>
- Buckingham, G., Cant, J.S., & Goodale, M.A. (2009). Living in a material world: how visual cues to material properties affect the way that we lift objects and perceive their weight. *J Neurophysiol*, 102(6), 3111-8.
<https://doi.org/10.1152/jn.00515.2009>
- Carlson, R., & Arthur, N. (1999). Play therapy and the therapeutic use of story. *Canadian journal of counseling*, 33(3), 212-226. <https://eric.ed.gov/?id=EJ603020>
- Carvill, S. (2011). Sensory Impairments, Intellectual Disability and Psychiatry. *Journal of Intellectual Disability Research*, 5(6), 467.
- Crittenden, P. M. (1992). Quality of attachment in the preschool years. *Development and Psychopathology*, 4, 209-241
<https://doi.org/10.1017/S0954579400000110>
- Dotekvand, M., Sajedi, Molali. & Haggio. (2015). A study on the effectiveness of mobility and orientation training on the motor skills of children with visual impairment. *Journal of Applied Psychology Research*, 6(1), 151-159.
- El-Nagger, N. S., Abo-Elmagd, M. H., & Ahmed, H. I. (2017). Effect of applying play therapy on children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(5), 104-115.
<https://doi.org/10.5430/jnep.v7n5p104>
- Gooden, D. (2019). *Therapy dolls help memory care patients improve their lives*. <https://kobi5.com/news/therapy-dolls-help-memory-care-patients-improve-their-lives-96509>.
<https://dailycaring.com/the-positive-effect-of-therapy-dolls-for-dementia/>
- Harding A., & Steven A.J. (2016). American psychiatric association, diagnostic and statistical manual of mental disorders. New York: McGraw Hill Inc.
- Hellström L. A. (2019). Systematic Review of Polyvictimization among Children with Attention Deficit Hyperactivity or Autism Spectrum Disorder. *Int J Environ Res Public Health*, 16(13), 2280. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132280>
- Klingberg T., Forssberg H., & Westerberg, H. (2004). Training of working memory in children with ADHD. *J Clin Exp Neuropsychol*, 24(6), 781-91. <https://doi.org/10.1076/jcen.24.6.781.8395>
- Knell, SM. (2015). Cognitive-behavioral play therapy. In: Hand book of psychotherapies with children and families. New York: Kluwer Academic/plenum publishers. <https://doi.org/10.1037/14730-005>
- Landreth, G. L. (2012). Play therapy: The art of the relationship. Routledge.
- Legoff, D., & Sherman, M. (2006). Long-term outcome of social skills intervention based on interactive LEGO® play. *Journal of autism, 36*(4), 317- 329. <https://doi.org/10.1177/1362361306064403>
- Lu, L., Petersen, F., Lacroix, L., & Rousseau, C. (2010). Stimulating creative play in children with autism through sandplay. *Arts Psychother*, 37, 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2009.09.003>
- Marciano, R C., Cardoso, M. G., Vasconcelos, M. A., Paula, J.J., & Lima E. M. (2018). Behavioral disorders and impairment of quality of life in children and adolescents with lower urinary tract dysfunction. *Journal of Pediatric Urology*, 14(6), 568.e1-568.e7. <https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2018.07.017>

The effectiveness of cognitive-behavioral doll therapy on behavioral problems in children age 7-9 years with visual impairment

- McGee, LV. (2010). The efficacy of child- centered play therapy with Hispanic spanish- speaking children when conducted by a monolingual english-speaking counselor. (Dissertation). Texas: A&M University. <http://www.proquest.com/en-US/products/dissertations/individuals.shtml>
- Mokona, Lola. H., Belete H., Gebeyehu A., Zerihun, A., Yimer, Y., & Leta, A. (2019). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among Children Aged 6 to 17 Years Old Living in Girja District, Rural Ethiopia. *Behav Neurol*, 14. <https://doi.org/10.1155/2019/1753580>.
- Ray, D. (2004). Supervision of basic and advanced skills in play therapy. *J Prof Couns: Pract Theory Res*, 32(2), 28- 41. <https://doi.org/10.1080/15566382.2004.12033805>
- Rincon, HG., Hoyos, G., & Badiel, M. (2014). Group cognitive behavioral therapy for Depression and anxiety in an ambulatory psychosomatic service. *Journal Psychc Res*, 55, 111-29. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.108.005744>
- Ryan-Krause, P. (2017). Preschoolers With ADHD and Disruptive Behavior Disorder. *The Journal for Nurse Practitioners*, 13(4), 284-290. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2016.11.010>
- Sabaghian Rad L., & Fathi, F. (2014). The effect of school games on aggression in 10-14 years old intellectually disabled girls. *European journal of experimental biology*, 4(5), 129-132. <https://doi.org/10.22054/jpe.2016.5283>
- Teimourian, S., Mirzaei, H., Pishyare, E., & Hosseinzadeh, S. (2020). Effect of Group Play Therapy on Emotional/Behavioral Problems of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder Aged 6 -12 Years. *Archives of Rehabilitation*, 21(3), 390 -405. <https://doi.org/10.32598/RJ.21.3.3158.1>
- Tiggs, PL. (2010). Play therapy techniques for African American elementary school-aged children diagnosed with oppositional defiant disorders (Dissertation). Minneapolis: Capella University.