

به نام خدا

# اثر بخشی بازی درمانی در افزایش مهارت‌های شناختی، اجتماعی و حرکتی دانش آموزان استثنایی آموزش پذیر

مولفان :

ابراهیم صفرپور  
مهرانگیز اصغری  
زهرا صانعی  
میلاذ محمدی  
رویا سلیمی  
یونس شریفی دارانی

انتشارات ارسطو

(سازمان چاپ و نشر ایران - ۱۴۰۲)

نسخه الکترونیکی این اثر در سایت سازمان چاپ و نشر ایران و اپلیکیشن کتاب رسان موجود می باشد

chaponashr.ir

سرشناسه: صفروپور، ابراهیم، ۱۳۵۷-  
عنوان و نام پدیدآور: اثربخشی بازی درمانی در افزایش مهارت‌های شناختی، اجتماعی و حرکتی  
دانش آموزان استثنایی آموزش پذیر / مولفان ابراهیم صفروپور، مهرانگیز اصغری، زهرا صانعی، میلاد  
محمدی، رویا سلیمی، یونس شریفی دارانی.  
مشخصات نشر: ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۲.  
مشخصات ظاهری: ۱۲۶ص.  
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۳۳۹-۸۸۶-۵  
وضعیت فهرست نویسی: فیبا  
یادداشت: کتابنامه: ص ۱۲۶-۱۲۰.  
موضوع: بازی درمانی - مهارت‌ها - دانش آموزان استثنایی آموزش پذیر  
شناسه افزوده: اصغری، مهرانگیز، ۱۳۴۸  
شناسه افزوده: صانعی، زهرا، ۱۳۵۷  
شناسه افزوده: محمدی، میلاد، ۱۳۷۹  
شناسه افزوده: سلیمی، رویا، ۱۳۷۲  
شناسه افزوده: شریفی دارانی، یونس، ۱۳۷۹  
رده بندی کنگره: RJ۵۴۱  
رده بندی دیویی: ۶۱۸/۹۳۵۱  
شماره کتابشناسی ملی: ۹۵۷۶۹۳۱  
اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیبا

نام کتاب: اثربخشی بازی درمانی در افزایش مهارت‌های شناختی، اجتماعی و حرکتی  
دانش آموزان استثنایی آموزش پذیر  
مولفان: ابراهیم صفروپور - مهرانگیز اصغری - زهرا صانعی - میلاد محمدی  
رویا سلیمی - یونس شریفی دارانی  
ناشر: ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)  
صفحه آرای، تنظیم و طرح جلد: پروانه مهاجر  
تیراژ: ۱۰۰۰ جلد  
نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۲  
چاپ: زیرجد  
قیمت: ۱۱۴۰۰۰ تومان  
فروش نسخه الکترونیکی - کتاب‌رسان:  
<https://chaponashr.ir/ketabresan>  
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۳۳۹-۸۸۶-۵  
تلفن مرکز پخش: ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵  
[www.chaponashr.ir](http://www.chaponashr.ir)



## فهرست مطالب

۷.....	مقدمه
۸.....	بازی درمانی در افزایش مهارت‌های شناختی
۱۳.....	اهمیت و ضرورت بازی درمانی در افزایش مهارت‌های شناختی و اجتماعی
۱۴.....	تعریف مفهومی و عملیاتی واژه‌ها و اصطلاحات فنی و تخصصی
۱۴.....	تعاریف مفهومی
۱۵.....	تعاریف عملیاتی
۱۶.....	متغیرهای تحقیق
۱۹.....	فصل دوم
۱۹.....	پیشینه بازی درمانی در افزایش
۱۹.....	مهارت‌های شناختی
۱۹.....	گستره نظری
۱۹.....	مقدمه
۲۰.....	تاریخچه بازی
۲۱.....	تعاریف بازی
۲۲.....	دیدگاه‌های مربوط به بازی
۲۸.....	بازی در فرهنگ، ادبیات و مذهب
۲۹.....	ارزش‌های بازی
۳۱.....	بازی و رشد شخصیت
۳۳.....	بازی و رشد جسمی
۳۶.....	بازی و رشد عاطفی
۳۷.....	بازی و رشد اخلاقی و تربیتی
۳۸.....	بازی و رشد ذهنی
۴۰.....	بازی و ارزش درمانی

۴۰	گذری بر تاریخچه بازی درمانی (از روسو تا راجرز).....
۴۲	روش آنا فروید و ملانی کلاین .....
۴۴	تعاریف بازی درمانی .....
۴۶	رویکردها و روش‌های رایج بازی درمانی .....
۴۷	بازی درمانی رفتاری .....
۴۸	بازی درمانی گشتالتی .....
۴۹	بازی درمانی رفتاری- شناختی .....
۴۹	بازی درمانی خانوادگی .....
۵۰	اصول بازی درمانی و انتخاب وسایل .....
۵۱	کودکان کم توان ذهنی .....
۵۴	ویژگی‌های افراد کم توان ذهنی .....
۵۵	آشنایی با نظام و تکنیک‌های ویژه در آموزش و پرورش کودکان کم توان ذهنی .....
۵۸	راهبردهای آموزشی .....
۵۹	ویژگیهای یادگیری دانش آموزان کم توان ذهنی .....
۶۱	دلایلی بر استفاده از بازی‌های آموزشی .....
۶۲	فواید بازی‌های آموزشی .....
۶۳	بازی‌های آموزشی و یادگیری مغز .....
۶۴	استفاده از بازی‌های آموزشی در مدارس ابتدایی .....
۶۵	طرح‌ریزی برنامه بازی درمانی برای کودکان کم توان ذهنی .....
۶۷	مهارت‌های حرکتی در کودکان کم توان ذهنی .....
۷۳	مهارت‌های اجتماعی .....
۷۵	عوامل کلی موثر بر قابلیت اجتماعی .....
۸۰	مهارت‌های اجتماعی در کودکان کم توان ذهنی .....
۸۲	تعامل اجتماعی و روابط با همسالان .....
۸۵	درک بین فردی .....

۸۶	مداخلات اجتماعی
۹۲	مهارت‌های شناختی در کودکان کم توان ذهنی
۹۷	گستره پژوهش
۱۰۷	فصل سوم
۱۰۷	تکنیک‌ها و روش‌شناسی
۱۰۷	روش‌شناسی
۱۰۸	آزمون‌های رشد شناختی پیاژه
۱۱۰	شیوه نمره‌گذاری و اجرا
۱۱۰	روش نمره‌گذاری
۱۱۱	روایی و پایایی
۱۱۱	روش اجرا
۱۱۵	فصل چهارم
۱۱۵	یافته‌بازی درمانی در افزایش مهارت‌های شناختی
۱۱۹	فصل پنجم
۱۱۹	بحث و نتیجه‌گیری
۱۱۹	نتیجه‌گیری



# فصل یکم

## کلیات و مفاهیم

### مقدمه

کودکانی که از لحاظ جسمی، شناختی، روانی اجتماعی و احساسی با فراگیران عادی متفاوتند و نمی‌توانند چندان از خدماتی که در اختیار دیگران است بهره ببرند کودکان با نیازهای ویژه<sup>۱</sup> نامیده می‌شوند. کودکان کم‌توان ذهنی، کودکانی با نقایص شنیداری، بینایی، گفتاری، ارتوپدی و همچنین کودکانی که مشکلات عاطفی دارند و آن دسته از کودکانی که بهره‌هوشی بالا دارند و فوق‌العاده با استعداد هستند نیز در این دسته قرار می‌گیرند (آتمان، ۲۰۰۵).

در میان کودکان کم‌توان ذهنی، کودکان و دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر کودکان هستند که علی‌رغم توانایی برای یادگیری خواندن، نوشتن و عملیات ساده ریاضی از طریق آموزش و تمرین، نسبت به کودکان عادی هم‌سال خود دارای تفاوت‌هایی می‌باشند، احتمالاً یکی از این تفاوت‌ها در مهارت‌های شناختی، اجتماعی و حرکتی می‌باشند (سیمین‌قلم و علی‌بخشی، ۱۳۹۰؛ ملک‌پور، ۱۳۹۱؛ یانگ و سو،<sup>۲</sup> ۲۰۱۲) این‌گونه کودکان بهره‌هوشی بین ۵۵ تا ۷۴ دارند و در زمینه مهارت‌های زبانی، قدرت ادراکی، ظرفیت حافظه، تخیل و خلاقیت از توانایی پایینی برخوردار هستند (افروز، ۱۳۸۹).

موضوع بازی و تأثیر آن بر رشد شناختی، اجتماعی و حرکتی دانش‌آموزان در حوزه روانشناسی، پیکره‌وسیی از تحقیقات و پژوهش‌ها را به خود اختصاص داده است. در واقع شروع بازی را می‌توان به گذشته‌های دور حتی بدو پیدایش انسان نسبت داد. اولین مورد استفاده

---

<sup>۱</sup> . Children with special need

<sup>۲</sup> . Ataman

<sup>۳</sup> . Wang, Su

از بازی در درمان، به پسری پنج ساله به اسم هانس کوچولو مربوط است که فروید طی آن به درمان ترس بیمارگونه کودک پرداخت.

به این ترتیب بهترین کارهای اولیه با کودکان براساس روش‌های فروید انجام گرفت. بنابراین روانکاوان سهم زیادی در پیشرفت ادبیات درمانی بازی داشتند و از جمله فروید به خاطر ارائه نظریه تداعی آزاد و استفاده از آن در تبیین بازی کودکان به عنوان پدر بازی درمانی شناخته شده است. در اوایل قرن بیستم درمانگری به نام «هلموت» برای نخستین بار بازی درمانی را به کار گرفت «آنا فروید»<sup>۱</sup> و «ملانی کلاین»<sup>۲</sup> کار «هلموت» را ادامه دادند و بازی درمانی را وارد کار روانکاوی خویش کردند (حسین نژاد، ۱۳۸۹).

در دهه ۱۹۲۰ درمانگاه‌های راهنمایی کودک فنون بازی سازمان‌یافته را ابداع کردند. «دیوید لوی»<sup>۳</sup> (۱۹۳۹) به منظور کمک به کودکانی که به علت تخلیه هیجانی و دستیابی به بینش مشکلاتی داشتند «درمان راه اندازی ساخت دار» را به وجود آورد.

در بازی درمانی، طرح‌ریزی مجموعه‌ای از موقعیت‌های ویژه مد نظر می‌باشد که می‌تواند از نقطه‌نظر بالینی چارچوب وسیع‌تری از روان‌درمانی با کودکان فراهم آورد، لذا پرداختن به امر بازی ضروری است لندرت<sup>۴</sup> (به نقل از آرین، ۱۳۸۸) اظهار می‌دارد در تجربه بازی درمانی محوطه امنی به کودک داده می‌شود. تا خود را امتحان کند از طریق بازی خود را اظهار دارد و با انجام این کار یاد بگیرد که خود را بهتر بشناسد تا بدان جا که دانش خود را در مورد به‌کارگیری ظرفیت‌های خود در راه‌های مناسب تر بالا ببرد.

### بازی درمانی در افزایش مهارت‌های شناختی

بازی جزئی از زندگی انسان از بدو تولد تا زمان مرگ است. انسان از نظر فیزیولوژیک نیاز به جنبش و حرکت دارد و بازی جزء مهم این جنبش و حرکت است. انسان برای رشد ذهنی و اجتماعی خود نیاز به تفکر دارد و بازی خمیرمایه تفکر است (مهجور، ۱۳۹۰).

<sup>1</sup> Freud

<sup>2</sup> Anna Freud

<sup>3</sup> Melanie Klein

<sup>4</sup> David Levy

<sup>5</sup> Lndrs



به نظر دیل لبو<sup>۱</sup> (۱۹۶۷) اولین مدافع مطالعه بازی کودکان جهت درک و آموزش آن‌ها «روسو» بود. او در کتاب امیل<sup>۲</sup> عقایدش را در مورد اهداف آموزش کودک بیان نمود. روسو بر اهمیت بازی برای درک کودکان تاکید و توصیه می‌کند که معلم باید برای ملحق شدن به بازی شاگردانش با ایفای نقش کودک، معاشری مناسب برای آن‌ها باشد. البته تعاریف روسو در مورد بازی و تفریح‌های کودکان بیشتر در جهت اهداف تربیتی بوده است تا اینکه بر کاربردهای تحقیقاتی و درمانی مدرن بازی منطبق باشد (احمدوند، ۱۳۸۹). «لاندرت<sup>۳</sup>» (۱۹۸۲) اظهار داشت بازی درمانی را می‌توان در تمام رویکردهای مشاوره‌ای به کار گرفت. از نظر او این شیوه درمانی روش اصلی کار با کودکان ۲ تا ۱۲ ساله است. زیرا رشد شناختی آن‌ها محدود است و نمی‌توانند افکار و احساسات خود را به زمان بیاورند. او بازی را جزء جدانشدنی زندگی کودکان و شیوه طبیعی یادگیری و ارتباط برقرار کردن آن‌ها با دیگران معرفی می‌کند و «شافر<sup>۴</sup>» (۲۰۰۷) اظهار می‌دارد که در دهه اخیر علاقه شدیدی به موضوع و حرفه بازی درمانی به وجود آمده است (به نقل از حسین نژاد، ۱۳۸۹).

براساس مراحل رشد ذهنی، همکاران پیازه به بررسی رشد ذهنی کودکان عقب‌مانده ذهنی در چارچوب نظام پیازه پرداختند و به این نتیجه رسیدند که عقب‌ماندگان متوسط<sup>۵</sup> از مرحله پیش عملیاتی (۲-۷) سالگی و عقب‌ماندگان سطحی از مرحله عملیات عینی (۷-۱۲) سالگی جلوتر نمی‌روند و این کودکان از نظر تحول ذهنی ۱/۲ تا ۳/۴ یک کودک عادی می‌باشند (جوادیان، ۱۳۸۸).

نظریه‌ها و پژوهش‌های مربوط به رشد کودک نشان می‌دهد که کودکان در آغاز تا بلوغ از مراحل مختلف رشد می‌گذرند. در مرحله حسی- حرکتی<sup>۶</sup> آنان به مدد حس و جنبش و در حیطه حرکتی<sup>۷</sup> درباره محیط اطراف خود به تجربه می‌پردازند و به تدریج به سوی مرحله ادراکی<sup>۸</sup> پیشرفت می‌کنند. هر دو مرحله فوق پایه و اساس پیشرفت و ارتقا آنان به سطح شناختی<sup>۹</sup> است

1 -Dell Lebo

2 -Emile

3- Landalt

4 -Shafer

5 -Moctevate Mental Retardation

6 -Sensory- motor

7 -motor ....

8 -Perceptual Phase

9 -Cogn....

برخوررداری کودکان از یک زمینه غنی و استوار از تجربیات حرکتی- ادراکی موجب رشد خودپنداره<sup>۱</sup> و تصور بدنی<sup>۲</sup> و حس اعتمادبه‌نفس در آنان می‌شود بنابراین غنی‌سازی رشد این فرایند در کودکان ضروری است و کودکانی که در پاسخ‌دهی مناسب در این فرایند فرو می‌مانند در یادگیری نیز با دشواری‌هایی مواجه خواهند گشت (سازمند، طباطبایی، ۱۳۸۹). تحقیقات نشان می‌دهد که کودکان کم توان ذهنی معمولاً در این فرآیند با تأخیرهایی مواجه‌اند بنابراین با توجه به نقشی که بازی می‌تواند در غنی‌سازی این فرآیند ایجاد نماید لازم است به آن پرداخته شود. به طوری که «هارلوک» به نقش بازی در ارتباط‌های اجتماعی تاکید دارد. «استرانگ» بازی را بهترین چراغ هدایت برای درمان بلوغ اجتماعی کودک می‌داند «اسپنسر» اظهار می‌دارد بازی وسیله سلامت جسم و پرورش حواس است. پیازه با مشاهده بازی کودکان خود موفق به کشف قوانین رشد ذهنی گردید و نظریه «رشد مراحل ذهنی» را ارائه نمود (احمدوند، ۱۳۸۹).

روانشناسان معتقدند که بازی به کودکان فرصت می‌دهد که توانایی‌های جسمانی‌شان را در مقایسه با معیارهای خود و دیگران آزمایش کنند و از طریق بازی حس بینایی، شنوایی و لامسه آنان پرورش می‌یابد. لذا با توجه به اثرات و نقش بازی در کلیه ابعاد زندگی کودکان و بهره‌گیری از بازی در قالب بازی درمانی که درمانگر بر جنبه‌ها و رابطه هیجانی بین خود و کودک تاکید و توجه دارد و امروزه نیز رویکردها و روش‌های متفاوت و رایج بازی درمانی شامل بازی درمانی آدلری، بازی درمانی گشتالتی، بازی درمانی رفتاری- شناختی و بازی درمانی راجرزی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

نگارنده در این پژوهش توجه خود را به کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش پذیر جلب کرده است، تا با توجه به نقش درمانی بازی و ویژگی‌های این کودکان فرصت‌هایی را برای آنان فراهم آورد تا به طور عمیق و در مکانی امن بتوانند توانایی‌های خود را برای انسان بودن (که حق آن‌ها است) تجربه کنند. این تجربه می‌تواند از طریق یک رابطه امن و در قالب بازی‌های آموزشی، حرکتی و اجتماعی که بین درمانگر و کودک برقرار می‌گردد حاصل شود. زیرا تحول اجتماعی یکی از حیطه‌هایی است که در این کودکان دچار آسیب شده است. کودکان عقب‌مانده ذهنی در توانایی برقراری، حفظ و تداوم یک رابطه منطقی اجتماعی ضعف‌هایی آشکار دارند. ظرفیت و کشش پایین ذهنی آنان منجر به عدم درک صحیح آن‌ها از روابط اجتماعی می‌گردد. براساس

مراحل رشد ذهنی، همکاران پیازه به بررسی رشد ذهنی کودکان عقب‌مانده ذهنی در چارچوب نظام پیازه پرداختند و به این نتیجه رسیدند که عقب‌ماندگان متوسط از مرحله پیش عملیاتی (۷-۲) سالگی و عقب‌ماندگان سطحی از مرحله عملیات عینی (۱۲-۷) سالگی جلوتر نمی روند و این کودکان از نظر تحول ذهنی ۱/۲ تا ۳/۴ یک کودک عادی می‌باشند (جوادیان، ۱۳۸۸).

از آنجا که در کودکان کم توان ذهنی اختلال حرکتی مشاهده می‌شود و فعل و انفعالات فیزیکی آنان در رابطه با محیط و سایر افراد عموماً در سطح نازل تری از هنجارهای طبیعی جامعه انجام می‌شود و به نقل از (منصور دادستان، ۱۳۸۶) کودکان معلول ذهنی عموماً دچار «کودنی حرکتی» می‌باشند. (فیت به نقل از شریفی درآمدی، ۱۳۸۶) اظهار می‌دارد که کودکان عقب‌مانده ذهنی در انجام امور حرکتی بین دو تا چهار سال از کودکان عادی عقب‌ترند. کودر<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) به نقل از شاکریان، (۱۳۹۰) با اجرای یک برنامه بازی و تربیت بدنی و حرکتی برای عقب‌ماندگان ذهنی نتایجی را به دست آورد. به طوری که افراد شرکت‌کننده در تحقیق وی از نظر هماهنگی، چابکی و استقامت پیشرفت کرده بودند. رشد و تحول اجتماعی نیز یکی از حیطه‌هایی است که کودکان عقب‌مانده ذهنی در توانایی برقراری ارتباط، حفظ و تداوم یک رابطه منطقی اجتماعی صفت‌های آشکار دارند (منشی طوسی، ۱۳۸۷) به لحاظ اهدافی که این پژوهش دنبال می‌کرد یعنی تأثیر بازی درمانی در رشد مهارت‌های حرکتی، شناختی، اجتماعی کودکان کم توان ذهنی در شهرکرد. لذا برای اعمال متغیر مستقل بازی‌هایی را که مبتنی بر افکار و دیدگاه‌های پژوهش‌گران است انتخاب و طراحی نموده است به نوعی که با این سه حیطه پیوند داشته باشد هرچند که نتایج حاصل از تحقیقات در این زمینه محدود بوده است اما قبل از اجرای بازی‌ها لازم است مربی نکات زیر را مورد توجه قرار دهد.

۱- چون هدف از ارائه بازی‌ها تنها گذاشتن کودکان در یک اتاق یا مکان با مقداری وسایل بازی و اسباب‌بازی که احتمالاً کودک نیز با آن‌ها آشنایی دارد نیست لذا مربی (درمانگر) پس از برقراری ارتباط با کودک باید ضمن اینکه احساس اطمینان به خود را به کودکان القا می‌کند عمیقاً به درک کامل از آنچه که انجام می‌دهد باشد. چون مفاهیمی که در این بازی‌ها نهفته است بسیار فراتر از تفریح و سرگرمی است و آموزش‌دهنده مفاهیم اساسی به کودک می‌باشد تا سبب بالا رفتن مهارت در او گردد، در واقع بهره‌گیری از روش‌ها و فنونی است که صاحب‌نظران پیشنهاد

1 -Moctevate Mental Retardation

2 -Koader