

تأثیر بازی درمانی بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی دوره ابتدایی شهر خرم‌آباد در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸

حسین مهرداد^۱

تاریخ وصول: ۹۰/۳/۲۶ تاریخ پذیرش: ۹۰/۸/۱۰

چکیده

هدف: بررسی تأثیر بازی درمانی بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی است. روش: شبه آزمایشی است و در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ در شهر خرم‌آباد انجام شد. جامعه آماری: تعداد ۱۹۱ دانش‌آموز ۵ کلاس ابتدایی مرکز کودکان استثنایی خرم‌آباد بودند. از هر ۵ کلاس به نسبت تعداد ۶۰ نفر جامعه نمونه براساس ویژگی‌های رفتاری خاص کودکان آموزش‌پذیر انتخاب و در دو گروه همتای آزمایش و گواه قرار گرفتند. سپس مداخلات بازی درمانی در قالب ۵ نوع بازی با هدف، وسیله و روش خاص روی گروه آزمایش طی ۲ ماه اجراء شد. ابزار: آزمون‌های معلم ساخته در دروس فارسی، ریاضی و علوم ابتدایی بود که روایی محتوایی آنها مورد تأیید معلمان مجرب و کارشناسان قرار گرفت. اطلاعات به دست آمده با نرم‌افزار SPSS در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در سطح توصیفی توزیع فراوانی، میانگین، انحراف معیار محاسبه گردید و در سطح استنباطی از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که بازی درمانی (فردی و گروهی) بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان عقب‌مانده اثر دارد $P < 0/001$. همچنین تأثیر بازی‌های گروهی بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی بیشتر از بازی‌های فردی بود. در پایان مشخص گردید که جنس دانش‌آموزان تأثیری در پیشرفت تحصیلی‌شان نداشت. بر اساس نتایج تحقیق

۱- عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرم‌آباد

گنجاندن جلسات بازی درمانی در برنامه درسی مرکز آموزش کودکان استثنایی همراه با پیشنهادهای دیگر توصیه گردید.

واژگان کلیدی: بازی، بازی درمانی، پیشرفت تحصیلی، عقب‌مانده ذهنی.

مقدمه

بازی درمانی یک تعامل کمکی بین کودک و بزرگسال آموزش دیده است که از طریق ارتباط نمادین در بازی، در جستجوی راه‌هایی برای کاهش آشفتگی‌های هیجانی کودک است. به طوری که کودک در طی تعاملات بین فردی با درمانگر، پذیرش، تخلیه هیجانی، کاهش اثرات رنج‌آور، جهت‌دهی مجدد تکانه و تجربه هیجانی تصحیح شده را تجربه می‌کند (رینی ورنر^۱ به نقل از سازمند، ۱۳۸۰). بازی درمانی، رویکرد فعالی است که می‌توان آن را به صورت انفرادی یا گروهی به کار برد. به گونه‌ای که به کودکان اجازه می‌دهد تا به واسطه بازی، احساسات هشیار و ناهشیارشان^۲ را آشکار سازند.

نظریه‌ها از لحاظ نوع تبیین بازی کودکان، بسیار متفاوتند، به طور مثال، بازی را به عنوان مؤلفه‌ای از تحول شناختی و عقلانی مورد توجه قرار می‌دهند (پیاژه، ۱۹۶۲)؛ یا آن را فرایندی برای رهاسازی استرس‌های مرتبط با رشد و بزرگ شدن می‌دانند (الکیند^۳، ۱۹۸۱). یا بازتابی از فشارهای فرهنگی است (اسلاتر^۴ و دامبروسکی^۵، ۱۹۶۹) و وسیله‌ای برای یادگیری مهارتی تازه می‌باشد (ای فینک^۶، به نقل از راغفر، ۱۳۸۳). مع ذلک هیچ‌یک از این نظریه‌ها تضادی در استفاده از بازی به عنوان یک روش درمانی ندارند.

-
1. Reiny, werner
 2. Conscious and unconscious feelings
 3. Elkind
 4. Slaughter
 5. Dombrowski
 6. Fink

اگرچه افراد مختلف ممکن است درباره علت بازی کردن کودکان اختلاف نظر داشته باشند، ولی با این نکته موافقت می‌کنند که بازی از مؤلفه‌های ضروری زندگی کودکان است، چرا که آنها به هنگام بازی معمولاً در طبیعی‌ترین و راحت‌ترین وضعیت هستند؛ و به همان راحتی که بزرگسالان احساساتشان را از طریق گفتار ابراز می‌کنند، آنها نیز همین کار را به وسیله بازی انجام می‌دهند. بنابراین، بازی وسیله فوق‌العاده کارآمد و مؤثری است که با کمک آن می‌توان وارد دنیای درونی کودکان شد (فضلی‌خانی، ۱۳۷۸).

زمینه آغاز این دیدگاه که بازی را به عنوان یک رویکرد درمانی مورد توجه قرار داده است، می‌توان به درمانگران دارای جهت‌گیری روان‌تحلیل‌گرانه نسبت داد. یکی از تأثیرگذارترین این افراد ملانی کلاین^۱ است (سگال^۲، ۱۹۷۲). او بازی درمانی را به عنوان وسیله‌ای جایگزین برای ابراز کلامی و همچنین شیوه آشکارسازی خیال‌پردازی‌های کودک و احساسات ناهشیارانه به طریق تداعی آزاد می‌دید که باید توسط درمانگر مورد تعبیر و تفسیر قرار گیرد. یکی دیگر از پیشکسوتان، آنا فروید (۱۹۴۷) است که از بازی برای ایجاد رابطه‌ای مثبت با کودکان و نهایتاً ابراز کلامی معنادار استفاده می‌کرد. بر خلاف کلاین، او معتقد بود که بازی کودکان اساساً بیشتر نمایانگر تجاربی است که از زندگی روزمره نشأت می‌گیرد نه تداعی افکار آزاد ناهشیار. تفسیر درمان‌گرایانه تعارضات شخصیت اساساً مبتنی بر بیان کلامی کودک است. یکی دیگر از تئوری‌های روان‌تحلیل‌گری تأثیرگذار که در بازی درمانی استفاده می‌شود «تئوری ارتباط» است، که از طریق کارهای او تورنک^۳ (۱۹۳۶) توسعه یافت. تأکید این شیوه درمانی متمرکز بر ارتباطی است که بین درمانگر و کودک برقرار می‌شود. بازی وسیله‌ای برای ایجاد ارتباط است و بخش عمده تفسیر بالینی از شیوه ارتباطی کودک با درمانگر نشأت می‌گیرد. به منظور تشویق کودک به ابراز احساسات واقعی‌اش، محیط درمانی باید ساده و آزادانه باشد. چنین محیطی به کودک اجازه می‌دهد تا آنچه را می‌خواهد، انجام دهد؛ مانند

1. Melanie klian
2. Swgal
3. Auto, rank

انجام دادن فعالیت‌هایی که خطرناک نیستند. با گذر زمان تئوری ارتباطی، به طور فزاینده‌ای به صورت یکی از مؤلفه‌های مهم رویکردی بازی درمانی درآمد که توسط درمانگران با جهت‌گیری روان‌تحلیل‌گری استفاده می‌شد (جی کداسن^۱، به نقل از صابری، ۱۳۸۶).

گینات^۲ (۱۹۶۱) در ابتدای کار با به کارگیری راهبردهای بازی درمانی با گروه‌ها، یک ارتباط بسیار مستقیم را بین درمانگر و کودک ترسیم کرد. او طرفدار استفاده از محدودیت (به جای آزادی) به عنوان شیوه‌ای ضروری برای تحول ایگو (خود) و برقراری یک ارتباط توأم با اعتماد بود. رویکرد نظری دیگری در بازی درمانی از کارهای ویرجینیا اکسلاین^۳ (۱۹۴۷) شکل گرفته است و یک نظریه پرداز پدیدار شناختی است که بسیاری از راهبردها و فنون را به شکلی منطبق با کار کارل راجرز در درمان غیرمستقیم یا مراجع محور بنا نهاد (محمدی، ۱۳۷۸). استفاده از بازی درمانی در کلینیک‌های مشاوره کودک، از رسوم دیرین مددکاران اجتماعی روان‌پزشکی است. امروزه به نظر می‌رسد استفاده از شیوه‌های رفتاری در کار با کودکان و در مشاوره کودک متداول‌تر شده است. حتی نفوذ خانواده درمانی بر اساس رویکرد سیستم‌ها، برای فهم پویایی‌های خانواده، قوی‌تر شده و منجر به تأکید بر کار خانواده شده است (لسک، به نقل از صدرالسادات، ۱۳۷۷).

در زمینه آموزش و پرورش، بازی درمانی بیشتر احتمال دارد که توسط معلمین متخصص در کلاس‌ها و واحدهایی برای کودکان ناسازگار عرضه شود. بازی درمانی گاهی در مدارس خاص شبانه‌روزی قابل اجرا است، اما گاهی نیز از جانب هنر درمانگران و گاهی از جانب معلمین و مددکاران اجتماعی شبانه‌روزی که مهارت‌هایی را در این کار کسب کرده‌اند ارائه می‌شود. مشاورین معلم، برای کودکان پیش دبستانی و معلمین خاص دیگر و همچنین برخی از گفتار درمانگران و روان‌شناسان ممکن است در کمک به کودکان دارای تأخیر در رشد و کودکان دارای ناتوانی‌ها و مشکلات یادگیری از بازی درمانی استفاده کنند. مربیان و پرستاران

1. G. kadasen
2. Ginott
3. Viginia axline

مهد ممکن است در مدارس و کلاس‌های مهد از بازی درمانی استفاده کنند (ل لندرث^۱، به نقل از آرین، ۱۳۷۶).

پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان به طور کلی یکی از شاخص‌های مهم در ارزشیابی مدارس می‌باشد و تمام کوشش آموزش و پرورش در هر دوره‌ای جامعه عمل پوشاندن به این امر تلقی می‌شود. به طور کلی جامعه و به طور ویژه نظام آموزش و پرورش نسبت به سرنوشت، تکامل، موفقیت و جایگاه دانش‌آموزان در جامعه نگران و علاقه‌مند است و انتظار پیشرفت و تعالی در ابعاد گوناگون شناختی، عاطفی و روانی - حرکتی را دارد (احمدی، ۱۳۷۵).

دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی به دلیل وجوه تشابه بیشتری که با هم دارند به چهار گروه دیرآموز، آموزش‌پذیر و تربیت‌پذیر و حمایت‌پذیر تقسیم می‌شوند. اهداف آموزش و پرورش این کودکان مبتنی بر توسعه اطلاعات عمومی و ضروری، رشد مهارت‌های حسی - حرکتی، اجتماعی و حرفه‌ای و گروهی، تقویت حافظه بصری و سمعی، توانایی تشخیص، تفهیم معانی و بیان نظریات، آشنایی با طبیعت و برقراری ارتباط صحیح و متقابل با دوستان و همکلاسی‌هاست. تحقق این اهداف با طبقه‌بندی اهداف در سه حیطه شناختی، عاطفی و روانی - حرکتی امکان‌پذیر است (همان‌منبع). خواندن، عمده‌ترین هدف آموزش این کودکان در حیطه شناختی است. در این زمینه باید به گسترش خزانه لغوی بیشتر توجه شود. سایر اهداف در حیطه‌های عاطفی و به خصوص روانی - حرکتی برابر برنامه‌ای خاص طبقه‌بندی می‌شوند.

چگونگی تحقق این اهداف در این تحقیق با آزمون معلم ساخته معلمان مرکز کودکان استثنایی استان و بازی‌ها و دستورالعمل‌های آنها (که در بخش ابزار گردآوری داده‌ها به تفصیل توضیح داده شده است) مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرد.

در بازی درمانی، همانند سایر اشکال روان‌درمانی، درمان‌گر مداخلات خود را با نیازهای هر مراجع و اهداف خاص درمانی هر مورد سازگار می‌کند. راس^۲ اظهار می‌کند که «بسته به

1. L. lendorth
2. Ross

نیازهای ابراز شده کودک، درمان‌گر باید از طریق مشاهده، مشارکت فعال داشته باشد». درمان‌گر به دنبال توجه متفکرانه در مورد معانی، ضمن‌نگرش و عملکردش روی کودک، از میان نقش‌های مختلف (مشارکت، بازدارنده، تعبیر و تفسیر) دست به انتخاب می‌زند (دابلیو ماфт^۱، به نقل از صدرالسادات، ۱۳۷۵).

کودک سرشار از انرژی است و نیاز دارد این انرژی‌ها را در جهات مثبت و منفی تخلیه نماید تا از این طریق افکار خلاقش رشد نماید، اعتماد به نفس او افزایش یابد، اراده‌اش تقویت شود و به آرامش روح دست پیدا کند (احمدی، ۱۳۷۵). اگر موقعیت‌های مناسب جهت آزادسازی انرژی به دست نیاید این انرژی‌های سرشار به اضطراب تبدیل می‌شوند و حتی گاهی آثار جسمی نظیر شب‌ادراری و کھیر و غیره بروز می‌کند. بازی به عنوان فرایندی چند بعدی که به نحو قابل توجهی در خدمت تکامل و رشد کودک است می‌تواند راهی جهت تخلیه این انرژی‌ها در مسیر صحیح باشد. کارل گروس^۲ از صاحب‌نظران قرن نوزدهم اعتقاد دارد؛ بازی عاملی است برای رشد نیروهای خام و آماده‌سازی آنها برای استفاده در زندگی، بازی فرایند یادگیری را برای کودک، این انسان کوچک لذت بخش می‌کند و همچنین منجر به ارضای بسیاری از نیازهای اساسی و زیربنایی او می‌شود. اهمیت بازی در مباحث روان‌شناسی تا حدی است که صاحب‌نظران آن را تفکر کودک نامیده‌اند (قاسمی، ۱۳۷۷). کودک با بازی کردن موقعیتی به دست می‌آورد تا اعتقادات، احساسات و مشکلات خود را پیدا کند و مهارت‌های زندگی را بیاموزد. ساعات زیادی را که کودکان صرف بازی می‌کنند نمی‌توان به هیچ وجه تلف شده تلقی نمود؛ بازی ممکن است شادی‌بخش باشد ولی در دوران کودکی یک کار جدی است. بدون تردید بازی بهترین شکل فعالیت طبیعی هر کودک محسوب می‌شود. بازی مؤثرترین و پرمعناترین راه یادگیری کودکان است (الساندرینی^۳، به نقل از محمد اسماعیل، ۱۳۸۳، ص ۱۳۳).

1. W. maftt
2. Carl gross
3. Alessandrini

بدین ترتیب «بازی درمانی»^۱ تدبیر مناسبی است که هم ارتباط با کودک را تسهیل هم ارزیابی داشته‌ها و جبران و درمان نقص‌ها و ناتوانی‌های او را میسر می‌گرداند. بدین خاطر هیچ درمانگری نیست که در حوزه‌های کار با کودک، خود را از بازی درمانی بی‌نیاز بداند (لسک جو دیت^۲، به نقل از صدرالسادات، ۱۳۷۷).

تأثیر بازی فقط بر کودکان عادی نیست بلکه تأثیر بیشتری بر روی کودکان عقب‌مانده ذهنی دارد. به طوری که در مورد کودکان عقب‌مانده ذهنی و آموزش آنها نیز جایگاه ویژه و مهمی دارد. هرچه کودک عقب‌مانده ذهنی کنترل بهتری بر بدن خود داشته باشد اعتماد به نفس او افزایش می‌یابد و از نظر رشد ذهنی و یادگیری بازی فرصت شناخت محیط اطراف را به کودک عقب‌مانده ذهنی می‌دهد. بازی همانند عشق است، همه می‌دانند که چیست اما کسی نمی‌تواند آن را تشریح کند (جنس^۳، به نقل از شهرابی، ۱۳۷۲). اهمیت بازی در رشد انسان از زمان‌های گذشته تا به حال روشن بوده است و از این زمان اشیاء به خواست انسان تغییر شکل دادند تا بتوانند اندیشه او را در شکل‌دهی به بازی غنای بیشتری بخشند. ابداع زبان در جهت انتقال اندیشه‌ها و تشکیل جوامع بزرگ تر بشری به علت آسان شدن راه تبادل اطلاعات بدعت جدیدتری در بازی به وجود آوردند، و در واقع این دوران آغازگر بازی‌های خلاقانه‌تری است که نیاز به استفاده از زبان و کلمات برای انجام دادن آن ضروری است. بازی روش یادگیری کودک و پاسخی به نیاز درونی او بر انجام گرفتن فعالیت است (عمادپور، ۱۳۷۷). در بازی، کودک خود را درگیر همان انرژی و نگرشی می‌کند که یک فرد بزرگسال در کارهای مهم و هدف‌دار خود درگیر آن است. برای هر کودکی بازی یک امر جدی و یک فعالیت هدفمند است که نباید با سرگرمی و وقت‌گذرانی اشتباه شود (الساندرینی، به نقل از محمد اسماعیل، ۱۳۸۳، ص ۱۲۴).

1. Play therapy

2. Lesk, j

3. Chance

یکی از گروه‌های استثنایی، کودکان با مشکل عقب‌مانده ذهنی می‌باشند که به وسیله انجمن امریکایی که تخصصی‌ترین سازمان در زمینه عقب‌مانده ذهنی است این چنین تعریف شده است: عقب‌ماندگی ذهنی سطحی از عملکرد هوش عمومی است که میزان آن به مقدار زیاد از حد متوسط کمتر بوده به طوری که منجر به نقیصی در رفتار سازشی گردیده و در جریان رشد، خود را نشان می‌دهد (بابایی، ۱۳۸۰). با توجه به اهمیت ویژه‌ای که بازی در مورد کودکان به خصوص کودکان عقب‌مانده ذهنی دارد و با توجه به آنچه از دید بزرگ‌ترها صرفاً بازی و سرگرمی تلقی می‌شود، از دیدگاه کودک، بازی نوعی فعالیت است که کودک برای انجام دادن آن حتی مشکلاتی را بر خود هموار می‌کند. این فعالیت در زندگی آینده کودک نیز گامی به سوی رشد تلقی می‌شود (جی کدرسن، به نقل از صابری، ۱۳۸۶) از جمله تحقیقاتی که راجع به بازی کودکان عقب‌مانده ذهنی انجام گرفته پایان‌نامه مریم محمدی (۱۳۷۸) است که موضوع آن بررسی نظر معلمان مدارس در مورد تأثیر بازی در یادگیری و رشد عاطفی اجتماعی دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی مقطع ابتدایی زنجان است. در بررسی انجام شده مشخص گردید که بازی در آموزش شیوه زندگی فردی، رفتار اجتماعی و همچنین در آموزش قوانین و مقررات و نقش‌های اجتماعی و کسب آگاهی از جهان پیرامون و نیز آموزش اخلاق به کودکان نقش به‌سزایی دارد. بازی کودکان عقب‌مانده ذهنی در مقطع ابتدایی در بهبود سلامت عمومی و کنترل اعضای بزرگ و عضلات درشت بدن همانند دست‌ها و پاها مؤثر است. نتیجه‌گیری کلی از این پایان‌نامه این است که بازی باعث رشد اجتماعی کودکان عقب‌مانده ذهنی مقطع ابتدایی می‌شود. همچنین پایان‌نامه مریم رسولی (۱۳۷۶) که موضوع آن بررسی تأثیر بازی درمانی بر تکامل اجتماعی کودکان ۴-۶ ساله دچار تأخیر تکامل اجتماعی در شیرخوارگاه آمنه تهران در سال ۱۳۷۶ می‌باشد قابل ذکر است. این پژوهش، تحقیقی تجربی است که به منظور بررسی تأثیر بازی درمانی، بر تکامل اجتماعی کودکان ۴-۶ ساله دچار تأخیر در تکامل اجتماعی مقیم شیرخوارگاه آمنه انجام پذیرفته است. جامعه مورد پژوهش، کودکان ۴-۶ ساله مقیم شیرخوارگاه آمنه بودند که حداقل یک سال از اقامت آنها در

شیرخوار گاه گذشته و فاقد هر گونه مشکل و بیماری جسمی و ذهنی (تالاسمی، فلج اندام‌ها، نقص عضو و عقب‌ماندگی ذهنی) بودند. ابزار گردآوری اطلاعات مقیاس بلوغ اجتماعی واینلند^۱ بوده است که شامل هشت زمینه مختلف سؤالات مرتبط با تکامل اجتماعی کودکان می‌باشد و بر اساس آن سن اجتماعی کودکان قابل سنجش و اندازه‌گیری می‌گردد. کودکانی که سن اجتماعی آنها - که براساس مقیاس بلوغ اجتماعی واینلند و توسط مربیان مربوطه محاسبه گردیده است - حداقل به میزان ۲/۱ سال از سن تقویمی آنها کمتر بود، به عنوان کودکان دچار تأخیر در تکامل اجتماعی شناخته شدند که تعداد آنها ۲۶ نفر بود (۲۲ پسر و ۴ دختر) و این کودکان براساس روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و با استفاده از جدول اعداد تصادفی، دو گروه آزمون و شاهد تقسیم گردیدند. کودکان گروه آزمون به مدت پنج هفته و هر هفته در سه جلسه دو ساعته در اتاق بازی بخش و با حضور پژوهشگر در جلسات به منظور ساختار بخشیدن به بازی‌ها و هدف‌دار نمودن آنها در جهت ارتقای سطح تکامل اجتماعی کودکان مذکور بوده است. پس از پایان مدت زمان تعیین شده، کودکان هر دو گروه آزمون و شاهد مجدداً با استفاده از بلوغ اجتماعی واینلند مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آماری اطلاعات که توسط آزمون تی صورت گرفت، نشان داد که اختلاف میانگین سن اجتماعی کودکان گروه شاهد با گروه آزمون پیش از بازی درمانی معنی‌دار نبوده است، در صورتی که این اختلاف میانگین در دو گروه شاهد و آزمون بعد از بازی درمانی معنی‌دار می‌باشد. یعنی بازی درمانی باعث افزایش سن اجتماعی کودکان گروه آزمون گردیده است. به منظور بررسی تأثیر بازی درمانی بر سن اجتماعی بعد از بازی درمانی و با در نظر گرفتن متغیرهای دیگری چون جنس و طول دوره اقامت از آنالیز رگرسیون چند متغیره استفاده شد که به روش گام به گام متغیرهای نهایی در مدل مشخص گردیدند. بر این اساس مشخص گردید که جنس کودک در طول مدت اقامت در شیرخوار گاه تأثیری در وضعیت تکامل اجتماعی کودک نداشته است.

خلاصه اینکه بازی متداول‌ترین وسیله برای بیان عقیده و ابراز احساسات کودکان است. در بازی درمانی و آموزش از راه بازی باید رابطه خوبی با کودک برقرار شود و کودک مورد پذیرش قرار گیرد و آزادی عمل داشته باشد تا با میل خود در بازی شرکت کند. فضا و مکان بازی باید آرام باشد. افرادی که مسئول پژوهش کودکان هستند باید نقش بازی را در پرورش و رشد کودک درک کرده و مصالح و شرایط روحی لازم را برای بروز آزادانه توانایی‌های طبیعی در کودکان فراهم آورند و به شکوفایی آنان کمک کنند. استان لرستان متأسفانه همواره در مسائل مربوط به دانش‌آموزان استثنایی ضعیف عمل نموده است، این دانش‌آموزان به توجه و حمایت اولیاء و مربیان نیاز بسیار زیادی دارند و همانطور که می‌دانیم بازی در رشد عمومی کودکان مؤثر است. در مورد اهمیت مسأله بازی همین بس که در تعالیم دینی و زندگی پیشوایان مشاهده می‌کنیم که تا چه اندازه به بازی اهمیت می‌دهند و در احادیث نقل شده از حضرت محمد (ص) شرط تفاهم و همدلی و همچنین فراهم آوردن زمینه رشد شخصیت کودک را رفتن اولیاء و بزرگ‌ترها در قالب شخصیت کودکان است. نحوه برخورد پیامبر اسلام با کودکان از ظرافت و دقت و روشنی ویژه‌ای برخوردار بوده و در حساس‌ترین لحظات زندگی با عمل و بازی رفتار پیامبرانه را به کودکان می‌آموختند. پس همان‌گونه که ملاحظه می‌شود استفاده از بازی برای آموزش کودکان از سال‌ها قبل و از زمان پیامبر (ص) بوده است. عنایت به مطالب فوق و مبانی نظری مورد اشاره و نیاز مبرم دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی استان لرستان به حمایت جدی اولیاء و مربیان، محقق را به تحقیق پیرامون نقش بازی درمانی در پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان و تحقق اهداف و آزمون فرضیه‌های زیر برانگیخت:

اهداف کلی: ۱- شناسایی تأثیر بازی درمانی بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی. ۲- ارائه پیشنهادهایی بر اساس یافته‌های تحقیق.

اهداف ویژه: ۱- پی بردن به تأثیر بازی درمانی بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی.

۲- پی بردن به تأثیر بازی درمانی فردی نسبت به بازی درمانی گروهی بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی. ۳- شناخت تأثیر بازی درمانی بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی پسر نسبت به دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی دختر.

فرضیه‌های تحقیق

- ۱- بازی درمانی بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی تأثیر دارد.
- ۲- تأثیر بازی‌های گروهی بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی بیشتر از بازی‌های انفرادی است.
- ۳- تأثیر بازی درمانی بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی پسر نسبت به دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی دختر بیشتر است.

روش

این تحقیق با توجه به هدف و ماهیت آن از نوع کاربردی است که به شیوه نیمه‌تجربی و با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون می‌باشد. در این نوع تحقیقات معمولاً محقق به دنبال مقایسه اثرات وجود یک عامل و یا عدم اثر آن در شرایط خاص است. در این پژوهش دو گروه به نام گروه آزمایش و گروه کنترل وجود دارد و معمولاً سعی می‌شود این گروه‌ها از نظر متغیرهای مهم (متغیرهایی که بر متغیر وابسته اثر می‌گذارند) هم‌تا باشند (دلاور، ۱۳۸۵).

جامعه آماری

جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی دوره ابتدایی شاغل به تحصیل در مرکز آموزش کودکان استثنایی شهرستان خرم‌آباد در سال تحصیلی که تعداد آنها برابر جدول شماره ۱ جمعاً ۱۹۱ نفر (شامل ۸۶ نفر دختر و ۱۰۵ نفر پسر) می‌باشد.

روش جمع‌آوری داده‌ها

دانش‌آموزان گروه آزمایش به مدت ۲ ماه، هر هفته ۳ جلسه و هر جلسه به مدت یک ساعت جمعاً به مدت ۲۴ جلسه زیر نظر مشاوران و معلمان مرکز تحت بازی درمانی قرار گرفتند و محقق خود شخصاً بر حسن اجرای برنامه نظارت داشتم. در ۳ جلسه اول بازی شماره یک یعنی مین‌گذاری با هدف ایجاد ارتباط با کودک مقاوم و ناراضی، فرصت دادن به کودک برای کشف نقاط ضعف و قوت خویش و کمک به کودک در تمرین و مهارت‌های اجتماعی اجراء گردید. در جلسات ۴ و ۵ بازی شماره ۲ یعنی نقاشی با انگشت با هدف کمک به کودک در بیان احساسات شدید یا سرکوب شده و کسب حس تسلط بر وقایع تجربه شده و تجربه نشده به مورد اجراء گذارده شد. بازی‌های شماره ۳، ۴ و ۵ در ادامه به صورت هر هفته هر کدام در یک جلسه با هدف کمک به کودک برای تخلیه هیجانات، تجربه هیجانات قوی‌تر، تمرین رفتارهای جدید، آموختن مهارت‌های اجتماعی، تقویت حواس پنجگانه، پیشرفت مفاهیم و تن آگاهی اجراء گردید؛ به این صورت که در طول یک هفته سه بازی انجام می‌شد. پس از اتمام دوره دو ماهه آزمون‌های معلم ساخته معتبر مورد اشاره روی آزمودنی‌های هر دو گروه آزمایش که تحت مداخله بودند و گروه گواه که هیچ مداخله‌ای طی این مدت ۲ ماهه روی آنها انجام نگرفته بود، اجراء شد. به منظور جلوگیری از اطاله مطلب و صرفه‌جویی در نوشتار اختصاراً فقط به توضیح بازی شماره دو خواهیم پرداخت.

بازی شماره ۲ نقاشی با انگشت

مواد لازم: کاغذ در اندازه بزرگ، ظروف رنگ، پیش بند پلاستیکی برای حفاظت

لباس‌ها، آب در دسترس.

نحوه بازی

بهترین نقاشی انگشتی، روی کاغذ بزرگ قابل پیاده شدن است. در آغاز کار، دانش‌آموز پیش‌بند پلاستیکی خود را می‌بندد و در گروه‌های ۲ نفری شروع به نقاشی با انگشت می‌کنند. نقاشی انگشتی مربوط به تجربه‌های بساوی و جنبشی می‌شود. این کار می‌تواند آرامش‌دهنده باشد و بیان گرم و دوستانه کمتر کنترل شده‌ای را به صورت طبیعی و عادی تشویق و تقویت می‌کند. نقاشی انگشتی به کودک این فرصت را می‌دهد که تصویری را که می‌کشد به سرعت تغییر دهد یا با رنگ بیشتری آن را محو کند. اندازه کاغذ تنها محدودیت این کار است. در این بازی کودک هر کاری که دلش بخواهد می‌تواند انجام دهد. چون کودک با انجام دادن این بازی به آمادگی‌های لازم می‌رسد تا بر امور حرکتی و تجارب خویش تسلط یابد، لذا نقاشی با انگشت بهترین نوع تمرین در این زمینه است (گلدارد^۱، به نقل از برآبادی، ۱۳۸۱).

لازم به ذکر است که مشاور یا معلم بر فرآیند بازی کنترل غیرمحسوس و در عین حال دقیق خواهد داشت. گرچه معلمان و مشاوران مرکز خود با انواع بازی‌ها آشنایی داشتند، اما در ابتدا توضیحات لازم پیرامون اهداف وسایل و چگونگی انجام گرفتن بازی‌ها به وسیله محقق در یک جلسه به ایشان ارائه گردید.

یافته‌ها

فرضیه ۱ پژوهش: بازی درمانی بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تأثیر دارد. برای طرح دو گروهی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون مناسب‌ترین تحلیل، تحلیل کوواریانس است که در آن از پیش‌آزمون به عنوان متغیر تصادفی کمکی استفاده می‌شود (دلاور، ۱۳۸۵). بنابراین جهت آزمون فرضیه فوق از تحلیل کوواریانس استفاده گردید. بدین منظور ابتدا میانگین و انحراف معیار نمرات گروه‌های کنترل و آزمایش در پس‌آزمون و به تفکیک جنسیت به شرح جدول زیر محاسبه گردید.

1. Coldard

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌های گروه‌های کنترل و آزمایش در پس‌آزمون به

تفکیک جنسیت

تعداد	انحراف معیار	میانگین	شاخص آماری	
			جنسیت	گروه‌ها
۱۵	۲/۸۰۲۹۶	۱۶/۶۱۶۷	پسر	کنترل
۱۵	۲/۲۹۰۶۶	۱۶/۱۱۶۷	دختر	
۳۰	۲/۵۴۸۰۰	۱۶/۳۹۱۷	مجموع	
۱۵	۲/۴۵۹۷۹	۱۸/۱۳۳۳	پسر	آزمایش
۱۵	۲/۵۹۶۲۰	۱۷/۴۶۶۷	دختر	
۳۰	۲/۵۲۹۸۲	۱۷/۸۰۰۰	مجموع	
۳۰	۲/۷۲۴۰۷	۱۷/۳۷۵۰	پسر	مجموع
۳۰	۲/۵۱۴۳۱	۱۶/۸۱۵۷	دختر	
۶۰	۲/۶۲۵۲۶	۱۷/۰۹۵۸	مجموع	

جدول ۳. تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه میانگین‌های نمرات پس‌آزمون آزمودنی‌های گروه‌های

گواه و آزمایش

سطح معناداری	آماره F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	منبع تغییرات
$P < ۰/۰۱$	۳۷۷/۵۳۹	۵۷۵/۵۳۹	۱	۵۷۵/۵۳۹	پیش‌آزمون (متغیر کمکی)
$P < ۰/۰۱$	۶۷/۱۸۸	۱۰۲/۴۷۸	۱	۱۰۲/۴۷۸	بین‌گروهی
$P < ۰/۰۳۰$	۴/۸۱۸	۷/۳۴۸	۱	۷/۳۴۸	جنس
$P < ۰/۰۱$	۱۸/۶۱۵	۲۸/۳۹۲	۱	۲۸/۳۹۲	گروه * جنس
-	-	۱/۵۲۵	۵۹	۱۷۵/۴۰۲	خطا (درون گروهی)
-	-	-	۶۰	۳۵۸۹۲/۲۵۰	کل

با توجه به اطلاعات جداول ۱ و ۲ نتایج زیر به دست می‌آید:

۱- میانگین نمرات پس آزمون گروه آزمایش در سطح معناداری $P < 0/01$ بیشتر از گروه کنترل است.

$$Me = 17/80 \text{ و } Mc = 16/39 \text{ و } F = 67/188 \text{ و } P < 0/01$$

$16/39 =$ مجموع میانگین گروه کنترل و $17/8 =$ مجموع میانگین

۲- میانگین نمرات پس آزمون پسران بیشتر از دختران است. (بدون در نظر گرفتن گروه‌های آزمایش و گواه)

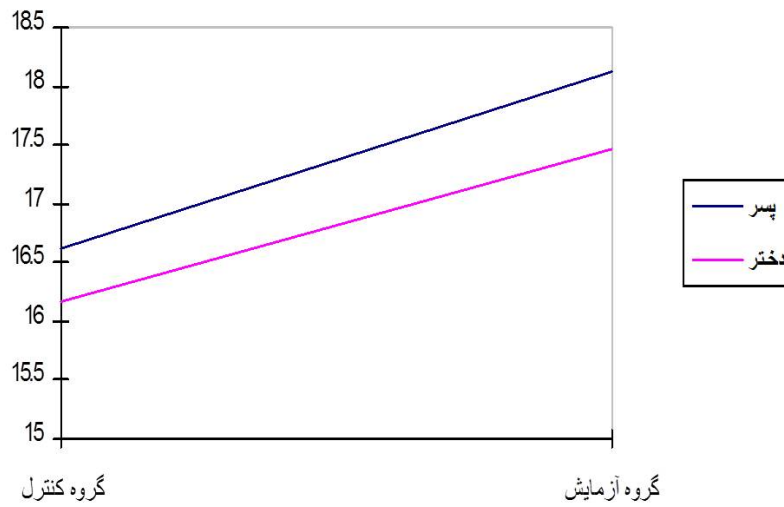
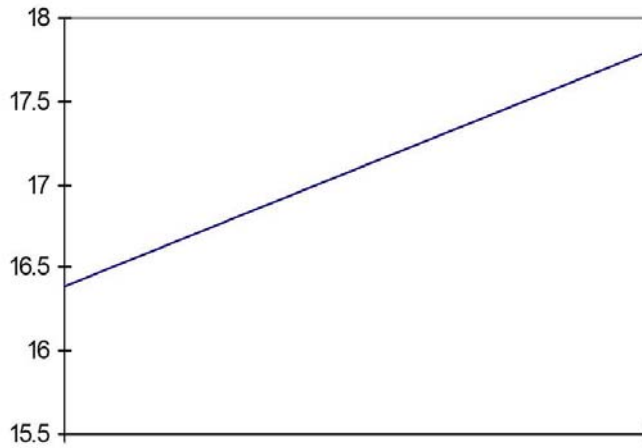
$$Mb = 17/37 \text{ و } Mg = 16/81 \text{ و } F = 4/818 \text{ و } P < 0/030$$

$16/81 =$ مجموع میانگین دختران و $17/37 =$ مجموع میانگین پسران

۳- اثر متقابل گروه و در سطح $P < 0/01$ معنی دار است.

$$F = 18/615 \text{ و } P < 0/01$$

بنابراین چنین استنباط می‌کنیم که فرضیه یک پژوهش تأیید می‌شود؛ یعنی بازی درمانی بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی تأثیر دارد.
نتایج فوق در نمودارهای (۱) و (۲) به وضوح نشان داده شده است.



فرضیه ۲ پژوهش: تأثیر بازی درمانی گروهی بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی بیشتر از بازی‌های انفرادی است. برای آزمون فرضیه فوق نمرات پس از آزمون گروه‌های آزمایش که تحت آموزش بازی درمانی گروهی و انفرادی قرار گرفتند با استفاده از

آزمون تی گروه‌های مستقل با هم مقایسه گردید که نتایج آن در جدول شماره ۴ به شرح زیر ارائه می‌گردد.

جدول ۴. مقایسه میانگین‌های نمرات پس آزمون آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش انفرادی و گروهی

گروه‌ها	آماره	تعداد	میانگین	آماره t	درجه آزادی	سطح معناداری
آزمایش انفرادی	۱۵	۱۷	۲/۵۶۲	۲۸	$P < ۰.۰۱۳$	
آزمایش گروهی	۱۵	۱۸/۶				

با توجه به نتایج به دست آمده از جدول شماره ۴ چون مقدار محاسبه شده برای آماره t یعنی ۲/۵۶۲ در سطح $\alpha = ۰/۰۵$ و با درجه آزادی ۲۸ از t جدول (۱/۹۶) بیشتر است، نتیجه می‌گیریم که میانگین نمرات پس آزمون گروهی که تحت آموزش بازی درمانی گروهی قرار گرفته‌اند (۱۸/۶) بیشتر از میانگین نمرات پس آزمون گروهی است که تحت آموزش بازی درمانی انفرادی قرار گرفته‌اند (۱۷)، بنابراین فرضیه فوق مورد تأیید قرار می‌گیرد؛ یعنی اثر بازی درمانی گروهی بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی بیشتر از بازی‌های انفرادی است.

فرضیه ۳ پژوهش: تأثیر بازی درمانی بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی

پسر نسبت به دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی دختر، بیشتر است.

برای آزمون فرضیه فوق نمرات آزمون آزمودنی‌های پسر و دختر که تحت آموزش بازی درمانی قرار گرفتند (گروه آزمایش) با استفاده از آزمون تی گروه‌های مستقل با هم مقایسه گردید. نتایج در جدول شماره ۵ و به شرح زیر ارائه می‌گردد.

جدول ۵. مقایسه میانگین‌های نمرات پس آزمون دانش‌آموزان پسر و دختر در گروه آزمایش

را بر پرخاشگری آشکار و پنهان (کلامی و غیر کلامی) مورد بررسی قرار داد. براساس یافته‌های نهایی این پژوهش اثربخشی این روش بر پرخاشگری کلامی محدود است و مستلزم بررسی الگوهای قابل اغماض تر پرخاشگری در چهارچوب خانواده کودک می‌باشد. کاهش فراوانی پرخاشگری آشکار و جسمانی در کودکان گروه آزمایش، اثربخشی این روش را در این تحقیق بر پرخاشگری آشکار غیر کلامی تأیید می‌کند. گرایش به فرافکنی پرخاشگری به سوی موضوع بیرونی و نیز تأکید بر شدت مانع بیرونی. براساس نتایج آزمون تصاویر ناکامی کودکان گروه آزمایش کاهش پیدا کرد. این یافته مبین اثربخشی روش بازی درمان‌گری بر پرخاشگری پنهان کلامی است. تحول رفتار کودکان گروه آزمایش در سطوح مختلف کنش‌وری نیز اثربخشی این روش را در افزایش رفتارهای سازش یافته‌تر مورد تأیید قرار می‌دهد. عمادپور (۱۳۷۷) در تحقیق خود نیز به این نتیجه رسید که بازی نمایشی در یادگیری درس ریاضی کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش پذیر مؤثر است. همچنین نتایج تحقیق حاضر با مبانی نظری پژوهش ایشان همخوانی دارد. ژان پیاژه به نقل از خمارلو (۱۳۷۵) بازی را به عنوان مؤلفه‌ای از تحول شناختی و عقلانی معرفی می‌کند. احدی و همکار (۱۳۸۰) می‌گویند: بازی فرآیندی قابل توجه و مهم برای رهاسازی استرس‌های مرتبط با رشد و بزرگ شدن است. اولیور^۱ در تحقیق خود بر روی کودکان عقب‌مانده ذهنی نشان داد که بازی درمانی موجب توفیق بیشتر این کودکان در انجام دادن تکالیف می‌شود و دلیل این امر را اخذ نمرات بهتر آنان در آزمون‌های هوشی می‌داند. تیزارد^۲ به نقل از محمد اسماعیل (۱۳۸۳) در تجربه معروف خود یک گروه از کودکان عقب‌مانده ذهنی شدید را از مرکز نگهداری کودکان به محیطی منتقل کرد که در آن آموزش از طریق بازی به کودکان داده می‌شد. طی دو سال اقامت در این واحد ۱۴ ماه بر سن عقلی - کلامی کودکان اضافه شد در حالی که کودکان گروه کنترل که در مرکز نگهداری قبلی مانده بودند رشد سن عقلی‌شان تنها حدود ۶ ماه بود.

1. Oliver
2. Tizard

حاضر در این راستا از اعتبار بالایی برخوردار است. اگر اختلال و رفتار سازشی را عامل عقب‌ماندگی بدانیم و اگر هوش را ظرفیت درک محیط تعریف کنیم، شکی نیست که بازی درمانی گروهی زمینه اعتلای هوش و رفتارهای سازشی را فراهم خواهد نمود (آمستل^۱، ۱۹۹۳). همان‌گونه که بازی انفرادی به سازگاری کودکان با محیط فیزیکی‌شان کمک می‌کند، بازیهای گروهی در سازگاری با محیط اجتماعی آنان نیز تأثیر بسزایی دارد (ریمر^۲، ۱۹۹۹).

در مورد کودکان عقب‌مانده ذهنی زمان زیادی طول می‌کشد که بچه، بازی انفرادی را به بازی گروهی تبدیل کند و معمولاً اولین همبازی کودک در این مسیر مادر است. اما بچه‌ها قبل از اینکه وارد بازیهای گروهی شوند مصاحبت با دیگران را دوست دارند و برخی اسباب‌بازی‌ها نیز در برقراری ارتباط اجتماعی در بازهای گروهی آنها را کمک می‌کند (جانز.تی.جی^۳، ۲۰۰۳). بازی درمانی گروهی فرصت شناخت محیط اجتماعی اطراف را به کودک می‌دهد. برخی وسایل، امکانات و اسباب‌بازیها نیز موجب بروز احساسات طبیعی از قبیل خوشحالی، عصبانیت، لذت و ... می‌شوند (کله پیتتر^۴، به نقل از ماهر، ۱۳۷۲). نتایج تحقیق حاضر با مبانی نظری فوق همخوانی دارد.

نتایج فرضیه سوم پژوهش نشان می‌دهد که اثر بازی درمانی بر پیشرفت تحصیل دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی پسر بیشتر از تأثیر آن بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی دختر است. در تحقیق حاضر بین میانگین نمرات پس‌آزمون آزمودنی‌های پسر و دختر که تحت آموزش بازی درمانی قرار گرفتند (گروه آزمایش) تفاوت معناداری وجود نداشت. بنابراین فرضیه فوق مورد تأیید قرار نگرفت. رسولی (۱۳۷۶) در تحقیق خود با در نظر گرفتن جنس و طول دوره آموزش بازی درمانی از آنالیز رگرسیون چند متغیره استفاده کرد. بر این اساس و به روش گام به گام متغیرهای نهایی در مدل را مشخص نموده است. نتیجه تحلیل

1. Amstel
2. Rammer
3. Jones, T.G.
4. Kele paten

رگسیون در پژوهش او نشان داد که جنس کودکان در طول مدت بازی درمانی در وضعیت رشد اجتماعی آنان تأثیری نداشته است و این با یافته تحقیق حاضر همخوانی دارد. پژوهش‌های دیگر همچون احمدی (۱۳۷۵)، بابایی (۱۳۸۰)، عمادپور (۱۳۷۷) نیز نتایج پژوهش حاضر را تأیید می‌کنند. با بررسی نظریه‌های سنتی و نوین بازی و بازی درمانی منجمله نظریه انرژی مازاد اسپنسر،^۱ تنش‌زدایی پاتریک،^۲ پیش‌تمرینی گروس،^۳ تجدید تعاملی هال،^۴ تعدیل برانگیختگی، روان‌پویایی، شناختی (به نقل از مهجور، ۱۳۷۰) مشخص گردید که جنسیت به عنوان فاکتور قابل توجهی نقش‌چندانی در بازی درمانی ندارد و این نیز نشان اهمیت و اعتبار یافته تحقیق حاضر است. شاید دو جنسی بودن کلاس‌های درس و تعداد کم دانش‌آموز در این کلاسها مؤید شباهت‌های بسیار کودکان عقب‌مانده ذهنی دختر و پسر و نزدیکی ویژگی‌های جسمی و روانی این کودکان در این سنین باشد که معنادار نبودن تأثیر بازی درمانی را در همه تحقیقات مرتبط در قلمروهای جغرافیایی متفاوت نشان می‌دهد (کلاسنر،^۵ ۱۹۹۸، بیکر،^۶ ۱۹۹۲، لویز،^۷ ۲۰۰۳).

پیشنهادها

- ۱- با توجه به نتایج این پژوهش، معلمان و مشاوران مراکز کودکان استثنایی می‌توانند از برنامه بازی درمانی در پیشرفت تحصیل کودکان عقب‌مانده ذهنی استفاده کنند.
- ۲- از آنجا که ممکن است تأثیرات بازی درمانی بعد از مرحله پس‌آزمون فقط مدت کمی تداوم داشته باشد، بنابراین پیشنهاد می‌شود جلسات بازی درمانی در برنامه درسی مراکز گنجانده شود.

1. Spencer
2. Patrick
3. Gross
4. Hall
5. Klaasner
6. Baker
7. Lopez

۳- والدین و معلمان خود را موظف به انجام دادن بازی درمانی بدانند تا تداوم این برنامه تضمین شود.

۴- وسایل بازی به اندازه کافی و متناسب با رشد جسمی و ذهنی در اختیار مدارس کودکان استثنایی قرار گیرد.

۵- والدین و معلمان کودکان گوشه‌گیر را به سمت بازی‌های گروهی سوق دهند.

منابع فارسی

- احمدی، ح. بنی‌جمالی، ش. (۱۳۸۰). روان‌شناسی رشد، تهران: پردیس.
- احمدی، م. (۱۳۷۵). اثربخشی بازی درمانگری متمرکز کودک پرخاشگر، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- آزاد، ح. (۱۳۷۲). آسیب‌شناسی روانی، تهران: بعثت.
- افروز، غ. (۱۳۸۳). روان‌شناسی تربیتی کاربردی، تهران: انجمن اولیاء و مربیان ای‌فینک، ب. (۱۹۷۶). فعالیت‌های مربوط به یکپارچگی حسی- حرکتی، ترجمه مهناز راغ‌فر (۱۳۸۳)، تهران: طیب.
- بابایی، م. (۱۳۸۰). بررسی اثربخشی بازی درمانی گروهی بر اختلالات سلوکی دانش‌آموزان دبستانی شهرستان ساری، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی
- ثانی، ب. (۱۳۷۹). روان‌درمانی و مشاوره گروهی، تهران: آگاه.
- جی‌کداسن، ه. (۱۳۸۶). بازی درمانی، ترجمه سوسن صابری، تهران: آگاه
- خمارلو، توران، (۱۳۷۵). کتاب کار مربی کودک، تهران: آگاه.
- دابلیماف، م. (۱۳۷۵). اصول و مبانی مددکاری اجتماعی و روان‌پزشکی کودک، ترجمه سیدجلال صدرالسادات و سعید حسن‌زاده، تهران، سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور
- دلاور، ع. (۱۳۸۵). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی، تهران: ویرایش.

محمدی، م. (۱۳۷۸). بررسی نظر معلمان مدارس در مورد تأثیر بازی در یادگیری و رشد عاطفی اجتماعی دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی مقطع ابتدایی زنجان در سال ۱۳۷۸، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.

موسوی چلک، ح. (۱۳۸۴). راهنمای سرپرستی و کارورزی (کار عملی)، تهران: شلاک.

مهبجور، س. (۱۳۷۰). روان‌شناسی بازی. شیراز: راهگشا.

منابع لاتین

- Amstel, H., Dyke, T. (1993). *would people with disability in the highlands benefit from a community based rehabilitation program?* Southern highlands province. Pupua new guinea. 36(4):316-320
- Baker, f. (1992). *Social support and quality of life of communit support clients.* Community mental health journal. 25(5):397-411
- Jones, T.G., Rappert, L.J., Hanks, R.A., Lichtenberg, P.A., Telmet, K. (2003). *Cognitive and psychological predictors of subjective well-being.* The clinical neuropsychologist, 27, 13-18
- Klausner, E.J., Clarking, J.F., Spielman, L., pupo, C., Abrams, R. (1998). *Late-life depression and functional disability.* The role of goal-focuesd group psycho-therapy. 13, 707-716
- Lopez, S.J. and snyder. C.R (Eds). (2003). *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures.* Washington, DC: American psychological Association.
- Rimmer, J.H. (1999). *Health promotions for people with disabilities: The emerging paradigm shift from disability prevention to prevention of secondary conditions.* 79(5): 495-502.