

مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و بازی درمانی شناختی - رفتاری بر

شناخت اجتماعی (سازگاری اجتماعی و پذیرش اجتماعی) کودکان بیش فعال

1. فرشته حسنی، 2. احمد علیپور*، 3. مجید صفاری نیا، 4. علی رضا آقا یوسفی

1. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. 2. استاد روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. 3. استاد روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. 4. دانشیار روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

(تاریخ وصول: 1399/06/11 - تاریخ پذیرش: 1399/12/23)

Comparison of the Effectiveness of Teaching Social Skills and Cognitive-Behavioral Play Therapy on Social Condition of Hyperactive Children

1. Fereshteh Hassani, 2. Ahmad Alipour*, 3. Majid Saffarinia, 4. Ali Reza Agha Yousefi

1. PhD student in Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. 2. Professor of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. 3. Professor of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. 4. Associate Professor of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

(Received: Sep. 10, 2020 - Accepted: Mar. 14, 2021)

Abstract

Objective: The aim of this study was to compare the effectiveness of social skills training and cognitive-behavioral play therapy on Social Cognition (social adjustment and social acceptance) of hyperactive children. **Method:** The research method was quasi-experimental with pre-test, post-test and follow-up with the control group. The statistical population of the present study was all inactive preschool children in Tehran who were studying in preschool centers of this city in the academic year 2020-2021. For this purpose, 75 inactive children were selected by purposive sampling from among the inactive preschool children referred to Baharestan area school and were randomly divided into two experimental groups and one control group (25 people in each group). The first experimental group of social skills training and the second experimental group of cognitive-behavioral play therapy will be intervened. The instruments used in this study were Conner's Parents Rating scale, Child Adjustment Scale and Social Acceptance Questionnaire. **Results:** The data obtained using analysis of covariance showed that both social skills training methods and cognitive-behavioral play therapy had an effect on social adjustment and social acceptance of hyperactive children and the effect of cognitive-behavioral play therapy treatment on increasing children's adjustment and acceptance was more than skills training treatment. It has been social. **Conclusion:** It seems that social skills training and cognitive-behavioral play therapy are both effective in the development of social cognition in hyperactive children and can be used in clinical interventions.

Keywords: social cognition, social adjustment, social acceptance, social skills training, cognitive-behavioral play therapy and inactive children.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر، با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و بازی درمانی شناختی-رفتاری بر شناخت اجتماعی (سازگاری اجتماعی و پذیرش اجتماعی) کودکان بیش فعال انجام شد. روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمامی کودکان بیش فعال پیش‌دبستانی شهر تهران بود که در سال تحصیلی 1399-1400 در مراکز پیش‌دبستانی این شهرستان مشغول تحصیل بودند. بدین منظور، 75 کودک بیش فعال به روش نمونه‌گیری هدفمند از بین کودکان بیش فعال پیش‌دبستانی منطقه بهارستان تهران انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه 25 نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایش اول آموزش مهارت‌های اجتماعی و گروه آزمایش دوم بازی درمانی شناختی-رفتاری مورد مداخله قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه کانرز والدین، مقیاس سازگاری کودکان و پرسشنامه پذیرش اجتماعی بود. یافته‌ها: داده‌های به دست آمده، با استفاده از تحلیل کوواریانس نشان داد که هر دو روش آموزش مهارت‌های اجتماعی و بازی درمانی شناختی-رفتاری بر سازگاری اجتماعی و پذیرش اجتماعی کودکان بیش فعال اثرگذار بوده است و تأثیر درمان بازی درمانی شناختی-رفتاری در افزایش سازگاری و پذیرش کودکان، بیشتر از درمان آموزش مهارت‌های اجتماعی بوده است. نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد آموزش مهارت‌های اجتماعی و بازی درمانی شناختی-رفتاری، هر دو در تحول شناخت اجتماعی کودکان بیش فعال مؤثر هستند و می‌توان از آن‌ها در مداخلات بالینی استفاده نمود.

واژگان کلیدی: شناخت اجتماعی، سازگاری اجتماعی، پذیرش اجتماعی، آموزش مهارت‌های اجتماعی، بازی درمانی شناختی-رفتاری، کودکان بیش فعال.

*Corresponding Author: Ahmad Alipour
Email: alipor@pnu.ac.ir

*نویسنده مسئول: احمد علیپور

مقدمه

کودکان بیش‌فعال، مشکلات زیادی از قبیل نداشتن تمرکز و توجه، تحریک‌پذیری بالا، حواس‌پرتی، پرخاشگری، ناتوانی در کنترل استرس، احساس بی‌قراری و بی‌حوصلگی، مشکلات تحصیلی و سلوک و مشکلات مربوط به سازگاری اجتماعی¹⁰ دارند (ندکر¹¹، میوز¹²، ریمرز¹³ و ول¹⁴، 2019). از آن جا که کودکان بیش‌فعال در برخی موارد از کودکان پرخاشگر بیشتر مورد تنفر هم‌سالان هستند، رشد و بهبود سازگاری اجتماعی در زندگی این کودکان دارای اهمیت بسیار زیادی است (شلانی، کرمی و مؤمنی، 1395). سازگاری اجتماعی به معنای سازگاری فرد با محیط اجتماعی خودش می‌باشد که این سازگاری ممکن است با تغییر دادن خود یا محیط ایجاد شود (کوران¹⁵، 2018) و به رابطه متعادل بین شخص و محیط اشاره دارد، به این طریق که فرد نیازهای خود را مطابق با خواسته‌های اجتماعی ارضا کند (مناگا¹⁶ و چاندراسکاران¹⁷، 2015). براساس رویکرد یادگیری، سازگاری مجموعه‌ای از رفتارهای آموخته شده است و ناسازگاری زمانی به وجود می‌آید که فرد مهارت‌های لازم برای تطابق با مشکلات روزمره زندگی را یاد نگرفته باشد. به طور کلی، فرآیندهای یادگیری در بروز پاسخ‌های سازگارانه یا ناسازگارانه نقش اساسی دارد و افراد، برای سازگاری مطلوب باید مهارت‌های اجتماعی

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی¹ (ADHD)، به عنوان اختلال عصب تحولی شناخته می‌شود و مشخصه اصلی آن تکانشگری، بیش‌فعالی و نقص توجه است (مهر-جنسن²، استین-جنسن³، بانگ-شانک⁴ و ینگواد⁵، 2019). بیشتر علائم نارسایی توجه/بیش‌فعالی قبل از هفت سالگی بروز می‌کند، هر چند در برخی موارد علائم آن در سنین بالاتر نیز می‌تواند آشکار شود (نواب، دهقانی و کرباسی، 1398). این بیماری 33 درصد از مراجعان به مراکز کاردرمانی ذهنی ایران را به خود اختصاص داده و بیش از 50 درصد از مراجعین به درمانگاه‌های روانپزشکی کودکان را تشکیل می‌دهند. مطالعات انجام شده شیوع این اختلال را 3 تا 6 درصد نشان می‌دهند (کوچک‌زاده طالبی، نمازی و زرکش، 1394). تقریباً 73 درصد کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، دست کم یک اختلال دیگر و 67 درصد بیش از دو اختلال دیگر را به صورت همبود دارند (وو⁶ و گاو⁷، 2013). از بین این اختلال‌ها، اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای 32 درصد، اختلال‌های خلقی 29 درصد، اختلال‌های اضطرابی 15 درصد، اختلال‌ها یادگیری 110 درصد و اختلال‌های درماندگی 5 درصد دارای بیشترین میزان همبودی هستند (پترسون⁸ و پوسن⁹، 2012).

1. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHA)
2. Mohr-Jensen
3. Steen-Jensen
4. Bang-Schnack
5. Thingvad
6. Wu
7. Gau
8. Petersen
9. Posne

10. Social Adjustment
11. Neudecker
12. Mewes
13. Reimers
14. Woll
15. Curran
16. Managa
17. Chandrasekaran

دهند، خود را با موقعیت‌های گوناگون وفق می‌دهند. اما افرادی که ناتوانی‌های رشدی دارند، در طیف گسترده‌ای از رفتارهای اجتماعی با کاستی مواجه می‌شوند (قرایی و فتح‌آبادی، 1392). این افراد با چالش‌های اجتماعی منحصر به فردی در زمینه‌های تحصیلی، محیط کار، اشتغال و اجتماع روبه‌رو هستند. بنابراین، آموزش مهارت‌های اجتماعی برای افراد دچار اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در فراخوانی زندگی ضروری است (دی ماته او¹²، آرتر¹³، سورن-پاریس¹⁴، فاسنا¹⁵ و پانیهاموس¹⁶، 2012). برخی از کودکان یاد می‌گیرند، ماهرانه بر مهارت‌های اجتماعی تسلط پیدا کنند، در حالی که مهارت‌های برخی دیگر در تعامل مؤثر با دیگران، برای موفقیت در دنیای اجتماعی کفایت نمی‌کند. آگاهی در مورد شرایط زندگی کودکان می‌تواند در فهم سطح مهارت‌های اجتماعی افراد مهم باشد (واگلا¹⁷، 2015). در پژوهش حبیبی کلیبر، فرید، مصرآبادی و بهادری خسروشاهی (1398) نشان دادند که آموزش مهارت‌های اجتماعی و هیجانی بر روابط بین فردی دانش‌آموزان تأثیر دارد و باعث کاهش مشکلات بین فردی در دانش‌آموزان می‌گردد. قدیری، عالی و آقامحمدیان شعرباف (1398) نشان دادند که آموزش مهارت‌های اجتماعی-هیجانی موجب کاهش معنی‌دار رفتارهای ناسازگارانه در گروه آزمایش شده است. پژوهش صبحی قراملکی، پورعبدل و سجادپور (1397) این نتیجه را نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌تواند در افزایش رفتارهای سازگار و

لازم را فراگیرند (فیرس¹ و ترال²، 2002، ترجمه فیروزبخت، 1388).

از سوی دیگر پذیرش توسط همسالان نقش مهمی در رشد شخصیت اجتماعی کودک دارد و کودکانی که موفق به کسب پذیرش همسالان³ نمی‌گردند و از سوی آن‌ها طرد می‌شوند با مشکلات زیادی از جمله عملکرد تحصیلی ضعیف، فرار از مدرسه، ترک تحصیل، رفتار ضداجتماعی و بزهکاری در نوجوانی و مجرمیت در اوایل بزرگسالی مواجه می‌شوند (حسن‌زاده کلاته، 1390). از این رو، پذیرش اجتماعی⁴ یکی دیگر از متغیرهایی است که در این پژوهش در رابطه با کودکان بیش‌فعال مورد بررسی قرار گرفته است. پذیرش اجتماعی به پاسخ‌هایی اشاره دارد که افراد دوست دارند، براساس هنجارهای فرهنگی در اجتماع موردپسند واقع شده و مطلوبیت اجتماعی کسب کنند (ساربسکو⁵، کاستی⁶ و روسو⁷، 2012). کودکانی که مورد پذیرش قرار می‌گیرند، موفقیت تحصیلی و حرمت خود بالاتری دارند (کارانجا⁸، 2016). اما کودکانی که پذیرش از سوی همسالان دریافت نمی‌کنند، مشکلات روانشناختی و تأخیر در رشد شناختی و اجتماعی دارند و از حرمت خود کمتری برخوردارند (آنتونوپولو⁹، کابدمنو¹⁰ و کوواوا¹¹، 2019).

افراد سالم به دلیل این که می‌توانند نشانه‌های اجتماعی را شناسایی کنند و به آن‌ها پاسخ مناسبی

-
1. Phares
 2. Trull
 3. accept peers
 4. social acceptance
 5. Sarbescu
 6. Costea
 7. Rusu
 8. Karanja
 9. Antonopoulou
 10. Chaidemenou
 11. Kouva

-
12. DeMatteo
 13. Arter
 14. Sworen-Parise
 15. Faseiana
 16. Paniamus
 17. Vaghela

توجه قرار گرفته است (فیض‌اللهی، صادقی و رضایی، 1399). در بازی درمانی از رویکردهای مختلفی استفاده می‌شود که یکی از آنها، بازی درمانی شناختی-رفتاری⁸ است که در این رویکرد، فنون سنتی بازی درمانی را با فنون رفتاری-شناختی ترکیب کرده است. این مداخلات تأکید زیادی بر درگیری کودک در درمان دارند و درمانگر با ارائه اقدامات لازم از نظر رشدی به کودک کمک می‌کند تا از درمان بهره‌مند شود (اسپرینگر⁹، میسورل¹⁰ و هیلر¹¹، 2012). نتایج پژوهش هیدایت¹²، پرابوو¹³، کاهاوولان¹⁴ و فیتریانی¹⁵ (2016) حاکی از تأثیر بازی درمانی و انواع آن بر بهبود مشکلات رفتاری و رفتارهای اجتماعی از جمله سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال رفتاری بود. نتایج پژوهش صنعتگر و اسماعیلی (1399) حاکی از تأثیر آموزش بازی درمانی گروهی بر پذیرش اجتماعی و امید به زندگی و پایداری این تأثیر در مرحله پیگیری بود. سعدی‌پور، درتاج و حجتی (1398) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که بازی درمانی شناختی رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی و سازگاری دانش‌آموزان کم توان ذهنی تأثیر دارد. ولی نقندر و هاشمیان‌نژاد (1398) نشان دادند که بازی درمانی گروهی باعث کاهش رفتارهای تکانشی و افزایش سازگاری اجتماعی و بهزیستی روانی دانش‌آموزان پیش دبستانی شده است. بریمانی، اسدی و خواجوند (1397)، به این نتیجه رسیدند که بازی درمانی موجب بهبود معنی‌دار میانگین نمرات

ایجاد همدلی تأثیر مهمی داشته باشد. نتایج پژوهش شیشه‌فر، عطاریان، کارگربرزی، درویش نارنج بن و محمدلو (1396) نشان دادند که هر دو مداخله مهارت‌های شناختی اجتماعی و بازی درمانی شناختی-رفتاری موجب تحول مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی در دو گروه آزمایش شد. برقی ایرانی، وفاپور، مرادی چقا مارانی، بگیان کوله مرز و رجبی (1396)، در پژوهشی نشان دادند که آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی بر سازگاری اجتماعی، هیجانی، تحصیلی و عملکرد ریاضی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ریاضی مؤثر بوده است. فتح‌اله‌زاده، باقری، رستمی و دربانی (1395) نشان دادند که آموزش مهارت‌های اجتماعی بر سازگاری اثر داشته و میزان خودکارآمدی را نیز به طور معنی‌داری افزایش داده است و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار بود. راتکلیف¹، ونگ²، دوستور³ و هایز⁴ (2014) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که آموزش مهارت‌های اجتماعی-هیجانی باعث افزایش مهارت‌های هیجانی-عاطفی و افزایش صلاحیت‌های اجتماعی و در کل بهبود روابط بین‌فردی افراد می‌شود. ریچاو⁵، استینر⁶ و والکمر⁷ (2012)، در پژوهشی نشان دادند که آموزش مهارت‌های اجتماعی باعث بهبود کفایت اجتماعی، اعتماد به نفس و کیفیت دوستی در بین آزمودنی‌ها در این پژوهش‌ها شده است.

بازی درمانی رویکرد دیگری است که در درمان کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مورد

8. Cognitive-Behavioral Play Therapy (CBPT)

9. Springer

10. Misurell

11. Hiller

12. Hidayat

13. Prabowo

14. Cahyawulan

15. Fitriyani

1. Ratcliffe

2. Wong

3. Dossetor

4. Hayes

5. Reichow

6. Steiner

7. Volkmar

اجتماعی و پذیرش اجتماعی) کودکان بیش فعال تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (دو ماهه) همراه با گروه گواه و با استفاده از جایگزینی تصادفی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه است. به گروه اول آموزش مهارت‌های اجتماعی و به گروه دوم بازی درمانی شناختی-رفتاری ارائه شد و گروه سوم گروه گواه است که هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. جامعه آماری پژوهش حاضر، تمامی کودکان بیش فعال پیش‌دبستانی شهر تهران بود که در سال تحصیلی 1399-1400 در مراکز پیش‌دبستانی این شهرستان مشغول تحصیل بودند. براساس نظر دلاور (1385)، برای انجام پژوهش‌های آزمایشی، به ازای هر گروه حداقل 15 نفر در نظر گرفته می‌شود که در این پژوهش برای اطمینان از حجم نمونه و کاهش خطاهای احتمالی، حجم نمونه برای هر گروه 25 نفر لحاظ شد. در نتیجه برای انتخاب نمونه از اعضای جامعه، 75 نفر از دانش‌آموزان منطقه بهارستان تهران انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه از میان اعضای جامعه، 75 نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند، از بین دانش‌آموزانی که نمره بالاتر از 72 در مقیاس کانرز به دست آوردند، انتخاب شدند. بعد از آن، در دو مرحله به صورت تصادفی آزمودنی‌های به گروه‌ها اختصاص یافتند. لازم به ذکر است که اجرای مداخله‌ها به عهده معلمان یا مشاورانی بود که برای این کار آموزش دیده بودند و دارای مدرک تخصصی در زمینه بازی درمانی شناختی رفتاری و آموزش مهارت‌های اجتماعی بودند. هم‌چنین، مراحل انجام پژوهش در برنامه شاد اجرا شد، زیرا به علت شیوع کرونا امکان برگزاری جلسات

مهارت‌های ارتباطی و سازگاری اجتماعی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. لوسانی، کرامتی و کدیور (1397)، دریافتند که بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر سازگاری اجتماعی و سازگاری تحصیلی دانش‌آموزان با اختلال خواندن در سطح معنی‌داری تأثیر دارد. حسین خانزاده، قلی‌زاده، طاهر، حیدری و مبشری (1397) در پژوهشی دریافتند که بازی درمانی گروهی بر بهبود روابط بین فردی و افزایش پذیرش اجتماعی دانش‌آموزان با آسیب شنوایی تأثیر دارد.

با نگاهی در پژوهش‌های پیشین به نظر می‌رسد، آموزش مهارت‌های اجتماعی و بازی درمانی شناختی-رفتاری می‌تواند گزینه‌های مداخله‌ای مناسبی برای درمان مشکلات مختلف در دوره کودکی برای کودکان بیش‌فعال باشد؛ اما با نگاهی به مطالعات موجود و پژوهش‌هایی که به آن‌ها اشاره شد، می‌توان دریافت که به بررسی اثربخشی این دو مداخله بر سازگاری اجتماعی و پذیرش اجتماعی بر کودکان بیش‌فعال به طور خاص و به طور همزمان پرداخته نشده است و وجود این خلأ احساس می‌شود. در همین راستا، آموزش مهارت‌های اجتماعی و بازی درمانی شناختی-رفتاری می‌تواند مداخله‌های مؤثری برای ارتباط با کودک بیش‌فعال باشد و به واسطه این مداخله‌ها می‌توان امیدوار بود که با استفاده بهینه از تمام حواس کودک هم با دنیای درونی او ارتباط مؤثرتری برقرار کند و هم او را در راستای بهبود مهارت‌های متعدد ارتباطی و اجتماعی یاری رساند. لذا، پژوهشگر با در نظر گرفتن چنین مسئله‌ای به بررسی این موضوع می‌پردازد که آیا بین آموزش مهارت‌های اجتماعی و بازی درمانی شناختی-رفتاری بر شناخت اجتماعی (سازگاری

کانرز حدود 15 تا 20 دقیقه زمان لازم است و در یک طیف چهار درجه‌ای لیکرت از اصلاً (0) تا بسیار زیاد (3) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین 0 تا 144 قرار دارد. این مقیاس اعتبار و روایی مناسبی دارد، به طوری که کانرز (1973)، پایایی بازآزمایی آن را 0/70 تا 0/90 برآورد کرده است. شهنائیان، شهیم، بشاش و یوسفی (1386)، هنجاریایی و پایایی فرم والدین مقیاس درجه‌بندی کانرز را برای کودکان 6 تا 11 سال انجام دادند. آلفای کرونباخ برای نمره کل معادل 0/73 و از 0/41 برای خرده‌مقیاس مشکلات اجتماعی تا 0/76 برای خرده‌مقیاس مشکلات سلوک متغیر است. در پژوهش حاضر، برای بررسی پایایی این ابزار از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن 0/71 به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب این ابزار در نمونه پژوهشی است. در پژوهش حاضر، برای تعیین روایی این ابزار با استفاده از محاسبه همبستگی پیرسون یک سؤال که به نظر می‌رسید معرف کل سؤال‌های مقیاس است، با نمره کل آزمون استفاده گردید که مقدار آن برای مقیاس درجه‌بندی کانرز والدین 0/66 به دست آمد که در سطح $p < 0/001$ معنی‌دار می‌باشد و نشان‌دهنده روایی مطلوب این مقیاس می‌باشد.

مقیاس سازگاری کودکان: این مقیاس توسط دخانچی در سال 1377 به منظور سنجش سطح سازگاری اجتماعی کودکان ساخته شده است. این مقیاس دارای 37 سؤال در یک طیف چهار درجه‌ای لیکرت از هیچ وقت (0) تا بیشتر اوقات (4) نمره‌گذاری می‌شود که توسط مادر یا معلم کودک که با وضعیت رفتاری کودک هماهنگی بیشتری دارند، تکمیل می‌شود. این مقیاس سطح سازگاری کودک را در پنج سطح خیلی پایین با نمره کمتر از 52، پایین با نمره 52 تا 65، متوسط با نمره بین 65 تا 77، بالا با نمره بین 77 تا 90 و بسیار بالا با نمره 90 تا 100 تقسیم شده است.

به صورت حضوری امکان‌پذیر نبود. نحوه اجرا نیز بدین صورت بود که مداخله‌گر با توضیح تمرینات در برنامه برای والدین، از آن‌ها می‌خواست تا تمرینات را در خانه با فرزندان خود اجرا نمایند. ملاک‌های ورود شامل عدم معلولیت مانند نابینایی یا ناشنوایی، نبود بیماری‌های روانشناختی دیگر و عدم مصرف دارو و ملاک‌های خروج شامل عدم حضور در جلسات مداخله بیش از دو بار، عدم تمایل به ادامه کار و ابتلا به سایر اختلالات جسمی و روانی که مانع حضور فرد در مداخله شود، بود.

ابزار پژوهش

مقیاس درجه‌بندی کانرز والدین¹ (CPRS): نسخه اولیه مقیاس درجه‌بندی کانرز، به شکل یک چک لیست طراحی شده است (کانرز²، 1970). به منظور گردآوری گزارش‌های والدین از مشکلات عمده کودکانی که به مراکز روان‌پزشکی مراجعه می‌کردند، از این چک لیست استفاده شد. سپس از این چک لیست یک مقیاس 93 گویه‌ای استخراج شد که 8 حیطه از مشکلات رفتاری را بررسی می‌کرد. مقیاس درجه‌بندی والدین کانرز را دوباره گویت³، کانرز و اولریچ⁴ (1978)، هنجاریایی کردند و یک مقیاس 48 گویه‌ای از آن استخراج شده است. این مقیاس ابزاری مناسب برای غربالگری و ارزیابی پیامدهای درمان‌های دارویی است. برای کودکان سنین 3-17 سال قابل استفاده بوده و به بررسی رفتار کودک در 6 حیطه مشکلات سلوک، روان‌تنی، مشکلات یادگیری، تکانشوری-بیش‌فعالی، مشکلات اضطرابی و شاخص بیش‌فعالی اقدام می‌کند (کانرز، 1997). برای تکمیل مقیاس درجه‌بندی والدین

1. Conner's Parents Rating scale (CPRS)
2. Conners
3. Goyette
4. Ulrich

نشان‌دهنده آن است که رفتار واقعی آن‌ها با قواعد و هنجارهای اجتماعی سازگاری بالایی را نشان می‌دهد (شرف‌الدین، 1389). در پژوهش شرف‌الدین (1389) برای تعیین روایی و پایایی این پرسشنامه به ترتیب از روش‌های روایی همگرا و آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن به ترتیب برابر 0/73 و 0/76 محاسبه گردید. در پژوهش حاضر، برای بررسی پایایی این ابزار از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن 0/83 به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب این ابزار در نمونه پژوهشی است. در پژوهش حاضر، برای تعیین روایی این ابزار با استفاده از محاسبه همبستگی پیرسون یک سؤال که به نظر می‌رسید معرف کل سؤال‌های پرسشنامه است، با نمره کل آزمون استفاده گردید که مقدار آن برای پرسشنامه پذیرش اجتماعی 0/84 به دست آمد که در سطح $p < 0/001$ معنی‌دار می‌باشد و نشان‌دهنده روایی مطلوب این مقیاس می‌باشد.

محتوای مداخله در گروه‌های آزمایشی به شرح زیر می‌باشد:

در این پژوهش، برنامه آموزش مهارت‌های اجتماعی والکر⁴ (1983) استفاده شد که این برنامه شامل مهارت‌های مربوط به کلاس درس، برقراری تعامل، همراهی کردن با دیگران (سازش با دیگران)، دوست‌یابی و در نهایت مهارت‌های مقابله‌ای است که با استفاده از رویکرد شناختی-رفتاری (سپ⁵ و فارال⁶، 1994) طی سه مرحله آموزش‌های کلامی، تمرین و تکرار مهارت‌ها و ارائه پسخوراند در زمینه انجام آن‌ها (الیوت⁷ و باس⁸، 1991) طی 10 جلسه 30 دقیقه‌ای

و خیلی بالا با نمره بیشتر از 90 می‌سنجد. در پژوهش کیارسی، کیارسی و کیارسی (1395)، جهت بررسی پایایی این ابزار از آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن 0/77 به دست آمد. در پژوهش حاضر، برای بررسی پایایی این ابزار از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن 0/77 به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب این ابزار در نمونه پژوهشی است. همچنین در این پژوهش، برای تعیین روایی این ابزار با استفاده از محاسبه همبستگی پیرسون یک سؤال که به نظر می‌رسید معرف کل سؤال‌های مقیاس است، با نمره کل آزمون استفاده گردید که مقدار آن برای مقیاس سازگاری کودکان 0/76 به دست آمد که در سطح $p < 0/001$ معنی‌دار می‌باشد و نشان‌دهنده روایی مطلوب این مقیاس می‌باشد.

پرسشنامه پذیرش اجتماعی¹ (SAQ): پرسشنامه پذیرش اجتماعی توسط فورد² و رابین³ در سال 1970 به منظور سنجش میزان نیاز به تأیید اجتماعی در کودکان ساخته شد (سموعی، باقرزاده و سبزواری، 1384). نسخه نهایی این پرسشنامه 17 سؤال دارد که در یک مقیاس سه درجه‌ای (0)، تا حدودی (1) و خیر (2) نمره‌گذاری می‌شود. سؤال‌های 9 و 10 به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نقطه برش این پرسشنامه 17 است و نمره بالاتر نشان‌دهنده پذیرش اجتماعی بیشتر در کودکان می‌باشد. اشخاصی که بین 0 تا 8 امتیاز به دست می‌آورند، پاسخ آن‌ها پذیرش اجتماعی به دنبال ندارد و احتمالاً مورد طرد قرار می‌گیرند. نمره‌های 9 تا 19 امتیاز، دارای پذیرش اجتماعی متوسط بوده و رفتارهای آن‌ها با قواعد و هنجارهای اجتماعی مطابقت دارد. نمره‌های 20 تا 34

4. Walker
5. Sapp
6. Farrell
7. Elliott
8. Busse

1. Social Acceptance Questionnaire (SAQ)
2. Ford
3. Robin

فرشته حسنی و همکاران: مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و بازی درمانی شناختی- رفتاری بر ...

به صورت گروهی استفاده شد. در جدول 1 خلاصه است. جلسات آموزش مهارت‌های اجتماعی آورده شده

جدول 1. خلاصه جلسات آموزش مهارت‌های اجتماعی براساس رویکرد والکر (1983)

جلسات	خلاصه جلسات
اول	آشنایی با آزمودنی‌های دیگر و مربی، آشنایی با مهارت‌های مربوط به کلاس درس
دوم	پرداختن به مهارت گوش دادن (تعریف و تفاوت بین گوش دادن و شنیدن، آشنایی با مهارت توجه و پیگیری به عنوان دو قسمت از مهارت گوش دادن فعال)
سوم	پرداختن به مهارت اطاعت از دستورات معلم (تعریف، تشریح منطق زیربنایی ارائه دستور از جانب معلم، بحث پیرامون لزوم پیروی از دستورات شفاهی و کتبی معلم)
چهارم	پرداختن به مهارت پیروی از مقررات کلاس درس (تعریف، شناسایی قوانین کلاس درس، بحث پیرامون منطق زیربنایی و لزوم اجرای قوانین کلاس درس، بحث پیرامون مواردی که به رعایت قوانین منجر می‌گردد و هم‌چنین مواردی که باعث ضعف و اخلال در اجرای قوانین کلاس درس می‌شود، پرداختن به پسخوراند رعایت و عدم رعایت مقررات کلاس)
پنجم	آشنایی با مهارت اساسی برقراری تعامل، پرداختن به مهارت ارتباط غیرکلامی (تعریف ارتباط مهارت غیرکلامی و کنش‌های آن، پرداختن به مؤلفه‌های ارتباط غیرکلامی، آشنایی با زبان بدن و توانا شدن در تفسیر آن)
ششم	پرداختن به مهارت مکالمه (آشنایی و بحث پیرامون مهارت گوش دادن، مهارت‌های پاسخ دادن، توانایی ادامه مکالمه و رعایت نوبت) و آشنایی با مهارت‌های اساسی مربوط به همراهی با دیگران
هفتم	پرداختن به مهارت سازش با دیگران (تعریف مفهوم سازش و کنش‌های آن، تشریح منطق زیربنایی لزوم انتخاب دقیق کلمات و جملات در برقراری یک ارتباط مطلوب)، بحث پیرامون دلایل پیروی از مقررات و شیوه‌های صحیح تماس داشتن (تماس اجتماعی و تماس دوستانه) و پیام‌ها آن
هشتم	مهارت‌های دوست‌یابی (تعریف مفهوم دوست‌یابی و محاسن آن، تشریح منطق زیربنایی لزوم ظاهر آراسته، لبخند زدن، تعریف و تمجید کردن، پیش قدم شدن در دوستی و دعوت کردن)
نهم	مهارت‌های مقابله‌ای (تعریف و کنش‌های آن، تشریح منطق زیربنایی مهارت‌های مقابله‌ای، جلوگیری از پامال شدن حقوق خود و بیان آزادانه مواضع خود در روابط بین فردی، معرفی روش‌های تفاوت مقابله‌ای)
دهم	مروری بر جلسات قبل، سپس اجرای پس‌آزمون و نیز به تمام کودکان هدیه‌هایی اهدا می‌گردد.

در این پژوهش، بازی درمانی شناختی- رفتاری شامل ده جلسه 30 دقیقه‌ای به صورت گروهی براساس پروتکل اسپرینگر و همکاران (2012) و محمداسماعیل (1387)

تدوین و طراحی شد. در جدول 2 خلاصه جلسات بازی درمانی شناختی- رفتاری آورده شده است.

جدول 2. خلاصه جلسات بازی درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر پروتکل اسپرینگر و همکاران (2012) و محمداسماعیل (1387)

جلسات	محتوای درمان
اول	کودکان به یکدیگر معرفی می‌شوند. در این جلسه به منظور ایجاد رابطه دوستانه و احساس امنیت بازی‌های پیشنهادی کودکان اجرا می‌شود.
دوم	استفاده از لوگوهای اسباب بازی به منظور ایجاد حس همکاری گروهی در کودکان و از بین بردن رفتارهای غیراجتماعی. کودکان به کمک درمانگر خانه بزرگ با لوگوها درست می‌کنند و هر یک از کودکان در مورد رنگ و طرح خانه پیشنهاد می‌دهند.
سوم	کودکان با استفاده از خمیر بازی تشویق به درست کردن اشکال مورد علاقه خود می‌شوند و در انتها در مورد اشکال ساخته شده‌شان توضیح داده و مورد تشویق سایر کودکان قرار می‌گیرند.
چهارم	بازی موزیکال روی کودکان اجرا می‌شود (چرخیدن با موزیک به دور صندلی و نشستن به روی صندلی به محض قطع صدای موزیک)
پنجم	با استفاده از کاردستی (کاغذ رنگی، قیچی، مقوا و چسب) بین آن‌ها مسابقه‌ای اجرا می‌شود و پس از اجرای مسابقه از کودکان در مورد بهترین کاردستی نظرخواهی شده و در پایان همه کاردستی‌ها تشویق می‌شوند.

ششم	با استفاده از عروسک‌های خیمه شب‌بازی رفتار پسنندیده اجتماعی به کودکان آموزش داده می‌شود.
هفتم	بازی گروهی ساختمان‌سازی با الگو و با تصویرسازی ذهنی، اجرای حرکات پانتومیم به منظور همکاری بیشتر و گسترش تعاملات مثبت بین کودکان نیز اجرا می‌شود.
هشتم	با استفاده از بازی ایفای نقش (همانند تئاتر) کودکان رفتارهای اجتماعی مطلوب را یاد می‌گیرند. هم‌چنین، کودکان نقش‌های مورد علاقه خود را ایفا می‌کنند و آرزوها و ایده‌های خود را در قالب نقش‌های بر عهده گرفته ابراز می‌نمایند.
نهم	افزایش مهارت خودآگاهی شامل بررسی و تقویت توانایی‌ها و نقاط قوت هر کودک در مقایسه با گذشته خود و با هدف تقویت احساس ارزشمندی او
دهم	مروری بر بازی‌های جلسات قبل، سپس اجرای پس‌آزمون و نیز به تمام کودکان هدیه‌هایی اهدا می‌گردد.

یافته‌های پژوهش

دارای تحصیلات لیسانس و 9 نفر نیز دارای تحصیلات تکمیلی بودند و از مجموع 75 پدر آزمودنی‌های پژوهش 31 نفر، دارای تحصیلات دیپلم، 38 نفر دارای تحصیلات لیسانس و 6 نفر نیز دارای تحصیلات تکمیلی بودند. در جدول 3 شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش-آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌ها شامل میانگین و انحراف استاندارد گزارش شده‌اند.

از مجموع 75 نفر آزمودنی، 14 نفر، گروه آزمایشی اول (مهارت‌های اجتماعی)، 15 نفر گروه آزمایشی دوم (بازی درمانی شناختی-رفتاری) و 11 نفر گروه کنترل را پسرها تشکیل می‌دادند. و از مجموع 75 نفر آزمودنی، 11 نفر، گروه آزمایشی اول (مهارت‌های اجتماعی)، 10 نفر گروه آزمایشی دوم (بازی درمانی شناختی-رفتاری) و 14 نفر گروه کنترل را دخترها تشکیل می‌دادند. از مجموع 75 نفر مادر آزمودنی‌های پژوهش 42 نفر، دارای تحصیلات دیپلم، 44 نفر

جدول 3. شاخص‌های توصیفی سازگاری و پذیرش به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل (n=75)

متغیر	گروه	مهارت‌های اجتماعی		بازی درمانی		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سازگاری	مرحله پیش‌آزمون	57/52	18/07	52/92	15/01	54/76	18/95
	پس‌آزمون	61/96	18/19	60/08	14/97	54/56	19/10
	گواه	60/76	18/10	57/52	14/87	54/64	19/40
پذیرش	پیش‌آزمون	19/16	2/80	19/32	4/23	19/44	2/51
	پس‌آزمون	24/04	2/83	25/96	3/57	19/64	2/84
	گواه	23/01	3/04	23/84	3/85	18/96	2/45

لویس¹ برای بررسی همگنی واریانس‌ها و آزمون کرویت موچلی² برای بررسی برابری همگنی کوواریانس استفاده شد. نتایج به دست آمده نشان داد که سطوح معناداری

جهت آزمون فرضیه‌های این پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در این راستا قبل از آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های آنها بررسی شدند. جهت رعایت پیش‌فرض‌ها از آزمون

¹. Levene's test

². Mauchly's test of Sphericity

کوواریانسها در مورد سازگاری و پذیرش اجتماعی رعایت شده است. جدول 4 نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیره (ANCOVA) بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون سازگاری و پذیرش در گروه‌های مورد پژوهش با کنترل پیش آزمون را نشان می‌دهد.

آزمون لوین و شاپیرو ویلک برای تمامی متغیرها بیشتر از میزان 0/05 است، بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها و نرمال بودن در مورد تمامی متغیرها تأیید می‌گردد. سطوح معناداری حاصل از آزمون کرویت موچلی در مورد سازگاری اجتماعی و پذیرش اجتماعی، بیشتر از میزان 0/05 به دست آمد، بنابراین می‌توان گفت که همگنی

جدول 4. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیره به روی میانگین نمره‌های پس آزمون سازگاری و پذیرش در گروه‌های مورد پژوهش با کنترل پیش آزمون

متغیر	شاخص‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	ضریب اتا
سازگاری	گروه	683/24	2	341/62	152/07	0/0001	0/81
	خطا	155/01	69	2/24			
پذیرش	گروه	551/86	2	275/93	143/39	0/0001	0/80
	خطا	132/77	69	1/92			

مورد پژوهش از لحاظ آماری در سطح $P < 0/01$ معنی‌دار است. به منظور مشخص نمودن اینکه بین کدامیک از گروه‌ها در میزان پس آزمون‌های سازگاری و پذیرش تفاوت وجود دارد، و در واقع بررسی این نکته که اثر کدامیک از مداخله‌های معنادار است، از آزمون تعقیبی (LSD) استفاده شد که نتایج آن در جدول 5 ارائه گردیده است.

همان‌گونه که در جدول 4 مشاهده می‌شود، با نتایجی که برای نمرات سازگاری ($P \leq 0/01$ ، $=152/07$) به دست آمد، می‌توان بیان کرد که تفاوت سازگاری، بین گروه‌های مورد پژوهش از لحاظ آماری در سطح $P < 0/01$ معنی‌دار است. همچنین، با نتایجی که برای نمرات پذیرش ($P \leq 0/01$ ، $=143/39$) به دست آمد، می‌توان بیان کرد که تفاوت پذیرش، بین گروه‌های

جدول 5. نتایج آزمون تعقیبی LSD سازگاری در مقایسه دویه‌دوی گروه‌ها

متغیر	مهارت اجتماعی-بازی درمانی		مهارت اجتماعی - کنترل		بازی درمانی - کنترل	
	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری
سازگاری	-2/71	0/0001	4/62	0/0001	7/34	0/0001
پذیرش	-1/78	0/0001	4/65	0/0001	6/44	0/0001

درمانی شناختی-رفتاری) و همچنین مقایسه گروه آزمایشی اول و گروه کنترل و مقایسه گروه آزمایشی دوم و گروه کنترل تفاوت معناداری به دست آمد

بر اساس نتایج جدول 5 در مقایسه میانگین‌های سازگاری و پذیرش بین گروه آزمایشی اول (مهارت‌های اجتماعی) و گروه آزمایشی دوم (بازی

آزمایشی اول و گروه آزمایشی دوم به طور معناداری (p≤0/01). این نتیجه بدین معناست که میزان سازگاری و پذیرش به طور معناداری در گروه آزمایشی اول (مهارت‌های اجتماعی) نسبت به گروه آزمایشی دوم (بازی درمانی شناختی-رفتاری) کمتر است. همچنین میزان سازگاری و پذیرش در گروه

آزمایشی اول و گروه آزمایشی دوم به طور معناداری نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است. در جدول 6 نتایج حاصل از تحلیل واریانس اندازه‌گیریهای مکرر بر روی میانگین نمره‌های سازگاری و پذیرش در گروه‌های مورد پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول 6. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای اثرات بین گروهی و تعامل

تأثیر بین گروهی	شاخص	SS	df	Ms	F	P	ضریب اتا
سازگاری	فرض کرویت	564/16	2	282/08	293/83	0/0001	0/80
سازگاری و گروه	فرض کرویت	358/25	4	89/56	93/29	0/0001	0/72
پذیرش	فرض کرویت	594/99	2	297/49	227/35	0/0001	0/75
پذیرش و گروه	فرض کرویت	316/65	4	79/17	60/48	0/0001	0/62

شد. به‌منظور مشخص نمودن اینکه سازگاری و پذیرش در کدام مراحل آزمون باهم تفاوت معنی‌دار دارند، از آزمون تعقیبی (LSD) با رعایت شرط همگنی واریانس‌ها استفاده شده است. این آزمون به‌منظور مقایسه دوبه‌دو میانگین‌ها انجام می‌شود که نتایج آن در جدول شماره 7 نشان داده شده است.

همان‌طور که در جدول 6 نشان می‌دهد، بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در میزان سازگاری و پذیرش، تفاوت معناداری به دست آمد (p≤0/01). همچنین، بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و گروه‌ها در میزان سازگاری و پذیرش در سطح (p≤0/01) تعامل معناداری مشاهده

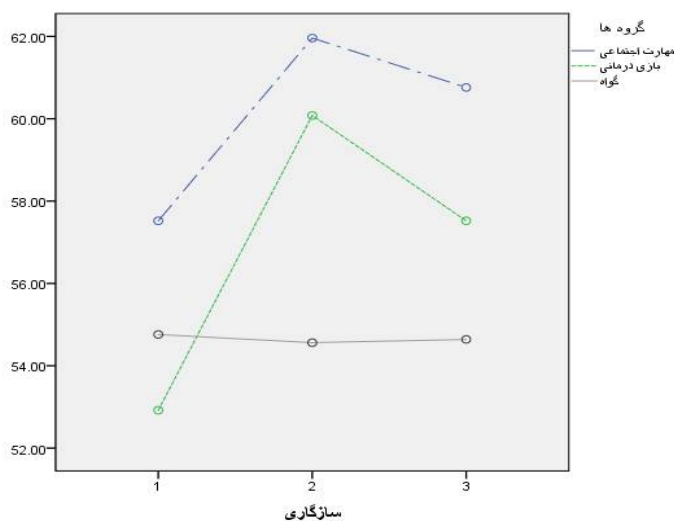
جدول 7. نتایج آزمون تعقیبی (LSD) سازگاری در مقایسه‌دوبه‌دوی مراحل آزمون

پس‌آزمون - پیگیری		پیش‌آزمون - پیگیری		پیش‌آزمون - پس‌آزمون		مراحل ←
تفاوت	تفاوت	تفاوت	تفاوت	تفاوت	تفاوت	متغیر
میانگین‌ها	میانگین‌ها	میانگین‌ها	میانگین‌ها	میانگین‌ها	میانگین‌ها	
0/0001	1/22	0/0001	-2/57	0/0001	-3/80	سازگاری
0/0001	1/28	0/0001	-2/62	0/0001	-3/90	پذیرش

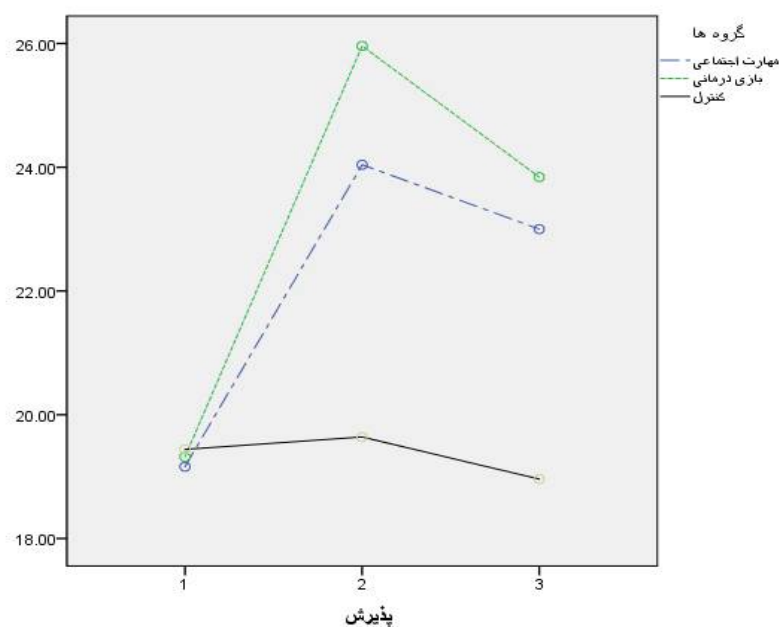
و دوم پایدار مانده است. نمودار 1 و 2 وضعیت میانگین نمرات سازگاری و پذیرش را در سه مرحله آزمون در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل نشان می‌دهد.

بر اساس نتایج جدول 7، بین میانگین نمرات سازگاری و پذیرش در مقایسه مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیش‌آزمون-پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد (p≤0/01). بنابراین می‌توان گفت، افزایش معنادار میزان سازگاری و پذیرش در گروه‌های آزمایش اول

فرشته حسنی و همکاران: مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و بازی درمانی شناختی- رفتاری بر ...



نمودار 1. وضعیت میانگین نمرات سازگاری به در گروه‌های پژوهش به تفکیک مراحل آزمون



نمودار 2. وضعیت میانگین نمرات پذیرش به در گروه‌های پژوهش به تفکیک مراحل آزمون

نتیجه‌گیری و بحث

نتایج مشاهده می‌گردد، با توجه میانگین‌های تعدیل شده متغیر سازگاری اجتماعی کودکان در 3 گروه مورد مطالعه و نتایج آزمون تعقیبی LSD نتایج درمان آموزش مهارت‌های اجتماعی و بازی درمانی

هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و بازی درمانی شناختی- رفتاری بر سازگاری اجتماعی و پذیرش اجتماعی کودکان بیش‌فعال بود. همان‌طور که در

شناختی-رفتاری در افزایش سازگاری کودکان بیش فعال مؤثر بوده است. با توجه به اینکه میزان میانگین تعدیل شده گروه آموزش مهارت های اجتماعی کمتر از میانگین تعدیل شده گروه بازی درمانی شناختی- رفتاری بوده است تأثیر درمان بازی درمانی شناختی- رفتاری در افزایش سازگاری کودکان، بیشتر از درمان آموزش مهارت های اجتماعی بوده است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش های حبیبی کلیبر و همکاران (1398)، قدیری و همکاران (1398)، شیشه فر و همکاران (1396)، برقی ایرانی و همکاران (1396)، فتح اله زاده و همکاران (1395)، راتکلیف و همکاران (2014) و ریچاو و همکاران (2012) همسو و هماهنگ بود. تعاملات کودکان بیش فعال بسیار ناکارآمد و توأم با مشکلاتی مانند پرخاشگری، زد و خورد، توهین کلامی، رفتارهای نامناسب فیزیکی و در بعضی افراد با نداشتن جرات ورزی، سلطه پذیری، انزوا بود. اما، پس از گذشت جلساتی که به صورت بازی درمانی و در ارتباط با وسایل بازی کم کم قوانین بازی را یاد گرفتند و روابط و مناسبات بین اعضای گروه، به ایجاد تعاملات و ارتباطات همراه با احترام به حقوق دیگران در عین جرات مندی و گرفتن حق خودشان داد (مسعودی، کلانتر و فرح بخش، 1397). از طریق بازی، تجربیات عمده هیجانی می تواند در نهایت امنیت و آرامش از راه نمادهای خیالی و اسباب بازی ها بیان شود. بازی روشی است که در آن کودک احساسات خود را نشان می دهد، روابط خود را می گستراند، تجربیاتش را نمایان می سازد، آرزوهایش را فاش می کند و به خودشکوفایی می رسد. در نتیجه، بازی درمانی از طریق بهبود مهارت های اجتماعی و ارتباطی باعث افزایش

سازگاری اجتماعی کودکان می شود (ولی نقدر و هاشمیان نژاد، 1398). می توان گفت دانش آموزان در حین بازی فرصت مناسبی برای تخلیه هیجانی پیدا می کنند و با افزایش تعامل با دیگران و همچنین یادگیری تعامل و برقراری ارتباط مؤثر، رعایت نوبت و پذیرش مناسب از سوی مربی و حتی سایر دانش آموزان به همان شکلی که هستند با مثبت بودن تجربه ارتباطی با دیگران زمینه درونی سازی رفتارهای مناسب و جدید را فراهم می سازند. به علاوه بازی درمانی یک روش صحیح و درست برای درمان کودک است. زیرا کودک راحت تر در قالب بازی احساسات خود را بیان کرده و ارتباط بیرونی خود را توسعه می بخشد. در نتیجه بازی درمانی باعث کاهش رفتارهای تکانشی در دانش آموزان می شود. با توجه میانگین های تعدیل شده متغیر پذیرش اجتماعی کودکان در 3 گروه مورد مطالعه و نتایج آزمون تعقیبی LSD نتایج درمان آموزش مهارت های اجتماعی و بازی درمانی شناختی- رفتاری در افزایش پذیرش اجتماعی کودکان بیش فعال مؤثر بوده است. با توجه به اینکه میزان میانگین تعدیل شده گروه آموزش مهارت های اجتماعی کمتر از میانگین تعدیل شده گروه بازی درمانی شناختی- رفتاری بوده است تأثیر درمان بازی درمانی شناختی- رفتاری در افزایش پذیرش اجتماعی کودکان بیش فعال، بیشتر از درمان آموزش مهارت های اجتماعی بوده است. نتیجه این پژوهش با نتایج پژوهش های شیشه فر و همکاران (1396)، صنعتگر و اسماعیلی (1399)، حبیبی کلیبر و همکاران (1398) و صبحی قراملکی و همکاران (1397) همسو و هماهنگ بود. دنیای کودکان، دنیای بازی و سرگرمی هست و از طریق بازی هست که می توانند خیال پردازی کنند، تخلیه هیجانی کنند و با

پدیدآوری مکرر موضوع‌ها و مشکلات خود احساسات و هیجانات خود را برون‌ریزی کنند، به شناخت جدید برسند، که نتایج به دست آمده احتمال اینکه بازی درمانی بر بهبود پذیرش اجتماعی تاثیر گذار را نشان می‌دهد (کارول، 2012).

در تحلیل‌های این پژوهش نقش متغیرهایی مانند هوش، وضعیت اقتصادی، سابقه خانوادگی، زمینه تحصیلاتی والدین کنترل نشده است، در نتیجه احتمال تأثیر گذاشتن روی نتیجه پژوهش وجود دارد. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که این پژوهش را در مناطق دیگر و با فرهنگ‌های گوناگون تکرار کنند، زیرا این کار علاوه بر این‌که قدرت تعمیم‌پذیری یافته‌ها را افزایش می‌دهد، بلکه با استفاده از نتایج به دست آمده می‌توان یافته‌ها را باهم مقایسه کرد و نقش فرهنگ و محیط‌های مختلف را در بروز بیش‌فعالی نیز بررسی نمود. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، به مسئولین آموزش و پرورش و مراکز خصوصی مشاوره که با کودکان بیش‌فعال سر و کار دارند، پیشنهاد می‌شود که برای درمان دانش‌آموزان بیش‌فعال از روش درمانی آموزش مهارت‌های اجتماعی و بازی درمانی شناختی-رفتاری استفاده نمایند.

دنیای بیرون به ویژه با همسالان ارتباط برقرار کنند و از طریق درونداد‌های لازم برای تعامل همدلانه متقابل و متعارف را کسب کنند و به کار ببرند، موضوعی که اغلب کودکان با اختلال بیش‌فعالی در آن مشکل دارند. از طرف دیگر وجود اختلال‌های رفتاری مانند پرخاشگری و عدم تبعیت از قواعد و قوانین در کودکان بیش‌فعال/کم توجه بر ارتباطات و پذیرش اجتماعی وی با اطرافیانش تاثیر منفی می‌گذارد (کردلو، 1392). بسیاری از این مشکلات را با می‌توان با بهره‌گیری از روش‌های آموزش فنون و مهارت‌های اجتماعی به کودکان آموخت ولی بهتر از آن روش بازی درمانی است که با حضور پررنگ و فعال کودک در جریان آموزش، به یادگیری نقش‌های گوناگون اجتماعی، تعامل گروهی، کسب مهارت‌های ارتباطی، انعطاف‌پذیر شدن و کسب عادت‌های مفید در پذیرش اجتماعی وی منجر می‌شود. به علاوه بازی درمانگری با ایجاد یک چارچوب ارتباطی ایمنی‌بخش، کودکان را در بیان درونی‌ترین و عمیق‌ترین تعارضات و مشکلات آن‌ها یاری می‌دهد. کودکان را در بیان درونی‌ترین و عمیق‌ترین تعارضات و مشکلات آن‌ها یاری می‌دهد. کودکان در چنین فضایی می‌توانند با باز

منابع

- بریمانی، ص؛ اسدی، ج؛ خواجهوند، ا. (1397). اثربخشی بازی درمانی بر سازگاری اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی کودکان ناشنوا. *توانبخشی، 19*(3)، 250-261.

- حبیبی کلپیر، ر؛ فرید، ا؛ مصرآبادی، ج؛ بهادری خسروشاهی، ج. (1398). اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و هیجانی بر بهبود روابط

- برقی ایرانی، ز؛ وفاپور، ح؛ مرادی چقا مارانی، آ؛ بگیان کوله مرز، م. ج؛ رجبی، م. (1396). اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی بر بهبود سازگاری اجتماعی، هیجانی و تحصیلی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ریاضی. *فصل‌نامه ناتوانی‌های یادگیری، 6*(4)، 66-40.

- اجتماعی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی. مجله پرستاری کودکان، 2(4)، 10-15.
- شهائیان، آ؛ شهیم، س؛ بشاش، ل؛ یوسفی، ف. (1386). هنجاریابی، تحلیل عاملی و پایایی فرم کوتاه والدین مقیاس درجه‌بندی کانرز برای کودکان 6 تا 11 ساله در شهر شیراز. *مطالعات روانشناختی*، 3(3)، 97-120.
- شیشه‌فر، س؛ عطاریان، ف؛ کارگر برزی، ح؛ درویش نارنج بن، س؛ محملو، ه. (1396). مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی با بازی درمانی شناختی-رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی کودکان با اختلالات رفتار ایذایی. *فصلنامه کودکان استثنایی*، 17(4)، 87-100.
- صبحی قراملکی، ن؛ پورعبدل، س؛ سجادی‌پور، ح. (1397). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهبود بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان زورگو. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، 9(34)، 1-16.
- صنعتگر، ر؛ اسماعیلی، م. (1399). اثربخشی بازی درمانی گروهی بر پذیرش اجتماعی و امید در کودکان مبتلا به سرطان. *فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی*، 2(2)، 125-140.
- فتح‌اله‌زاده، ن؛ باقری، پ؛ رستمی، م؛ دربانی، ع. (1395). اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر سازگاری و خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، 3(39)، 271-289.
- بین‌فردی دانش‌آموزان. *نشریه راهبردهای آموزش در علوم پزشکی*، 12(1)، 8-15.
- حسن‌زاده کلاته، ز. (1390). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی در افزایش محبوبیت کودکان پیش‌دبستانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- حسین‌خانزاده، ع. ع؛ قلی‌زاده، ر؛ طاهر، م؛ حیدری، ح؛ مبشری، ف. (1397). اثربخشی بازی درمانی گروهی بر بهبود روابط بین فردی و پذیرش اجتماعی در دانش‌آموزان با آسیب شنوایی. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی*، 8(31)، 1-20.
- سعدی‌پور، ا؛ درتاج، ف؛ حجتی، م. (1398). تأثیر بازی درمانی شناختی-رفتاری بر مهارت اجتماعی و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر دبستانی شهرستان نجف‌آباد. *پژوهش‌های کاربردی در مشاوره*، 2(4)، 107-134.
- سموعی، ر؛ باقرزاده، ه؛ سبزواری، م. (1384). سنجش پایایی پرسشنامه مقبولیت اجتماعی دانش‌آموزان دبستانی شهر اصفهان. *فصلنامه علوم رفتاری*، 2(4)، 6-12.
- شرف‌الدین، ه. (1389). *رابطه اضطراب اجتماعی، امیدواری و حمایت اجتماعی با احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان تحصیلات تکمیلی واحد علوم و تحقیقات خوزستان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- شلانی، ب؛ کرمی، ج؛ مؤمنی، خ. م. (1395). اثربخشی هنردرمانی با رویکرد نقاشی بر مهارت‌های

- آموزش پذیر. فن‌آوری اطلاعات و ارتباطات در علوم تربیتی، 6(4)، 91-110.
- کردلو، م؛ اسماعیلی، ز؛ آزادی، ا. (1392). بیش‌فعالی: راهکارهای مطلوب در تعامل با کودکان بیش‌فعال. تعلیم و تربیت، 117(38)، 34-46.
- لواسانی، م. ع؛ کرامتی، ه؛ کدیور، پ. (1397). اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر سازگاری اجتماعی و سازگاری تحصیلی دانش‌آموزان با اختلال خواندن. ناتوانی‌های یادگیری، 3(3)، 91-109.
- محمداسماعیل، ا. (1387). بازی درمانی. تهران: انتشارات دانژه.
- مسعودی، ن؛ کلانتر هرمزی، آ؛ فرح بخش، ک. (1397). اثربخشی بازی درمانی کودک محور بر خودمهارگری و بهبود رفتارهای تکانشی در کودکان تک والد. فصلنامه سلامت روان کودک، 4(4)، 67-79.
- نواب، م؛ دهقانی، ا؛ کرباسی، ا. (1398). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر شفقت بر رشد پس از سانحه در مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی. فصلنامه سلامت روان کودک، 1(6)، 239-250.
- ولی نقدر، ر؛ هاشمیان‌نژاد، ف. (1398). تأثیر بازی درمانی گروهی بر رفتارهای تکانشی، سازگاری اجتماعی و بهزیستی روانی. مجله روانشناسی اجتماعی، 13(53)، 47-58.
- Conners, C. K. (1970). Symptom patterns in hyperkinetic, neurotic and normal children. *Child Development*, 41, 667-682.
- Conners, C. K. (1973). Rating scales for use in drug studies with children.
- فیرس، ا. ج؛ ترال، ت. ج. (2002). روان‌شناسی بالینی. ترجمه مهرداد فیروزبخت (1388). تهران: انتشارات رشد.
- فیض‌اللهی، ج؛ صادقی، م؛ رضایی، ف. (1399). تأثیر بازی درمانی شناختی رفتاری و تلفیق آن با آموزش مدیریت والدین بر علائم نارسایی توجه- بیش‌فعالی کودکان بیش‌فعال 7-11 سال: یک مطالعه نیمه‌آزمایشی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، 19، 155-172.
- قدیری، ف؛ عالی، ش؛ آقامحمدیان شعراف، ح. ر. (1398). اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی- هیجانی بر تاب‌آوری و سازگاری نوجوانان پسر دانش‌آموز مدارس شبانه‌روزی. مطالعات آموزش و یادگیری، 11(2)، 71-87.
- قرایی، ن؛ فتح‌آبادی، ج. (1392). اثربخشی بازی درمانی عروسکی بر ارتقای مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی دچار نشانگان داون. روانشناسی کاربردی، 2(26)، 25-40.
- کوچک‌زاده طالعی، س؛ نمازی، آ؛ زرکش، م. (1394). علائم اختلال کم توجهی و بیش‌فعالی در کودکان زیر سن مدرسه براساس گزارش‌دهی والدین. پرستاری و مامایی جامع‌نگر، 25(75)، 44-35.
- کیارسی، ز؛ کیارسی، س؛ کیارسی، آ. (1395). بررسی تأثیر انیمیشن‌های داستانی بر رشد و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی
- Carrol, J. (2012). *Play thrapy: The children views. Child and family social work*. New York: W. W. Norton & Company.

teachers know about ADHD in children? Findings from a systematic review and a representative, nationwide sample of Danish teachers. *J Atten Disord*, 23(3), 206-219.

- Neudecker, C., Mewes, N., Reimers, A. K., & Woll, A. (2019). Exercise interventions in children and adolescents with ADHD: A systematic review. *J Atten Disord*, 23(4), 307-324.

- Petersen, S. E., & Posne, M. I. (2012). The attention system of the human brain: 20 Years after. *Annu Rev Neurosci*, 21(35), 73-89.

- Ratcliffe, B., Wong, M., Dossetor, D., & Hayes, S. (2014). Teaching social-emotional skills to school-aged children with autism spectrum disorder: A treatment versus control trial in 41 mainstream schools. *Res Autism Spectr Disord*, 8(12), 1722-1733.

- Reichow, B., Steiner, A. M., & Volkmar, F. (2012). Social skills groups for people aged 6 to 21 with Autism Spectrum Disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev*, 11(7), 1-10.

- Sapp, M., & Farrell, W. (1994). Cognitive-behavioral interventions: Applications for academically at risk and special education students. *Preventing School Failure*, 38, 19-24.

- Sarbescu, P., Costea, I., & Rusu, S. (2012). Psychometric properties of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale in a Romanian sample. *In Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 33, 707-711.

- Springer, C., Misurell, J. R., & Hiller, A. (2012). Game-Based Cognitive-Behavioral Therapy (GB-CBT) group program for children who have experienced sexual abuse: A three-month follow-up investigation. *Journal Child Sex Abuse*, 21(6), 646-664.

Psychopharmacology Bulletin Special Issue on Children, 12, 24-42.

- Curran, T. (2018). An actor-partner interdependence analysis of cognitive flexibility and indicators of social adjustment among mother-child dyads. *Personality and Individual Differences*, 126, 99-103.

- DeMatteo, F., Arter, P., Sworen-Parise, C., Faseiana, M., & Panihamus, M. (2012). Social skills training for young adults with Autism spectrum disorder: Overview and implications for practice. *National Teacher Education Journal*, 5(1), 4-29

- Elliott, S. N., & Busse, R. T. (1991). Social skills assessment and intervention with children and adolescents: Guidelines for assessment and training procedures. *School Psychology International*, 12, 63-83.

- Goyette, C. H., Conners, C. K., & Ulrich, R. F. (1978). Normative data on revised Conner's Parent and Teacher Rating Scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 221-236.

- Hidayat, D. R., Prabowo, A. S., Cahyawulan, W., & Fitriyani, H. (2016). The efficacy of using play therapy in children with behavior disorders: A meta-analysis overview. *International Journal of Research Studies in Psychology*, 5(3), 63-69.

- Karanja T. E. (2014). *The effects of divorce on children's social development*. Master thesis in Education, University of Nairobi.

- Managa, S., & Chandrasekaran, V. (2015). A study on adjustment of college students. *Scholarly Research Journal for Interdisciplinary Studies*, 3(16), 2622-2629.

- Mohr-Jensen, C., Steen-Jensen, T., Bang-Schnack, M., & Thingvad, H. (2019). What do primary and secondary school

communication and effective social skills: Student study guide. Austin, TX: Pro-Ed.

- Wu, S. Y., & Gau, S. S. (2013). Correlates for academic performance and school functioning among youths with and without persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. *Res Dev Disabil*, 34(1), 505-515.

- Vaghela, K. (2015). Adjustment among adolescent girl students of secondary school with respect to their type of family. *International Journal of Applied Research*, 1(8), 781-784.

- Walker, H. M. (1983). *The ACCESS Program: Adolescent curriculum for*