

تأثیر شن‌بازی درمانی

بر رشد شناخت اجتماعی کودکان آموزش‌پذیر دچار عقب‌ماندگی ذهنی

بیان نسائی مقدم^(۱)، دکتر مختار ملک‌پور^(۲)، دکتر احمد عابدی^(۳)

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر شن‌بازی درمانی بر رشد شناخت اجتماعی کودکان دچار عقب‌ماندگی ذهنی آموزش‌پذیر اجرا شد. **روش:** پژوهش آزمایشی حاضر از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. برای اندازه‌گیری متغیر وابسته، یعنی شناخت اجتماعی، از آزمون شناختی تشخیصی کی (KCDT) در هر دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. نمونه به‌صورت تصادفی انتخاب شد که دربرگیرنده ۱۶ نفر در گروه آزمایش (۸ دختر و ۸ پسر) و ۱۶ نفر در گروه کنترل (۸ دختر و ۸ پسر) بود. سپس روش شن‌بازی درمانی به مدت ۱۲ جلسه روی گروه آزمایش اجرا و در پایان پس‌آزمون از هر دو گروه آزمایش و کنترل گرفته شد. داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره تحلیل شد. **یافته‌ها:** میانگین نمره شناخت اجتماعی در گروه آزمایش ۱/۰۷ و در گروه کنترل ۰/۰۶ افزایش داشت. میان میانگین نمره پس‌آزمون آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در آزمون شناخت اجتماعی تفاوت وجود داشت ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: شن‌بازی درمانی می‌تواند شناخت اجتماعی کودکان آموزش‌پذیر دچار عقب‌ماندگی ذهنی را افزایش دهد.

کلیدواژه: شن‌بازی درمانی؛ شناخت اجتماعی؛ کودکان آموزش‌پذیر دچار عقب‌ماندگی ذهنی

۲۲۴
224

[دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۲۵؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۷/۲۸]

مقدمه

دارد (۲). افزون بر شیوع گسترده، این اختلال با ناهنجاری‌های رشدی در جنبه‌های مختلف فیزیکی، روانی، اجتماعی و آموزشی همراه است (۲). عقب‌ماندگی ذهنی اثر زیادی بر بسیاری از جنبه‌های زندگی کودکان، خانواده‌ها و جوامع داشته، موضوع با اهمیتی از نظر سلامتی و اجتماعی به‌شمار می‌رود. یک دسته از افراد دچار عقب‌ماندگی ذهنی، کودکان آموزش‌پذیر^۲ دچار عقب‌ماندگی ذهنی هستند. بهره هوشی این دسته از کودکان ۳-۲ انحراف معیار زیر میانگین (۱)، یعنی بین ۵۵-۵۰ تا ۷۰ است (۳). این کودکان تأخیر زیادی در یادگیری زبان، مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های سازشی و مراقبت از خود (مانند غذا خوردن، لباس پوشیدن و

عقب‌ماندگی ذهنی^۱ اصطلاحی عام برای شرایط به‌نسبت رایج و مادام‌العمر است که به دلیل ناهنجاری‌های ساختاری و عملکردی مغز، مشکلاتی در رشد شناختی و سازگاری فرد به‌وجود می‌آید. از نظر پزشکی، عقب‌ماندگی ذهنی نباید صرفاً به‌عنوان نوعی تشخیص در نظر گرفته شود، بلکه باید آن را نشانه اختلال عملکرد عصبی، مانند ضعف یا فلج انقباضی دانست (۱). عقب‌ماندگی ذهنی به دلیل اثرات جانبی و شیوع گسترده آن، یکی از اختلال‌های رایج رشد محسوب می‌شود که شیوع آن در جمعیت کلی حدود سه درصد است. در کشور ما به‌طور تقریبی ۱۲۰۰۰۰۰ فرد کم‌توان ذهنی وجود

(۱) کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان. دروازه شیراز، دانشگاه اصفهان، گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. دورنگار: ۰۳۱۱-۶۶۸۸۳۰۲ (نویسنده مسئول) E-mail: bayannesai@yahoo.com؛ (۲) دکترای روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، استاد دانشگاه اصفهان، گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان؛ (۳) دکترای روانشناسی عمومی، استادیار دانشگاه اصفهان، گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان.

در کودکان آموزش‌پذیر دچار عقب‌ماندگی ذهنی نیز مؤثر خواهد بود. بازی، یک فعالیت غیراجباری است که موجب خشنودی کودک می‌شود (۱۰). همچنین می‌توان دیدگاهی شناختی به بازی درمانی داشت که به مراحل پیازه در مورد تحول شناختی تمرکز دارد. برای مثال بازی تمرینی در کودکان ۲-۳ ساله (حسی- حرکتی) و بازی تخیلی در کودکان ۲-۶ ساله (پیش‌عملیاتی) دیده می‌شود. بازی وانمودی مطابق با رشد تفکر نمادین کودک است که به بازی نمایش اجتماعی منجر می‌شود و شامل همکاری و تعامل با دیگران است. بازی تخیلی نشان‌دهنده گذر کودک از مرحله عینی به مرحله انتزاعی است (۱۱).

شن‌بازی درمانی^۵ نوعی تکنیک روان‌درمانگری به‌شمار می‌رود که در آن کودک می‌تواند اشکال مینیاتوری را در یک جعبه شنی به‌گونه‌ای بچیند که «جهان شنی» خود را مطابق با ابعاد مختلف و واقعیت اجتماعی خود خلق کند (۱۲). شن‌بازی درمانی نوعی طبیعت‌درمانی^۶ است و یک روش درمانی خلاق به‌شمار می‌رود و زبانی نمادین برای ارتباط است (۱۴). شن‌بازی در یک محدوده مشخص انجام می‌شود و کودک در آن احساس امنیت و راحتی می‌کند. بازی با شن می‌تواند با آب یا بدون آب، به کمک اشیاء یا بدون آن‌ها انجام شود (۱۴). استفاده از شن و نمادها، بازتاب معانی چندگانه‌ای را از خودآگاه و ناخودآگاه امکان‌پذیر ساخته است که به دنبال آن مسائل برای کودکان روشن، واضح و حل می‌شوند (۱۵). همچنین شن‌بازی درمانی پلی میان درمان‌های کلامی و غیرکلامی به حساب می‌آید (۱۵).

از آنجا که پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه بازی درمانی، در ایران و سایر کشورها، بیشتر متوجه کودکان مبتلا به اختلال‌های روانی همچون پرخاشگری، اختلال سلوک، افسردگی، اضطراب، کودک‌آزاری و استرس پس‌آسیبی بوده است - برای مثال تأثیر شن‌بازی درمانی بر پسران پرخاشگر ۱۲-۸ ساله شهر تهران (۱۶) و تأثیر شن‌بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان پسر ناشنوا (۱۷) - و با توجه به این که تحقیقات محدودی در زمینه رشد شناخت اجتماعی کودکان آموزش‌پذیر دچار عقب‌ماندگی ذهنی صورت گرفته است، ضرورت این‌گونه پژوهش‌ها بیش از پیش احساس می‌شود. بنابراین نبود پژوهش کافی در این زمینه،

مهارت‌های حرکتی (۴) و همچنین توانایی پایینی در زمینه مهارت‌های زبانی، قدرت ادراکی، ظرفیت حافظه، تخیل و خلاقیت دارند (۵).

شناخت اجتماعی^۱ منعکس‌کننده شیوه ادراک فرد از احساس و تفکر خود و دیگران است. این سازه شناختی، انعکاسی، مشارکتی و دارای کنش‌های سازشی است که در سه مقوله ادراک^۲ اجتماعی، قضاوت^۳ اجتماعی و حافظه^۴ اجتماعی در حیطه‌های مختلف رفتاری انسان مورد مطالعه قرار می‌گیرد. «شناختی اجتماعی» را این‌گونه تعریف کرده‌اند: چگونگی تفکر مردم درباره خودشان و دنیای اجتماعی، به‌ویژه، روشی که مردم، اطلاعات اجتماعی را برای قضاوت‌ها و تصمیم‌ها برمی‌گزینند، تفسیر می‌کنند، به یاد می‌آورند و مورد استفاده قرار می‌دهند (۶). یکی از مسائل عمده‌ای که کودکان با آن مواجه‌اند، شناخت دنیایی است که در آن زندگی می‌کنند. بدیهی است که شناخت به‌وسیله افراد شکل می‌گیرد، اما نباید از این نکته غافل شد که شناخت، در ارتباط فرد با دنیای خارج آغاز می‌شود و به‌طور اساسی یک محصول اجتماعی است. ارتباط با دنیای خارج، نه تنها ارتباط با اشیای مادی و بی‌جان طبیعت، که در واقع به‌طور عمده ارتباط با افراد است. برای بزرگسالان امری بدیهی است که جهان مادی و دنیای اجتماعی مادی، دارای اشیاء و پدیده‌هایی هستند که می‌توان آن‌ها را بر اساس ویژگی‌های معنایی طبقه‌بندی کرد. اما به‌نظر می‌رسد که کودکان برای دستیابی به چنین درکی نیازمند گذر زمان هستند. ارتباط کودکان با افراد، متضمن شکل‌گیری شناخت اجتماعی در آن‌هاست. به‌طور کلی چگونگی مفهوم‌سازی کودک از دیگران و چگونگی درک افکار، احساس، نیت و دیدگاه آن‌ها، ما را به سمت مفهومی هدایت می‌کند که امروزه در روانشناسی، شناخت اجتماعی نامیده می‌شود و همانند دیگر مفاهیم، تعاریف متعددی از آن ارائه شده است. فرایندهای شناخت اجتماعی، فرد را در پیش‌بینی رفتار دیگران، کنترل خود و در نتیجه تنظیم تعاملات اجتماعی توانا می‌سازد (۷). شناخت اجتماعی یک توانایی کلیدی برای موفقیت در تعاملات اجتماعی زندگی روزمره (۸) و دربرگیرنده همه مهارت‌های مورد نیاز کودک برای درک تمایل، احساس و هیجان‌های کودکان و بزرگسالان است (۹).

از آنجا که بازی می‌تواند بر بسیاری از جنبه‌های رشدی کودک، به‌ویژه رشد اجتماعی، به‌گونه‌ای مثبت اثر بگذارد،

سبب شد بررسی تأثیر برنامه مداخله‌ای شن‌بازی درمانی بر رشد شناخت اجتماعی کودکان آموزش‌پذیر دچار عقب‌ماندگی ذهنی، هدف پژوهش حاضر قرار گیرد. از آنجا که مهارت‌های شناختی، به‌ویژه مهارت شناخت اجتماعی یکی از مؤلفه‌های یادگیری به‌ویژه در مدرسه است و کودکان با عقب‌ماندگی ذهنی در این مهارت ضعیف هستند، ضروری است در افزایش این مهارت به این قبیل کودکان کمک نمود. بنابراین هدف پژوهش حاضر، بررسی میزان تأثیر شن‌بازی درمانی بر رشد شناخت اجتماعی کودکان آموزش‌پذیر دچار عقب‌ماندگی ذهنی بود.

روش

پژوهش حاضر که با کد IRCT2013011912182N1 در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است، در یک مدرسه استثنایی دو نوبته دختر/ پسر مقطع ابتدایی شهر اصفهان اجرا شد. جامعه آماری عبارت بود از تمامی کودکان آموزش‌پذیر مقطع ابتدایی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ با دامنه سنی ۷-۱۲ سال که طبق معیارهای پایگاه سنجش نوآموزان در بدو ورود به مدرسه (بر اساس نتایج مقیاس بین‌المللی عملکرد لایتر^۱ (LIPS))، با مشاهده شناسنامه سلامت و پرونده تحصیلی آنها، آموزش‌پذیر دچار عقب‌ماندگی ذهنی تشخیص داده شده بودند. ملاک ورود، عقب‌ماندگی ذهنی آموزش‌پذیر (ضریب هوشی ۵۰ تا ۷۰) بود و سایر دانش‌آموزان با نیازهای خاص (کودکان نابینا، ناشنوا، دچار عقب‌ماندگی ذهنی تربیت‌پذیر و حمایت‌پذیر، اختلال‌های طیف اوتیسم، معلولان جسمی - حرکتی و...) و دانش‌آموزانی که ضریب هوشی آنان در شناسنامه سلامت آنان ذکر نشده بود، از بررسی کنار گذاشته شدند. به روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای ابتدا از میان شش ناحیه آموزش و پرورش شهر اصفهان، یک ناحیه (ناحیه ۳) به‌طور تصادفی انتخاب شد. سپس از این ناحیه، یک مدرسه دو نوبته به‌طور تصادفی انتخاب شد. از این مدرسه، ۳۲ دانش‌آموز از پایه‌های تحصیلی پیش‌دبستانی، اول، دوم و سوم انتخاب شدند. سپس این افراد، به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۶ نفری (۸ دختر و ۸ پسر) آزمایش و کنترل قرار داده شدند و روش مداخله‌ای شن‌بازی درمانی (بر اساس کتاب راهنمای گام به گام شن‌بازی درمانی (۱۴)) به‌صورت چهار جلسه انفرادی و هشت جلسه گروهی، در مورد گروه آزمایش اجرا شد. درمانگر،

کارشناس ارشد روان‌شناسی با گرایش کودکان با نیازهای خاص و دارای گواهی‌نامه دوره بازی درمانی بود. برای رعایت اخلاق پژوهش، قبل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون و روش مداخله‌ای، رضایت‌نامه توسط والدین دانش‌آموزان هر دو گروه تکمیل شد.

برای اندازه‌گیری رشد شناخت اجتماعی کودکان، آزمون شناختی - تشخیصی کی^۲ (KCDT) (۱۸) به کار رفت. این آزمون برای ارزیابی شناختی بیماران روانی و بیماران مبتلا به عقب‌ماندگی‌های ذهنی تدوین شده است. پنج آزمون تشکیل‌دهنده این مجموعه زمینه‌هایی همچون مفهوم‌سازی^۳ (آزمون رجحان شکل - رنگ^۴)، تفکر نمادی^۵ (آزمون بازنمایی شکل - رنگ^۶)، اجتماعی شدن تفکر^۷ (آزمون خودمحوری فکر^۸)، رشد ادراک حرکتی - بینایی^۹ (آزمون پیش‌رونده ترسیم تصاویر^{۱۰})، توجه موقتی و سرعت روانی - حرکتی^{۱۱} (آزمون فراخوانی توجه^{۱۲}) را ارزیابی می‌کند. این آزمون‌ها با هدف اندازه‌گیری مجزای عوارض شناختی رشدی و عوارض شناختی ناشی از برانگیختگی تدوین شده‌اند. در پژوهش حاضر، از آزمون خودمحوری تفکر برای ارزیابی رشد شناخت اجتماعی کودکان آموزش‌پذیر دچار عقب‌ماندگی ذهنی استفاده شد. آزمون خودمحوری تفکر برای بررسی پختگی تفکر اجتماعی طرح شده است. اساس این آزمون شاخص‌های رشدی مربوط به تحول روابط ذهنیت و عینیت است که در مطالعات پیازه روی مفاهیم موقعیتی در کودکان شناسایی شده‌اند. آزمون دربرگیرنده سلسله مراتبی از گویه‌های مختلف مربوط به مفاهیم موقعیتی چپ و راست است. چهار سطح آزمون خودمحوری تفکر، چهار مرحله اصلی رشد شناختی - اجتماعی معرفی شده توسط پیازه را به‌عنوان مراحل قطعی پختگی تصور روابط ذهنیت و عینیت ارزیابی می‌کنند. این مراحل عبارتند از: مرحله پیش‌مفهومی^{۱۳} (تا ۵ سالگی)، مرحله خودمحوری^{۱۴} (۵ تا ۸ سالگی)، مرحله اجتماعی^{۱۵} (۸ تا ۱۱ سالگی) و بالاخره مرحله عینی^{۱۶} (۱۱ سالگی تا بزرگسالی). عملکرد آزمودنی در این آزمون نشان می‌دهد که آیا اندیشه‌ها و قضاوت‌هایش

- 1- Leiter International Performance Scale
- 2- Kay Cognitive Diagnostic Test
- 3- conceptualization
- 4- Color-form preference
- 5- symbolic thinking
- 6- color-form representation
- 7- socialization of thinking
- 8- egocentricity of thought
- 9- visuo-motor perception
- 10- progressive figure drawing
- 11- psycho-motor rate
- 12- span of attention
- 13- pre-conceptual
- 14- egocentrism
- 15- social stage
- 16- concrete stage

پایایی این آزمون در نمونه‌های مورد مطالعه کی (۱۸) با روش بازآزمایی ۰/۸۲ (۰/۰۰۱ < p) گزارش شده است. همچنین این آزمون همبستگی معنی‌داری با خرده‌آزمون‌های طراحی با مکعب‌ها^۱، درک مطلب^۲ و رمزنویسی^۳ آزمون و کسلر بزرگسالان^۴ دارد که به ترتیب ۰/۳۳، ۰/۴۱، ۰/۳۶ (همگی < ۰/۰۰۱ p) گزارش شده است (۱۸). نعمت‌اله‌زاده ماهانی و محیط در ایران (۱۹) پایایی بازآزمایی خرده‌آزمون‌های رجحان شکل-رنگ، این‌همانی، بازنمایی شکل-رنگ، خودمحموری تفکر و ترسیم تصاویر را به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۵۳، ۰/۶۷، ۰/۷۰، ۰/۶۲ و پایایی با کمک فرم‌های همتا را در مورد خرده‌آزمون‌های فراخنای توجه و سرعت روانی- حرکتی به ترتیب ۰/۴۶ و ۰/۷۸ گزارش کردند.

روش مداخله‌ای شن‌بازی درمانی مشتمل بر ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) بود که به صورت انفرادی و گروهی در مورد هر یک از شرکت‌کنندگان اجرا شد. در پژوهش حاضر از سینی‌هایی به ابعاد ۷۰×۵۰ سانتی‌متر با عمق ۴ سانتی‌متر استفاده شد. دیواره‌ها و کف این جعبه به رنگ آبی و با شن پر شده بود. از عروسک‌ها و اسباب‌بازی‌های کوچک و وسایل مخصوص شن‌بازی شامل: بیلچه، ملاقه، الک، صدف دریایی، ستاره دریایی و... استفاده شد. در آغاز جلسه نخست، قوانین کلی اتاق بازی برای کودک برشمرده شد؛ محدودیت زمانی، ممنوعیت تخریب وسایل و نریختن و خارج نکردن شن‌ها به بیرون از محوطه شن. درمانگر با دو سینی خشک و تر و اسباب‌بازی‌ها، در اتاقی حضور داشت. کودک بعد از آشنایی اولیه با درمانگر و شرح این که به قصد بازی به این اتاق خواهد رفت، وارد اتاق می‌شد. درمانگر این دستورالعمل را بیان می‌کرد: ما در این جا دو سینی شن (یکی خشک و یکی تر) و تعدادی اسباب‌بازی داریم. من از تو می‌خواهم که با دقت به اسباب‌بازی‌ها نگاه کنی و به کمک آن‌ها در این سینی‌های شنی به بازی پردازی. تو ۴۵ دقیقه وقت داری (تا زمانی که زنگ کلاس خورده می‌شود) بازی کنی. از آن جا که گروه آزمایش پژوهش حاضر را کودکان آموزش‌پذیر دچار عقب‌ماندگی ذهنی تشکیل می‌دادند و احتمال آن می‌رفت که به‌ویژه در جلسه‌های اول ندانند که چگونه به فعالیت بپردازند، این‌طور برنامه‌ریزی شد که ۱۵ دقیقه اول،

خودمحمورانه و ذهنی است یا متکی بر جهت‌گیری اجتماعی و یا این که از حالت ذهنی و میان‌فردی به نسبت مستقل است. این آزمون در شرایط استاندارد ارزیابی و در حالی که آزمودنی پشت یک میز سه‌شیء - یک مداد، یک ساعت و یک کلید- روی میز سه‌شیء به ترتیب از دیدگاه آزمودنی از طرف چپ به راست چیده می‌شوند. هر شیء دیگری را نیز می‌توان به همین ترتیب جایگزین این سه شیء کرد. حین اجرای این آزمون، آزمونگر نباید هیچ نشانه و علامتی که به آزمودنی در تشخیص چپ و راست کمک کند (مثل حلقه، ساعت و...) به دست داشته باشد. در این آزمون، سه خرده‌آزمون که هر یک شامل یک‌سری سؤال است، به ترتیب زیر از آزمودنی پرسیده می‌شود: ۱) ممکن است دست چپتان را ببینم؟ (یا لطفاً دست چپتان را به من نشان دهید). دست راستتان را؟ پای چپتان را به من نشان دهید. حالا پای راستتان را؟ ۲) دست چپ من کدام یکی است؟ دست راستم کدام یکی است؟ پای چپ من کدام یکی است؟ پای راستم کدام یکی است؟ ۳) به این سه شیء که روی میز قرار دارند، نگاه کنید (با اشاره، به آزمودنی نشان داده می‌شوند): یک مداد، یک ساعت و یک کلید. به من بگویید ساعت (اشاره به ساعت) سمت چپ یا راست کلید (اشاره به کلید) است؟ ساعت چپ یا راست مداد است؟ مداد چپ یا راست کلید است؟ کلید چپ یا راست مداد است؟ مداد چپ یا راست ساعت است؟

بعد از شکست آزمودنی در نخستین خرده‌آزمون (جواب نادرست به دو یا بیش از دو سؤال هر خرده‌آزمون)، آزمون متوقف می‌شود. نمره آزمون خودمحموری تفکر در حقیقت نمره بالاترین خرده‌آزمونی است که آزمودنی در آن موفق بوده است. دامنه نمره‌ها در این آزمون از صفر تا ۳ نوسان دارد و هر یک از این نمره‌ها در چارچوب نظریه رشدی پیاژه بر مرحله رشدی خاصی دلالت دارند؛ نمره صفر (خرده‌آزمون یک ناموفق): پیش‌مفهومی؛ نمره یک (خرده‌آزمون یک موفق و خرده‌آزمون دوم ناموفق): تفکر خودمحمورانه؛ نمره دو (خرده‌آزمون یک و دو موفق، خرده‌آزمون سه ناموفق): تفکر اجتماعی؛ نمره سه (تمامی خرده‌آزمون‌ها موفق): تفکر عینی. نتایج حاصل از این ارزیابی در فرم ثبت نتایج آزمون خودمحموری تفکر درج می‌شود. کل زمان لازم برای انجام این آزمون بین سه تا پنج دقیقه است.

در مورد هر یک از کودکان گروه آزمایش ۱۲ جلسه (هر هفته یک جلسه) به همین ترتیب انجام و مشاهدات بالینی به صورت کامل و دقیق ثبت شد. همچنین در پایان هر جلسه، از تصاویری که کودک ساخته بود، عکس برداری شد. گفتنی است آموزش کلاسی خاص دانش‌آموزان استثنائی، در این دوره که مصادف با دوره آموزشی معمول آن‌ها در طول سال تحصیلی بود، به صورت مشترک توسط معلم کلاسی روی دو گروه آزمایش و کنترل انجام شد. از آنجا که این پژوهش در یک مدرسه دو نوبته اجرا شد، معلم و آموزش کلاسی دو گروه آزمایش و کنترل با همدیگر همسان بود. به این صورت که سعی شد گروه کنترل هم ساعات مشابهی را در کنار هم، اما بدون شن‌بازی درمانی بگذرانند و از سایر بازی‌ها و مشارکت‌های گروهی هر دو گروه آزمایش و کنترل به یک اندازه، در این مدت، بهره‌مند شدند. پس از پایان ۱۲ جلسه دوباره آزمون شناختی - تشخیصی کی (همانند پیش‌آزمون) توسط درمانگر روی هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS-16^۱ و به روش تحلیل کوواریانس^۲ تک متغیری انجام شد.

یافته‌ها

آزمون لوین با درجه آزادی ۱ و ۳۰ نشان‌دهنده همگنی واریانس‌ها بود ($p=0/97$). میانگین نمره شناخت اجتماعی در گروه آزمایش از ۰/۶۸ به ۰/۷۵ ($MD=1/07$)^۳ و در گروه کنترل از ۰/۵۰ به ۰/۵۶ ($MD=0/06$) افزایش یافته بود (جدول ۱).

میان نمره آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در آزمون تفکر اجتماعی در مرحله پس‌آزمون تفاوت وجود داشت (جدول ۲). با در نظر گرفتن مجذور اتا (۰/۸۰) این تغییرات ناشی از روش مداخله‌ای شن‌بازی درمانی است. توان آماری نیز ۱۰۰ بود.

درمانگر و کودک روی کفپوش روبروی هم بنشینند و بازی کنند. درمانگر در هر جلسه اهدافی را در نظر گرفته، آن‌ها را آموزش می‌داد. برای مثال آموزش‌ها شامل تشخیص سمت راست و چپ خود، تشخیص و تمیز سمت راست و چپ طرف مقابل، تشخیص سمت راست و چپ اجسام نسبت به همدیگر بود. همه اسباب‌بازی‌ها به کودک نشان‌داده شده، خصوصیات هر یک از اشیاء (برای مثال اسم، رنگ و...) از او پرسیده می‌شود. هر کجا کودک نتواند یا صحبت نکند یا توجه او به اطراف باشد، درمانگر او را راهنمایی کرده، به او می‌گوید از بین این اسباب‌بازی‌ها، اشیایی را به ترتیب علاقه انتخاب کند و در سینی جای دهد و اسباب‌بازی‌هایی را که دوست ندارد، آن طرف‌تر بگذارد. از کودک خواسته می‌شود کاربرد اشیاء را بگوید یا در مورد هر یک از اسباب‌بازی‌ها، یک جمله بگوید. در نهایت سینی به اختیار کودک و به صورت خودانگیز خلق می‌شود. در جلسه‌های بعدی بازی‌هایی چون بازی قایم‌موشک، بازی مازها و بازی خلق داستان در سینی شن توسط کودک و درمانگر انجام می‌شود. برای جلسه‌های گروهی، چهار کودک به اتاق بازی درمانی دعوت می‌شوند. این چهار کودک تکالیف جلسه‌های قبل را انجام داده‌اند و با نحوه بازی‌ها آشنا هستند. این بار نیز مجموعه جلسه‌های قبلی تکرار می‌شود، ولی این بار نقش درمانگر کم‌رنگ‌تر شده و سعی می‌شود از مشارکت هر چه بیشتر خود کودکان استفاده شود. بدین ترتیب کودکان خود، درگیر شده و بازی‌ها و داستان‌ها را می‌سازند و برای همدیگر تعریف می‌کنند. در جلسه‌های گروهی همچنین بر محدودیت‌ها نیز تأکید می‌شود، مانند ضایع نکردن حق یکدیگر و رعایت حقوق یکدیگر. سپس به کودک/کودکان گفته می‌شود: من این‌جا پشت میز نشسته‌ام و به کارهای خود می‌پردازم، هر سؤالی داشتید می‌توانید از من پرسید. آنگاه درمانگر به مشاهده طبیعی رفتار کودک/کودکان حین بازی و ثبت مشاهدات خود می‌پردازد.

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره شناخت اجتماعی به تفکیک مراحل و گروه‌ها

متغیر	گروه‌ها	مراحل	میانگین \pm انحراف معیار	کمترین	بیشترین
رشد شناخت اجتماعی	آزمایش	پیش‌آزمون	۰/۴۷ \pm ۰/۶۸	۰	۱
		پس‌آزمون	۰/۵۷ \pm ۱/۷۵	۱	۳
	کنترل	پیش‌آزمون	۰/۵۱ \pm ۰/۵۰	۰	۱
		پس‌آزمون	۰/۵۱ \pm ۰/۵۶	۰	۱

جدول ۲- تحلیل کوواریانس تأثیر شن‌بازی درمانی بر رشد شناخت اجتماعی در مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	درجه آزادی	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
پیش آزمون	۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱۰۰
عضویت گروهی	۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱۰۰

بحث

در پژوهش حاضر تأثیر روش مداخله‌ای شن‌بازی درمانی بر رشد شناخت اجتماعی کودکان آموزش‌پذیر دچار عقب‌ماندگی ذهنی مورد بررسی قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد میان میانگین‌های تعدیل شده پس‌آزمون در رشد شناخت اجتماعی دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد و شن‌بازی بر رشد شناخت اجتماعی کودکان آموزش‌پذیر دچار عقب‌ماندگی ذهنی مؤثر است. این یافته‌ها با دیگر پژوهش‌ها (۵) همسو است که نشان دادند آموزش گروهی برای افراد دچار عقب‌ماندگی ذهنی فرصتی فراهم می‌آورد که مهارت‌های اجتماعی چون رعایت نوبت، کار گروهی، پیروی از مقررات و خویشتن‌داری (که خود جزیی از تفکر و شناخت اجتماعی هستند) را بیاموزند (۵). لسو^۱ و همکاران از شن‌بازی برای تهیج و تحریک بازی خلاق و نمادین در کودکان اوتیسم استفاده کردند و طی ده جلسه (هر هفته، یک جلسه) به این نتیجه رسیدند که شن‌بازی می‌تواند بیان کلامی و تعاملات اجتماعی کودکان با اختلال طیف اوتیسم را افزایش دهد (۲۰). همچنین آنستینس دوتیر^۲ از شن‌بازی و قصه‌گویی جهت افزایش یادگیری و رشد عاطفی-رفتاری کودکان در یکی از مدارس ابتدایی ایسلند استفاده نمود و آن را اثربخش یافت (۲۱). کستلی^۳ نیز از محوطه‌های شنی با حضور ۳۰ دانش‌آموز در پایه‌های سوم تا پنجم از مدارس ابتدایی مختلف استفاده نمود. کودکان حداقل در ۶ و حداکثر در ۱۲ جلسه حضور داشتند و به‌طور میانگین در ۱۰ جلسه شرکت کردند. کستلی برای ارزیابی تغییرات رفتاری کودکان، از سیستم ارزشیابی رفتاری استفاده کرد و یافته‌ها نشان داد دانش‌آموزان در بیان مشکلات و مهارت‌های سازشی رشد داشتند (۲۲). در تبیین می‌توان گفت که انسان موجودی اجتماعی است و به تعامل با دیگران نیاز دارد. کودکان عادی و دچار عقب‌ماندگی ذهنی در هنگام بازی گروهی و معاشرت با دیگران اطلاعات بسیاری به‌دست می‌آورند، سپس آن‌ها را دسته‌بندی و منسجم نموده و بخش‌های مهم و مفید آن را به حافظه می‌سپارند. در نهایت برای داوری و قضاوت درباره

دیگران این اطلاعات ذخیره شده را با هم ترکیب نموده و به شناختی درست از دنیای اطراف دست می‌یابند. از آن‌جا که بازی و مداخله‌های گروهی باعث به‌وجود آمدن مهارت‌های اجتماعی در کودکان دچار عقب‌ماندگی ذهنی می‌شود، به احتمال زیاد می‌تواند موجب افزایش رشد شناخت اجتماعی آن‌ها شود، به‌طوری که هنگام شن‌بازی درمانی به‌صورت گروهی به اطلاعات موجود توجه نموده، آن‌ها را ذخیره و پردازش کرده، در مواقع لزوم به‌یاد آورند (۲۳). همچنین شن‌بازی درمانی نوعی تکنیک روان‌درمان‌گرانه به‌شمار می‌رود که در آن فرد می‌تواند اشکال مینیاتوری را در یک جعبه شنی به‌گونه‌ای بچیند که دنیایی مطابق با ابعاد مختلف واقعیت اجتماعی خود خلق نماید و طی این فرایند به سه مقوله ادراک اجتماعی، قضاوت اجتماعی و حافظه اجتماعی که زیرمجموعه شناخت اجتماعی هستند، دست یابد. بازی‌های گروهی، گروه‌درمانی و از جمله انجام شن‌بازی به‌صورت گروهی باعث می‌شود ارتباط با یکدیگر در میان اعضای گروه تجربه شود و در نتیجه بر روابط میان‌فردی افراد و افزایش اعتماد به نفس و احساس تعلق گروهی مؤثر است (۲۳). همچنین مشاوران مدارس با استفاده از تکنیک سینی شن و ماسه می‌توانند به کودکان مبتلا به مشکلات عاطفی و رفتاری کمک کنند (۲۴). شن‌بازی درمانی یک روش مداخله‌ای است که می‌تواند به کسانی کمک کند که مشکلات اضطرابی یا مشکل در بیان خود و ابراز وجود دارند (۲۳).

اگرچه در پژوهش حاضر با هدف کنترل سوگیری‌های احتمالی، نمونه‌گیری و گمارش دانش‌آموزان در دو گروه آزمایش و کنترل به‌صورت تصادفی صورت گرفت و با استفاده از یک مدرسه دو شیفته، سعی شد هر دو گروه آزمایش و کنترل محیط آموزشی و بازی یکسانی داشته باشند، محدودیت‌هایی نیز وجود داشت: یافته‌های پژوهش حاضر تنها به محدوده سنی پیش‌دستانی تا سوم دبستان (از ۷-۱۴ سال) افراد آموزش‌پذیر دچار عقب‌ماندگی ذهنی قابل تعمیم است. این پژوهش در یک منطقه آموزش و پرورش و

1- Leu
2- Unnesteinsdotir
3- Kestly

منابع

1. Shea SE. Mental retardation in children ages 6 to 16. *Semin Pediatr Neurol*. 2006; 13(4):262-70.
2. Rezaiyan A, Mohammadi E, Fallah P. Effect of computer game intervention on the attention capacity of mentally retarded children. *Int J Nurs Pract*. 2007; 13(5):248-88.
3. Soenen S. Patterns of intellectual, adaptive and behavioral functioning in individuals with mild mental retardation. *Res Dev Disabil*. 2009; 30(3):433-44.
4. Encyclopedia of Children's Health. Exceptional children definition, *Encyclopedia of Children's Health: Infancy through Adolescence - E-F* [Internet]. [undated; 2011 May 14th]. Available from: URL: www.healthofchildren.com
5. Demirel M. Primary school curriculum for educable mentally retarded children: A Turkish case. *US-China Edu Rev*. 2010; 7(3):79-91.
6. Nesai Moghaddam B. Effect of sandplay therapy on cognitive development of educable mentally disable children [dissertation]. [Isfahan]: University College Isfahan; 2011. 161p. [Persian]
7. Reddy L. The Recovery Of Cognitive And Social Cognitive Functioning In Response To Social Cognition Interaction Training Administered In Community Settings: A longitudinal study. Nebraska: Lincoln; 2011.
8. Newen A, Vogeley K, Zinck A. Social cognition, emotion and self-consciousness: A preface. *Conscious Cogn*. 2008; 17(2):409-10.
9. Cebula K, Wishart J. Social cognition in children with down syndrome. *Int Rev Res Ment Retard*. 2008; 35: 43-76.
10. Malekpoor M. Play therapy. Isfahan: University of Isfahan, Faculty of Educational Sciences and Psychology Department of Psycholog; 2011. [Persian].
11. Russo M, Vernam J, Wolbert A. Sandplay and storytelling: Social constructivism and cognitive development in child counseling. *Arts Psychotherap*. 2006; 33(3):229-37.
12. Dale M, Wagner W. Sand play: An investigation into a child's meaning system via the self-confrontation method for children. *J Constr Psychol*. 2003; 16(1):17-36.
13. Berger R, McLeod J. Incorporating nature into therapy: A framework for practice. *J System Therap*. 2006; 25(2): 80-94.

روی ۳۲ نفر از کودکان آموزش‌پذیر دچار عقب‌ماندگی ذهنی انجام شد. بنابراین با توجه به محدود بودن حجم نمونه، لازم است در تعمیم دادن یافته‌ها به گروه‌های دیگر، جانب احتیاط رعایت شود. همچنین تکمیل‌کننده پرسشنامه و درمانگر، هر دو یکی بودند. بنابراین لازم است در پژوهش‌های آتی اثر چنین سوگیری‌هایی خنثی شود. از دیگر محدودیت‌ها بررسی نشدن اثر طولانی‌مدت مداخله درمانی بود و تنها اثر کوتاه‌مدت این روش ارزیابی شد. عدم دستیابی به منابع بیشتر درباره تأثیر شن‌بازی درمانی بر رشد شناخت اجتماعی نیز از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

پیشنهاد می‌شود با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، در مؤسسه‌های درمانی و مدارس ابتدایی برای کمک به کودکان آموزش‌پذیر دچار عقب‌ماندگی ذهنی از شن‌بازی استفاده شود و وسایلی به‌عنوان جعبه ابزار کمک آموزشی (که شامل لوازم مورد استفاده در جلسه‌های مداخله‌ای و آموزشی شن‌بازی است) در اختیار مربیان و درمانگران قرار گیرد. استفاده از این روش برای افزایش رشد شناخت اجتماعی کودکان عادی و سایر گروه‌ها نیازمند پژوهش‌های آتی است. بازی از جمله شن‌بازی می‌تواند بر جنبه‌های مختلف رشد کودک به‌گونه‌ای مثبت اثر بگذارد، بنابراین بازی کودک با شن به‌خودی‌خود درمانگرانه است، زیرا کودک از طریق محوطه شنی می‌تواند به جای رفتارها، افکار و احساسات غیرقابل پذیرش، رفتارها، افکار و احساسات قابل پذیرش از خود بروز دهد (۲۳). با انجام شن‌بازی به‌صورت گروهی، کودک با سایر دوستان خود بازی می‌کند، با قوانین و قواعد بازی آشنا می‌شود و با دیگران به روابط متقابل می‌پردازد و از این طریق دامنه دوستی‌های خود را گسترش می‌دهد و زندگی اجتماعی را یاد می‌گیرد و بنابراین شناخت و تفکر اجتماعی او رشد می‌کند.

سپاسگزاری

از مسئولان محترم آموزش و پرورش استثنایی استان اصفهان، مدیران محترم و همچنین کادر آموزشی مدارس شهیدان نوری ۱ و ۲ تشکر می‌شود. [این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد نویسنده اول است].

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

14. Boik BL, Goodwin EA. Sand play therapy: A step-by-step manual for psychotherapists of diverse orientations. New York: WW Norton; 2000.
15. Pearson M. Sand play and Symbol Work: Emotional healing with children, adolescents and adults. Melbourne: Australian Council for Educational Research; 2000.
16. Zolmajd A, Brjly A, Arian K. Effect of sand play therapy on aggressive behavior in boys. *Res Except Child*. 2007; 7(2):155-68. [Persian]
17. Abdollahi Bqrabady Q, Sharifi Daramadi P, Dowlatabadi S. Effect of sand play therapy on reducing aggression male students who are deaf. *Psychol Stud*. 2010; 1(21):111-34. [Persian]
18. Nemat Allah Zadeh Mahani K. Kay cognitive diagnostic test. Tehran: Azmoon Saz Publication; 1992. [Persian]
19. Nemat Allah Zadeh Mahani K, Mohit A. The efficiency of Kays cognitive-diagnostic battery in Iranian population: A comparison of normal adults, normal children, mentally retarded individuals, and schizophrenic patients. *Psychol Res*. 1996; 3(3&4): 3-23. [Persian]
20. Lu L, Petersen F, Lacroix L. Stimulating creative play in children with autism through sand play. *Arts Psychotherap*. 2010; 37(1):56-64.
21. Unnesteinsdotir K. The influence of sand play and imaginative storytelling on childrens learning and emotional behavioral development in an Icelandic primary school. *Arts Psychotherap*. 2012; 39(4):328-32.
22. Nelson_Ray P. Using sand tray with at-risk students to impact school success [dissertation]. [Texas]: Texas University; 2007. 220p.
23. Jang M, Kim Y. The effect of group sand play therapy on the social anxiety, loneliness and self-expression of migrant women in south Korea. *Arts Psychotherap*. 2012; 39(1):38-41.
24. Richards S, Pillay J, Fritz E. The use of sand tray techniques by school counselors to assist children with emotional and behavioral problems. *Arts in Psychotherap*. 2012; 39(5):367-73.

Original Article

The Effect of Sandplay Therapy on Social Cognition Development
in Educable Mentally Retarded Children

Abstract

Objectives: The present research was conducted to study the effect of sandplay therapy on social cognition development of educable mentally retarded children. **Method:** The present study was a pretest-posttest with control group. To measure the dependent variable social cognition, Kay Cognitive Diagnostic Test (KCDT) was used in both pretest and posttest sections. The sample was selected randomly in which included 16 people in experimental group (8 girls and 8 boys) and 16 in control group (8 girls and 8 boys). Then during 12 sessions sandplay therapy employed on experimental group and finally the posttest was administered to both experimental and control groups. The data were analyzed using univariate analysis of covariance. **Results:** The mean score of cognition development in experimental group was 1.07 and in control group it increased 0.06. There was a difference between the posttest mean scores of experimental and control groups in social cognition development ($p < 0.001$). **Conclusion:** Sandplay therapy can increase social cognition development of educable mentally retarded children.

Key words: sandplay therapy; social cognition; educable mentally retarded children

[Received: 14 January 2013; Accepted: 20 October 2013]

Bayan Nesai Moghadam*, Mokhtar Malekpour^a, Ahmad Abedi^a

* Corresponding author: Department of Psychology of Exceptional Children, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Fax: +98311-6688302

E-mail: bayannesai@yahoo.com

^a University of Isfahan, Isfahan, Iran.