رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۱۱، شماره پیاپی ۸۰، بهمن ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(11), 2023

اثربخشی عروسک‌درمانی شناختی‌رفتاری بر مشکلات درونی سازی و برونی سازی شده کودکان ۹-۷ سال با آسیب بینایی

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

نگین امیر ارده جانی
کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور واحد تهران جنوب، تهران، ایران.

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

چکیده

کودکان با آسیب بینایی از مشکلات رفتاری عمده‌ای رنج می‌برندکه فرآیند رشد و انطباق کودک با محیط پیرامونش را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این‌رو، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی عروسک‌درمانی شناختی-رفتاری بر مشکلات درونی سازی و برونی سازی شده کودکان با آسیب بینایی انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی کودکان (۹-۷ 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 به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به‌صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش (۱۲نفر) و گروه گواه (۱۲نفر) گمارده شدند. از سیاهه‌ی مشکلات رفتاری کودک (فرم والدین) آخنباخ (۱۹۹۱) (**CBCL**)، برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. برنامه عروسک درمانی شناختی‌رفتاری بر روی گروه آزمایش در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) به‌صورت 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، انزوا و شکایت‌های جسمانی) و مشکلات رفتاری برونی-سازی شده (مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه)، تفاوت معناداری وجود داشت (۰/۰۰۱ >P). 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 شناختی‌رفتاری، مشکلات رفتاری، کودکان، آسیب بینایی.*

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.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : اردیبهشت ۱۴۰۱** **پذیرش: تیر ۱۴۰۱** **ویرایش نهایی: بهمن ۱۴۰۱**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.19.6]

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 مخصوصا 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 (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[1] 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[2] 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[3]، ۲۰۱۷)؛ این عوامل می‌توانند باعث بروز مشکلات رفتاری زیادی در آنها شود و بر ارتباطات اجتماعی، پیشرفت تحصیلی و عملکرد آنها اثرات منفی و مخربی برجا می‌گذارد (مارسیانو[4] و همکاران، ۲۰۱۷). مشکلات رفتاری به رفتارهای گوناگون افراطی، مزمن و انحرافی اطلاق می‌شود که گستره 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، به‌طوری‌که وی آرزوی توقف این گونه رفتارها را دارد. به‌عبارتی 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، عزت‌نفس 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 اعضای خانواده، اطرافیان و مردم مشکل دارند و به آسانی ناکام می‌شوند (هاردینگ و استیون[5]، ۲۰۱۶). نتایج مطالعه کارویل[6] (۲۰۰۱) حاکی از آن بود که شیوع مشکلات رفتاری در افراد ناشنوا بین ۴۰-۲۰ درصد است. همچنین، مشکلات رفتاری در افراد نابینا بیشتر به دلیل برخوردهای نادرستی است که جامعه و اطرافیان نسبت به آنها اعمال می کنند (کریتندن[7]، ۱۹۹۲).

افراد با آسیب بینایی همواره از دستیابی به فرصت‌های 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، تقلید 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 شناختی‌رفتاری می‌تواند به کودکان با آسیب بینایی در بهبود خلق کمک کند. این درمان آگاهی کودکان از الگوهای تفکر را که محرک و هدایت‌کننده رفتار آن‌هاست، افزایش می‌دهد و روش‌هایی را برای مقابله با تفکرشان به آنها می‌آموزد (مک‌گی[8]، ۲۰۱۰). می‌توان درمان شناختی‌رفتاری را برای کودکان در یک مدل بازی‌درمانی ترکیب کرد، بازی‌درمانی یک رابطه میان‌فردی پویا بین یک کودک و یک درمانگر آموزش‌دیده 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). بازی‌درمانی انواع مختلفی مانند لگودرمانی و بازی‌درمانی عروسکی دارد. در

1 . Buckingham
2 . Dotekvand
3 . Ryan-Krause
4 . Marciano
5 . Harding & Steven
6 . Carvill
7 . Crittenden
8 . McGee

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.19.6]

پژوهش‌های مختلف تأثیر عروسک‌درمانی بر بهبود عملکردهای فردی و اجتماعی بررسی و اثبات شده است (لیگوف و شرمن[1]، ۲۰۰۶؛ ال-ناگر[2] و همکاران، ۲۰۱۷). با بکارگیری بازی و استفاده از اسباب‌بازی‌هایی مانند عروسک کودکان می‌توانند افکار، احساسات و نگرانی‌هایی را که نمی‌توانند به گونه دیگری بیان کنند، انتقال دهند. کودکان می‌توانند به راحتی بدون خطر و به‌طور صمیمانه دنیای‌درونی 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 امن 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 رسیدگی نماید و به کودک کمک کند تا رفتارهای انطباقی را یاد بگیرد و بر کمبود مهارت‌های هیجانی و اجتماعی غلبه کند (رای[3]، ۲۰۰۴). عروسک‌درمانی شناختی‌رفتاری می‌تواند به کودک با آسیب بینایی کمک کند تا شیوه‌های سازگاری با محرک‌های تنش‌زا را یاد بگیرد و راهبردهای جدید را برای پرورش حس تسلط و موفقیت در موقعیت‌های اجتماعی در رابطه با همسالان و خانواده بیاموزند (لو[4] و همکاران، ۲۰۱۰؛ گودین[5]، ۲۰۱۹). در عروسک‌درمانی کودکان می‌توانند قضاوت 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 (تیگز[6]، 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؛ موکونالولا و همکاران، ۲۰۱۹)، کاهش کمرویی (رضایی، ۱۳۹۷؛ حسین خانزاده و همکاران، ۱۳۹۶)؛ بهبود مهارت‌های ارتباطی (آزادی منش و همکاران، ۱۳۹۷؛ اصغری نکاح، ۱۳۹۰؛ هیلستروم، ۲۰۱۹) و افزایش سازگاری اجتماعی (لندرث[7]، ۲۰۱۲)، در بین کودکان اثربخش بوده است.

با توجه به آنچه ذکر شد، و باتوجه به اهمیت و نقش سازنده بازی درمانی عروسکی در آموزش و همچنین بهبود مشکلات رفتاری کودکان، خصوصا 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 آسیب بینایی - 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 می شوند. لذا، ضروری است تا با استفاده از مداخلات مناسب مانند عروسک درمانی که شیوه‌های سازگاری با محرک‌های تنش‌زا و راهبردهای جدید را برای پرورش حس تسلط و موفقیت در موقعیت‌های اجتماعی در رابطه با همسالان و خانواده را به کودکان می آموزد، 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 آسیب بینایی انجام شد.

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل همه کودکان (۹-۷ سال) با آسیب بینایی زیر نظر اداره بهزیستی 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 آسیب بینایی توزیع و ۲۴ نفر از کودکانی که با توجه به ارزیابی والدینشان نسبت به بقیه نمره بالاتری در این ابزار به‌دست آوردند، به روش نمونه‌گیری هدفمند به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲نفر) و گروه گواه (۱۲نفر) گمارده شدند. ملاک‌های ورود شامل؛

1 . Legoff & Sherman
2 . El-Nagger
3 . Ray
4 . Lu
5 . Gooden
6 . Tiggs
7 . Landreth

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.19.6]

مؤنث بودن، وجود مشکلات رفتاری (درونی‌سازی و برونی‌سازی شده) با توجه به گرفتن نمره کلی بالاتر از ۶۰ در سیاهه مشکلات رفتاری کودک (فرم والدین)، دامنه سنی ۷ تا ۹سال، دارای هوش طبیعی (۱۱۰-۹۰) 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 ۲جلسه) و عدم تمایل به شرکت در ادامه پژوهش، بود. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش به تمامی والدین و مسئولین مدارس، اطمینان خاطر در مورد محرمان 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

سیاهه‌ی مشکلات رفتاری کودک[1] (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 برونی‌سازی 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 مواقع یا همیشه در رفتار کودک وجود دارد. به منظور تفسیر نمرات، در مقیاس‌های مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده و مشکلات کلی اگر نمره فرد کمتر از ۶۰ باشد در محدوده‌ی نرمال یا غیربالینی و اگر نمره بین ۶۳-۶۰ باشد در محدوده‌ی مرزی-بالینی و اگر نمره بزگتر از ۶۳ باشد در محدوده‌ی بالینی قرار دارد (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۷). این ابزار را هم می‌توان به صورت خودگزارشی و هم به‌صورت مصاحبه اجرا کرد. آخنباخ (۱۹۹۱) برای بررسی اعتبار CBCL دو و اعتبار هم زمان و اعتبار سازه را به کار برد. اعتبار همزمان همزمان به روش همبستگی میان بخش مشکلات رفتاری CBCL و دو مقیاس کانرز و PRBPC-Q ،همبستگی ۰/۸۶ -. ۰/۵۶ را با مقیاس کانرز و همبستگی ۰/۸۸-۰/۵۲ را با PRBPC-Qنشان 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 ۰/۹۴ و ۰/۹۷، مشکلات رفتاری برونی‌سازی 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 ۸-۵ هفته بررسی شده که دامنه ضرایب از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمده است. همچنین توافق بین پاسخ‌دهندگان نیز مورد بررسی قرارگرفته 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 به‌منظور بررسی همسانی درونی ابزار از آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان آن برای مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده و برونی‌سازی 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 شناختی‌رفتاری 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 شناختی‌رفتاری (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 مثلا زمان خداحافظی دست تکان دادن.

1 . Child Behavior Checklist

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.19.6]

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 (۱/۲۳±۸/۵۰) و گروه گواه (۱/۱۳±۸/۳۳)، 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.

جدول۲- آماره های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه

متغیر/مؤلفه‌ها		مرحله	گروه			
			آزمایش		گواه	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
مشکلات رفتاری درونی سازی شده	اضطراب	پیش آزمون	۳۶/۱۳	۳/۴۱	۳۲/۶۵	۳/۵۵
		پس آزمون	۳۱/۱۳	۳/۹۸	۳۲/۳۱	۳/۲۱
	انزوا	پیش آزمون	۴۵/۶۳	۵/۷۶	۴۵/۳۴	۵/۸۲
		پس آزمون	۳۳/۸۹	۳/۴۱	۴۶/۸۸	۵/۶۷
	شکایت‌های جسمانی	پیش آزمون	۴۲/۷۶	۵/۳۰	۴۲/۸۷	۵/۵۱
		پس آزمون	۳۶/۱۲	۴/۸۰	۴۳/۰۱	۵/۳۹
مشکلات رفتاری برونی سازی شده	مشکلات اجتماعی	پیش آزمون	۱۸/۲۴	۲/۵۲	۱۸/۷۸	۲/۸۸
		پس آزمون	۱۱/۸۷	۲/۳۳	۱۸/۹۲	۲/۶۶
	مشکل تفکر	پیش آزمون	۴۳/۴۴	۶/۴۱	۴۴/۱۳	۶/۴۶
		پس آزمون	۳۲/۶۷	۵/۱۴	۴۳/۷۸	۶/۸۷
	مشکل توجه	پیش آزمون	۳۷/۷۹	۵/۱۸	۳۷/۵۵	۵/۶۱
		پس آزمون	۲۷/۳۹	۳/۸۶	۳۷/۴۸	۵/۵۴
	عدم توجه به قواعد	پیش آزمون	۴۶/۸۸	۵/۹۴	۴۷/۱۴	۶/۷۱
		پس آزمون	۳۵/۶۱	۴/۶۷	۴۷/۵۸	۶/۱۷
	رفتار پرخاشگرانه	پیش آزمون	۳۹/۳۴	۳/۴۱	۳۹/۱۶	۳/۱۸
		پس آزمون	۲۸/۱۳	۳/۲۷	۳۹/۸۹	۳/۴۶

باتوجه به نتایج جدول ۲، میانگین نمرات افراد گروه آزمایش در مؤلفه‌های متغیرهای مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی شده ئر مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پس آزمون کاهش پیدا کرده است. قبل از ارائۀ نتایج تحلیل آزمون کوواریانس، پیش فرض‌های آزمـون‌هـای پارامتریـک سـنجیده شد. نتایج آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس گروه‌ها در مؤلفه‌های مشکلات درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده ، نشان داد، سطح معناداری به‌دست آمده در متغیرهای وابسته پژوهش بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است، بنابراین با ۰/۹۵ اطمینان

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.19.6]

می‌توان قضاوت کرد که گروه‌های آزمایش و گواه از نظر پراکندگی مؤلفه‌های مشکلات درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده در مرحله پیش‌آزمون یکسان می‌باشند. همچنین، نتایج آزمون کلموگروف – اسمیرنوف به‌منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته پژوهش نشان داد، شرط نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون رعایت گردیده است (P> ۰/۰۵). در ادامه نتایج آزمون فرض همگنی شیب رگرسیون نشان داد، داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیون در سطح (P>۰/۰۵) پشتیبانی می‌کنند. نتایج حاصل از آزمون ام‌باکس جهت بررسی برابری ماتریس کوواریانس‌ها به لحاظ آماری این آزمون برای متغیرهای مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده (Box's M= ۶۵/۳۱ ،P= ۰/۶۸) و مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده (Box's M= ۶/۴۵ ،P= ۰/۵۳) با ۹۵ درصد اطمینان (P≥۰/۰۵) معنادار نبود. این نتیجه حاکی از آن است که ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته در سطوح متغیر مستقل (گروه آزمایش و کنترل) برابرند. در ادامه، به‌منظور تعیین اثربخشی عروسک‌درمانی شناختی‌رفتاری بر مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی 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

	ارزش	F	df	df2	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۸۹	۸/۱۸	۳	۲۱	۰/۰۰۱	**۰/۵۸**
لامدای ویلکز	۰/۴۴	۸/۱۸	۳	۲۱	۰/۰۰۱	**۰/۵۲**
اثر هتیلینگ	۶/۲۰	۱۲/۳۰	۳	۲۱	۰/۰۰۱	**۰/۷۹**
بزرگ‌ترین ریشه روی	**۶/۲۰**	**۱۸/۸۰**	**۳**	**۲۱**	**۰/۰۰۱**	**۰/۷۹**

با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جدول ۳، امکان 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

منبع		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	Eta^2
مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده							
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۳/۹۰	۱	۱۳/۹۰	۵/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۳۴
	گروه	۹۷۹/۹۹	۱	۹۷۹/۹۹	۲۸/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	خطا	۱۵/۸۷	۲۷	۰/۳۳			
انزوا	پیش‌آزمون	۱۲/۸۰	۱	۱۲/۸۰	۵/۱۶	۰/۰۳۳	۰/۲۸
	گروه	۸۸۸/۷۸	۱	۸۸۸/۷۸	۲۵/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷
	خطا	۱۰/۰۲	۲۷	۰/۵۵			
شکایت‌های جسمی	پیش‌آزمون	۱۱/۵۴	۱	۱۱/۵۴	۳/۲۴	۰/۰۷۳	۰/۲۳
	گروه	۷۲۱/۴۳	۱	۷۲۱/۴۳	۲۳/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۴
	خطا	۸/۱۳	۲۷	۰/۳۷			
مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده							
مشکلات اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۰/۱۳	۱	۱۰/۱۳	۳/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۲۷
	گروه	۵۶۶/۱۳	۱	۵۶۶/۱۳	۱۸/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۱
	خطا	۸/۱۱	۲۷	۰/۳۲			

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.19.6]

مشکل تفکر	پیش‌آزمون	۱۰/۸۰	۱	۱۰/۵۶	۳/۳۰	۰/۰۴۳	۰/۲۸
	گروه	۶۳۴/۸۹	۱	۶۳۴/۸۹	۱۹/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶
	خطا	۹/۰۲	۲۷	۰/۴۹			
مشکل توجه	پیش‌آزمون	۱۰/۵۴	۱	۱۰/۵۴	۳/۲۸	۰/۰۷۳	۰/۲۹
	گروه	۶۳۲/۱۳	۱	۶۳۲/۱۳	۲۲/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	خطا	۹/۱۳	۲۷	۰/۵۰			
عدم توجه به قواعد	پیش‌آزمون	۹/۲۳	۱	۹/۵۴	۲۵	۰/۰۷۳	۰/۲۳
	گروه	۶۳۵/۱۳	۱	۶۳۲/۱۳	۱۵/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۵۰
	خطا	۱۰/۱۳	۲۷	۰/۳۷			
رفتار پرخاشگرانه	پیش‌آزمون	۱۱/۱۳	۱	۱۱/۱۳	۳/۵۰	۰/۰۷۳	۰/۲۳
	گروه	۶۷۷/۳۹	۱	۶۷۷/۳۹	۲۶/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	خطا	۱۰/۸۰	۲۷	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) و 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 برونی-سازی 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. به‌عبارت 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 درونی سازی و برونی سازی شده کودکان با آسیب‌ب ینایی 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 راتقی و مرعشیان (۱۴۰۰)، رضایی (۱۳۹۷)، آزادی منش و همکاران (۱۳۹۷)، حسین خانزاده و همکاران (۱۳۹۶)، اصغری نکاح (۱۳۹۰)، تیموریان و همکاران (۲۰۲۰)، هیلستروم (۲۰۱۹)، موکونالولا و همکاران (۲۰۱۹) و لندرث (۲۰۱۲)، همسو است. باگرلی و پارک (۲۰۱۵) بازی درمانی به شیوه شناختی‌رفتاری بر یادگیری، خودشاهدی، مسئولیت، ابراز احساسات، احترام‌گذاشتن، پذیرش‌خود و دیگران و بهبود مهارت‌های اجتماعی، عزت نفس، کاهش کمرویی و گوشه‌گیری، افسردگی و اضطراب مؤثر است. کانل (۲۰۱۵) ضمن مطالعه‌ای نشان داد که بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری شیوه موثری برای کاهش گوشه‌گیری، اضطراب، افسردگی و مشکلات‌رفتاری کودکان است. النگیر و همکاران (۲۰۱۷) در تحقیقی نشان دادند بازی‌درمانی تأثیر مثبتی بر بهبود توجه، کاهش بیش‌فعالی و کنترل رفتارتکان‌دهنده کودکان مبتلا به بیش فعالی، دارد. رینکون و همکاران (۲۰۱۴) ضمن مطالعه‌ای نشان دادند که درمان شناختی‌رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب مؤثر است. صباغیان و فتحی (۲۰۱۴) نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری بر کاهش پرخاشگری جسمانی تأثیر دارد.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که کودکان دچارآسیب بینایی در مهارت‌های‌شناختی از جمله حافظه دیداری- فضایی، حافظه فعال، انعطاف‌پذیری‌ذهنی، توانایی برنامه‌ریزی، استدلال کلامی‌انتزاعی، سرعت پردازش اطلاعات پیچیده، توجه انتخابی، بازداری-پاسخ‌رفتاری، حافظه بازشناسی فضایی، کنترل‌حرکتی، 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.19.6]

شامل مداخله‌های مبتنی بر اساس رویکردشناختی‌رفتاری در قالب بازی‌درمانی است. بر اساس این نظریه بر سیر تحول حسی مبتنی است. بر این اساس بازی با عروسک، به‌عنوان یک روش‌کلامی 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، درک مفروضه‌های فکری و یادگیری به منظور اصلاح باورهای‌غیرمنطقی است. بازی با عروسک می‌تواند الگویی از راهبردهای‌شناختی جهت رویارویی با باورهای غیرمنطقی باشد. عروسک درمانی‌شناختی‌رفتاری رویکردی هدفمند، دارای ساختار و مداخله‌ای مستقیم در چارچوب طبیعت کودک است. ارزیابی عملگرایانه در این روش نتایج درمان را میسر می‌سازد و به لحاظ ساختار به درمانگر در مفهوم‌سازی مشکلات‌کودکان بیش‌فعال کمک می‌کند (نجفی و همکاران، 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 راه‌حل بیابند و موقعیت‌هایی را که ممکن است با آن روبرو شوند از طریق بازی جبران کنند. عروسک‌درمانی شناختی‌رفتاری، 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 عروسک‌درمانی شناختی‌رفتاری، به کودک اجازه می‌دهد تا تجربیات تهدیدکننده خود را نشان دهد (لو و همکاران، ۲۰۱۰؛ ، صباغیان و فاتحی، ۲۰۱۴). کودکان در عروسک‌درمانی شناختی‌رفتاری، می‌آموزند که رفتارشان یک انتخاب است و بدین وسیله پیامد رفتارشان را نیز انتخاب می‌کنند، آگاهی از این امر در تقویت رفتار خودکنترلی به آنها کمک می‌کند. بازی با عروسک، اساساً به منزله رشدشناختی، عاطفی اجتماعی، روانی حرکتی کودک است. در طول بازی نیروهای مختلف مانند چابکی، توجه و درک 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 عروسک‌درمانی شناختی‌رفتاری، 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 به‌تدریج هیجانات، تنش‌ها، احساس ناامنی، پرخاشگری و ترس‌های سرکوب شده خود را ابراز کنند (کارلسون و آرتور، ۱۹۹۹).

عروسک درمانی 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 برخورد کند. مهارت‌های ارتباطی کودکان رشد می‌کنند و در چنین چارچوبی می‌توانند به باز پدیدآوری مکرر موضوع و رویدادهای مهم بپردازند، احساسات و هیجانات خود را برون‌ریزی 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 دادکه عروسک درمانی بر کاهش مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی 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 تعمیم 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 مانند عروسک درمانی به بهبود مشکلات رفتاری کودکان آسیب بینایی کمک کنند.

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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.19.6]

منابع

آزادی‌منش، پ.، خانزاده عباسعلی، ح.، و حکیم‌جوادی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی بازی‌درمانیِ عروسکی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۸، ۴۴-۴۴. http://jdisabilstud.org/article-۱-۵۴۹-fa.html

آزادی‌منش، پ.، خانزاده عباسعلی، ح.، و حکیم‌جوادی، م. (۱۳۹۶). اثر بخشی بازی درمانی عروسکی بر پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه. *مجله مطالعات علوم پزشکی*، ۲۸(۲)، ۹۰-۸۳. http://umj.umsu.ac.ir/article-۱-۳۸۵۰-fa.html

اصغری نکاح، س. م. (۱۳۹۰). تأثیر مداخله ی بازی درمانی عروسکی بر مهارت‌های ارتباطی کودکان درخودمانده. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۴۹)، ۴۲-۵۷. doi: 10.22038/jfmh.2011.1024

بخشایش، ع. ر.، و میرحسینی، ر. ا. (۱۳۹۳). اثربخشی بازی درمانی بر کاهش علائم اختلال بیش فعالی/کمبود توجه و بهبود عملکرد تحصیلی کودکان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۲(۶)، ۱۳-۱. http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-1586-fa.html

راتقی، پ.، و مرعشیان، ف. ا. (۱۴۰۰). اثربخشی بازی‌درمانی عروسکی بر کاهش کمرویی، احساس تنهایی و مشکلات رفتاری کودکان تک‌سرپرست شهر اهواز. ماهنامه رویش روان شناسی، ۱۰(۱۲)، ۱۹۰-۱۷۹. http://frooyesh.ir/article-۱-۳۳۲۶-fa.html

رضائی، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی بازی درمانی برکاهش کمرویی کودکان. *مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*. ۳(۱۹)، ۴۵-۵۸. http://ijndibs.com/article-۱-۲۰۰-fa.html

رنگانی، ا.، همتی، ع.، شجاعی، س.، و اصغری نکاح، س. م. (۱۳۹۴). اثربخشی مداخله‌ی بازی‌درمانی عروسکی بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان پسر با اختلال اتیسم. *نشریه روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۵(۲۰)، ۹۳-۷۳. https://doi.org/10.22054/JPE.2015.1918

صفری، س.، فرامرزی، س.، و عابدی، ا. (۱۳۹۳). تأثیر بازی درمانی شناختی - رفتاری بر نشانه‌های رفتاری دانش آموزان نافرمان. *مجله مطالعات علوم پزشکی*، 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 دانش آموزان 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 Rcseach*, 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. & Haggo. (2015). A study on the effectiveness of mobility and orientation training on the motor skills of children with visual impairment. *Journal of Applied Psycology 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 statistional 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: Klu-wer 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*, 10(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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.19.6]

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 psychoso matic cervice. *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.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.19.6]