

Summer2020, Volume 6, Issue 4

The Effectiveness of Play Therapy with Cognitive-Behavioral Approach in reducing Social Anxiety among Conduct Children

Ali Farnam¹, *Mohammadsajad Soltaninezhad², Elahe Heidari²

1- Associate Professor, Department of Psychology, Sistan and Baluchestan University, Iran.

2- Ph.D. Student of Educational Psychology, Azad university of Zahedan, Zahedan, Iran (**Corresponding author**)

Email: sajadsoftani349@yahoo.com

Received: 8 April 2019

Accepted: 7 July 2019

Abstract

Introduction: Play therapy is a therapeutic approach that is used for a wide range of children. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of Play therapy with cognitive-behavioral approach in reducing social anxiety among conduct children in Zahedan center.

Methods: The design of this research is a quasi-experimental pre-test-post-test design with random sampling. The statistical population of this research includes all conduct children who are in the center of Zahedan rehabilitation and were identified using the available information in the case file. Sampling method was a random sampling method. A total of 22 children were selected and randomly divided into two experimental and control groups (each of 11). To the experimental group, cognitive-behavioral therapy Play sessions were taught in ten sessions (90 minutes each session, 3 days a week) and one day. The control group did not receive an intervention during this period. Both groups responded to the Convergerial Social Anxiety Scale (SPIN) before and after the test (Conor et al., 2000). Data were analyzed using statistical methods such as frequency, percentage, mean, standard deviation and covariance analysis.

Results: The results showed that play therapy with a cognitive-behavioral approach affects the social anxiety in conduct children (from 10.65 to 7.82). The results of covariance analysis ($F= 7.29$) showed that cognitive-behavioral play therapy significantly reduced the social anxiety of children with behavioral disorders ($p<0/001$).

Conclusions: The teaching of therapeutic therapy approaches with cognitive-behavioral approach to children with conduct disorder can be an effective step in improving their mental and physical health.

Keywords: Cognitive-behavioral play therapy, Social anxiety, Conduct children.

اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب اجتماعی کودکان با اختلال سلوکی

علی فرنام^۱، *سجاد سلطانی نژاد^۲، الهه حیدری^۲

۱- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، ایران
 ۲- دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان، زاهدان، ایران (نویسنده مسئول)
 ایمیل: sajadoltani349@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۴/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱/۲۰

چکیده

مقدمه: بازی درمانی رویکردی درمانی است که برای درمان گسترده وسیعی از اختلالات کودکان استفاده می شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب اجتماعی کودکان با اختلال سلوکی کانون اصلاح و تربیت شهر زاهدان انجام شد.

روش کار: این پژوهش به روش نیمه تجربی پیش آزمون- پس آزمون تخصیص تصادفی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان پسر ۷ تا ۸ سال با اختلال سلوکی که در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۷ در کانون اصلاح و تربیت زاهدان بودند، تشکیل داد. به صورت تصادفی ساده تعداد ۲۲ کودک دارای اختلال سلوکی انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل (هر گروه ۱۱ نفر) گمارده شدند. سپس پرسشنامه اضطراب اجتماعی SPIN (کانور، ۲۰۰۰) به عنوان پیش آزمون در هر دو گروه اجرا شد. بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری در گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه بر روی گروه آزمون اجرا شد. گروه کنترل در این مدت مداخله ای دریافت نکردند. در پایان این دوره هر دو گروه پرسشنامه فوق را به عنوان پس آزمون تکمیل کردند. داده ها با استفاده از تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: مقایسه میانگین ها نشان داد که در گروه آزمون، در مرحله پس آزمون، میانگین نمره اضطراب (از ۱۰/۶۵ به ۷/۸۲) کاهش یافته است. نتایج تحلیل کواریانس با مقدار $F=7/29$ نشان داد که بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری به طور معناداری موجب کاهش اضطراب اجتماعی کودکان اختلال سلوکی می شود ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: با توجه به اثربخشی تکنیک های بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری به کودکان با اختلال سلوکی، پیشنهاد می شود در جهت کاهش اضطراب اجتماعی و بهبود سلامت روانی و جسمانی کودکان دارای اختلال سلوکی از این رویکرد استفاده گردد.

کلیدواژه ها: بازی درمانی، رویکرد شناختی- رفتاری، اضطراب اجتماعی، کودکان با اختلال سلوکی.

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

هم خوانی ندارد و شرایط اخلاقی محیط زندگی اینگونه رفتارها را تایید نمی کند. این عدم تناسب در رفتارها و هیجان ها بر زندگی عمومی فرد، تحصیل، زندگی اجتماعی و شخصی فرد دیده می شود (۱). اختلالات رفتاری روزمره، اختلالات ناتوان کننده ای هستند که برای معلمان و خانواده ها مشکلات بسیاری ایجاد می کند و با نرخ بالایی از معضلات اجتماعی همراه هستند. یکی از مهمترین این اختلالات می توان به اختلال سلوکی است و در دوره

واقعیتی که اکثر متخصصان کودک به آن اذعان دارند این است که همه ی کودکان مانند هم رشد نمی کنند. کودکان ممکن است دارای نقص ذهنی، جسمی و اختلالات رفتاری باشند که مانع از رشد طبیعی آنها در جنبه های مختلف شناختی، رفتاری، عاطفی، جسمی و غیره می شود. اختلالات رفتاری شامل رفتارهایی در کودکان و نوجوانان است که با سن آنها متناسب نیست، با وضعیت فرهنگی آنها

و مشکلاتی که به محرکهای تنش زای زندگی همچون طلاق، مرگ، جابجایی، بستری شدن در بیمارستان، سوء استفاده های جنسی و جسمی و خشونت خانوادگی مربوط می شود، تأیید می کند (۶).

این دیدگاه، بر این فرض استوار است که ادراک و تفسیر فرد از موقعیت، پاسخ هیجانی و رفتاری او را به موقعیت تعیین می کند. شناخت درمانی مبتنی بر این دیدگاه است که آسیب شناسی روانی، نتیجه خطای سیستماتیک، سوگیری و تحریف در ادراک و تعبیر و تفسیر رویدادهاست. از لحاظ نظری، تأکید بر تعامل فرد و محیط است نه بر فرد یا محیط به طور جداگانه. تفسیر فرد از رویدادها، نقش مهمی در بسیاری از آسیب های روانی، ایفا می کند و این تفسیر، محصول تعامل ویژگی های فرد و ماهیت رویدادهایی است که فرد با آن مواجه است. این درمان بر این فرض استوار است که عاطفه و رفتار افراد، تا حد زیادی به واسطه روشی که آنها براساس آن، جهان را تفسیر می کنند، تعیین می شوند (۷). برای آنکه بازی درمانی با این دیدگاه مؤثر باشد، باید فعالیت ها ساخت دار و هدف گرا باشند و در عین حال، در همان زمان، آوردن ماده خودبه خودی در بازی درمانی شناختی- رفتاری مداخله های متعدد رفتاری و شناختی به کار گرفته می شود. از جمله این مداخله های رفتاری می توان از حساسیت زدایی منظم، تصویرسازی ذهنی برانگیزاننده، مدیریت وابستگی تقویت مثبت، شکل دهی، خاموش سازی و الگو سازی نام برد؛ از طرفی روش های شناخت رفتاری که به طور معمول در بازی درمانی شناختی- رفتاری که به طور معمول در بازی درمانی شناختی- رفتاری استفاده می شوند، با تغییر رفتار و روش های شناختی با تغییر افکار، سروکار دارند. چون این گونه تصور می شود که شناخت های ناسازگارانه، باعث رفتار همراه با ترس و اضطراب می شوند، فرض بر این است که تغییر در تفکر، تغییر در رفتار را به همراه دارد. درمانگر به کودک کمک می کند تا شناخت های خود را شناسایی و اصلاح کند و یا آنها را بسازد، او علاوه بر کمک کردن به کودک در شناسایی تحریف های شناختی خود، به او یاد می دهد که این تفکر ناسازگارانه را با تفکر سازگارانه تعویض کند (۸).

در پژوهشی که محمودی قرائی و همکاران (۹) در کرمان انجام داده اند، اثر بازی درمانی بر کودکان بازمانده از واقعه زلزله بم بررسی شد و نشان داد که بازی درمانی می تواند

ی کودکی و نوجوانی شایع است (۲). مشخصه ی اساسی اختلال سلوکی شامل نادیده گرفتن حقوق اساسی دیگران و قواعد عمده ی اجتماعی است که به صورت پرخاشگری، تقلب، سرقت، تخریب اموال و تخلف جدی از قوانین به طور پایدار و تکراری اتفاق می افتد. فرآیندهای سبب شناختی مختلف همچون رفتار پرخاشگرانه و ضداجتماعی که زیربنای اختلال سلوکی را تشکیل می دهند موضوع پژوهش های فراوان قرار گرفته اند (۳).

در بعد روان شناختی، مشکلات سلوکی به عنوان مشکلاتی که در یک بعد پیوسته به نام رفتار بیرونی سازی قرار می گیرند، در نظر گرفته می شوند شامل ترکیبی از اعمال تکانشی، بیش فعالانه، پرخاشگرانه و بزهکارانه است که شامل دو بعد فرعی و مستقل ولی مرتبط به یکدیگر تحت عنوان بزهکار و پرخاشگر نامیده می شوند. ویژگی رفتارهایی که در بعد فرعی رفتارهای بزهکارانه قرار می گیرند، شامل فرار از خانه، آتش افروزی، دزدی از خانه و جاهای دیگر، فرار از مدرسه، استفاده از الکل و مواد و اعمال خرابکارانه است (۴). طبق مطالعات حدود یک سوم تا نیمی از آنان افسرده و حدود یک پنجم تا نیمی از کودکان و نوجوانان دارای اختلال سلوکی مضطرب هستند (۵). تقریباً ۶ تا ۱۶ درصد پسران و ۲ تا ۹ درصد دختران زیر ۱۸ سال به اختلال سلوکی مبتلا هستند (۲). در زمینه تحصیلی این دسته از کودکان و نوجوانان مبتلا از کمبودهای تحصیلی رنج می برند. این افراد اغلب به نظر معلمان شان بی علاقه به مدرسه و فاقد اشتیاق به ادامه تحصیل می باشند. بازی درمانی نوعی تعامل کمکی بین کودک و بزرگسال آموزش دیده است که از طریق ارتباط نمادین در بازی، در جست و جوی راههایی برای کاهش آشفتگی های هیجانی کودک است؛ به طوری که کودک در طی تعاملات بین فردی با درمانگر، پذیرش، تخلیه هیجانی، کاهش اثرهای رنج آور، جهت دهی مجدد تکانه ها و تجربه هیجانی تصحیح شده را تجربه می کند. قدرت درمانی که در بازی درمانی نهفته است، به طرق گوناگون مورد استفاده قرار می گیرد. درمانگران از طریق بازی به کودکانی که مهارت های اجتماعی یا عاطفی آنها ضعیف است، رفتارهای سازگارانه تری را می آموزند (۵). رابطه خاصی که بین درمانگر و کودک در طول جلسه های بازی درمانی شکل می گیرد، تجربه مهمی را که برای درمان لازم است، فراهم می آورد. تحقیقات گوناگون، تأثیر بازی درمانی را در زمینه های اجتماعی، عاطفی، رفتاری

از بهترین درمان‌ها برای اختلال سلوکی استفاده همزمان از رویکردهای شناختی و رفتاری با استفاده از بازی درمانی می‌باشد، در حالی که در اکثر پژوهش‌ها به اثربخشی فقط یک رویکرد رفتاری و شناختی پرداخته‌اند. از این رو پژوهش حاضر در پی بررسی اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب اجتماعی کودکان با اختلال سلوکی کانون اصلاح و تربیت زاهدان بود.

روش کار

این پژوهش از نوع کاربردی با روش نیمه تجربی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و تخصیص تصادفی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان پسر ۷ تا ۸ ساله با اختلال سلوکی کانون اصلاح و تربیت زاهدان در سال ۹۷-۱۳۹۶ می‌باشد، که با استفاده از اطلاعات موجود در پرونده شناسایی شدند. حجم نمونه بر اساس نوع پژوهش که در تحقیقات آزمونی برای هر گروه حداقل ۱۰ نفر در نظر گرفته می‌شود (۱۳) انتخاب شد. روش نمونه‌گیری این پژوهش روش نمونه‌گیری تصادفی است. بدین ترتیب که با مراجعه به اداره بهزیستی شهر زاهدان، لیست کودکان کانون اصلاح و تربیت را گرفته و از بین آنها مراکز که در آنجا کودکان با اختلال سلوکی تحصیل می‌کردند شناسایی شد. سپس تعداد ۲۲ کودک به صورت تصادفی ساده انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل (هر گروه ۱۱ نفر) تقسیم شدند. ضمناً با والدین کودکان مذکور تماس گرفته شد و پس از توضیح اهداف پژوهش و اطمینان به آنان به لحاظ محرمانه بودن، جهت شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانه آنان جلب شد. در گام بعدی به گروه آزمون جلسات بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری در ده جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه، سه روز در هفته) و یک روز در میان آموزش داده شد. گروه کنترل در این مدت مداخله‌ای دریافت نکردند و برای دریافت مداخله در لیست انتظار قرار گرفت که در پایان دوره پژوهش مداخله مذکور درباره آنها نیز به اجرا درآمد. پس از اتمام دوره مداخله درباره گروه آزمون، پرسشنامه مذکور بار دیگر به عنوان پس‌آزمون در مورد هر دو گروه اجرا شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: کودکان با سن ۷ تا ۸ سال، دارای اختلال سلوک، عدم دریافت درمان‌های دیگر. معیارهای خروج از پژوهش شامل ترک همکاری،

در کاهش نشانه‌های رفتاری مؤثر باشد در پژوهش دیگر ذوالمجد و همکاران (۱۰) تأثیر شن بازی درمانی بر روی پسران پرخاشگر بررسی کردند و نتایج آن، حاکی از کاهش سطح پرخاشگری در گروه آزمایش بوده است؛ همچنین در پژوهش زارع و همکاران (۱۱) با موضوع اثربخشی بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مشخص شد که بازی درمانی شناختی-رفتاری، موجب کاهش مشکلات رفتاری کودکان می‌شود. بدیهی است هر قدر زودتر و سریع‌تر بتوان مشکلات رفتاری دانش‌آموزان سلوکی را شناخت و با استفاده از روش‌های درمانی آنها را کاهش داد، امکان بیشتری وجود دارد تا از افت تحصیلی آنان و بروز ناهنجاریهای رفتاری و عاطفی، پیشگیری شود.

بازی درمانی رویکردی درمانی است که برای گستره وسیعی از کودکان مورد بهره‌برداری قرار می‌گیرد. از آن جمله: کودکان طردشده و مورد غفلت واقع شده و کودکانی که مورد آزار قرار می‌گیرند، کودکان پرخاشگر، کودکان اوتیستیک، کودکان دارای وابستگی، کودکانی که بیماری-های مزمن دارند، کودکانی که قربانی آتش‌سوزی‌ها و سوختگی‌ها می‌شوند، کودکانی که مشکلات جسمی و ناشنوایی دارند کودکان اسکیزوفرنیک، کودکان دارای آشفتگی هیجانی، کودکان با اختلال‌های خوردن، کودکانی که اختلال‌های ترس و اضطراب دارند، کودکان غمگین و سوگوار، کودکان بستری در بیمارستان‌ها، کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری، کودکان کم‌توان ذهنی، کودکان با مشکلات خواندن، کودکان با خاموشی انتخابی، کودکان با خودپنداره و اعتماد به نفس پایین، کودکان با ناسازگاری اجتماعی، کودکان دارای دشواری‌های گفتاری، کودکان گوشه‌گیر، کودکان آسیب‌دیده (۱۲). اغلب کودکان و نوجوانانی که اختلال سلوکی دارند، یک یا بیشتر از یک اختلال دیگر هم دارند. این افراد افسردگی و اضطراب بسیار بیشتر از کودکان عادی را تجربه می‌کنند (۴). باتوجه به تنوع زیادی که در بین کشورها و مناطق مختلف شهری و روستایی یافت شده است، اگرچه این تنوع می‌تواند محصول تعاریف و مقیاس‌های سنجش متفاوت باشد و اینکه اختلال سلوکی می‌تواند تحت تأثیر عوامل زیست‌محیطی باشد (۵) و همچنین اثربخشی درمان‌های مختلف بر رفتار پرخاشگرانه به دلیل اهمیت پیشگیری و مداخله زود هنگام در درمان اختلال سلوک، به نظر می‌رسد یکی

توسط مادر افزوده شد. در جلسه دهم مادر دیگر در کلاس حضور ندارد. پس از اتمام جلسات دوباره پرسشنامه اضطراب اجتماعی تکمیل شد. به طور کلی، طرح درمانی جلسات بر روی افزایش خودکنترلی کودک، آگاه سازی کودکان نسبت به نشانه های رفتارهای ناسازگارانه خصوصاً اضطراب، پرخاشگری، خشم و بی انضباطی آنها و یادگیری پاسخ های سازگارانه تر متمرکز است.

برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. داده ها به وسیله نرم افزار تحلیل آماری SPSS-20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

روش کار

مقیاس اضطراب اجتماعی کانور (SPIN): این مقیاس توسط کانور، دیویدسون و چرچیل برای ارزیابی اضطراب اجتماعی ساخته شده است. این ابزار یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس، پرهیز و ناراحتی فیزیولوژیک می باشد. این ابزار به عنوان یک ابزار معتبر برای سنجش شدت علائم اختلال اضطراب اجتماعی به کار می رود. کانور و همکاران پایایی این مقیاس را به روش بازآزمایی در گروه های با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۲، همسانی درونی یا ضریب آلفا در گروهی از افراد بهنجار را برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای مقیاس های ترس ۰/۸۹، پرهیز ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیک ۰/۸۰ گزارش کردند. روایی همگرا برای کل مقیاس در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در مقایسه با نمرات مقیاس هراس اجتماعی فرم کوتاه دیویدسون و همکاران (BSPS)، ضرایب همبستگی ۰/۵۷ تا ۰/۸۲ را نشان داد که ضریب های همبستگی معنادار و بالایی به شمار می رود. عبدی (۲۰۰۳) همسانی درونی کل مقیاس را به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶، پایایی به روش بازآزمایی را ۰/۸۳ و اعتبار محتوایی این پرسشنامه را به تأیید سه نفر از استادان روانشناسی گزارش نمود.

یافته ها

میانگین سن آزمودنی ها در گروه آزمون ۴۵/۸ با انحراف معیار ۱۳/۱ و میانگین سن آزمودنی ها در گروه کنترل ۲۳/۸ با انحراف معیار ۳۴/۱ بود. تمامی آزمودنی ها پسر بودند و بین ۲ تا ۵ سال تحت عنوان کودکان با اختلال سلوکی زیر نظر کانون اصلاح و تربیت شهر زاهدان بودند.

غیبت بیش از ۱ جلسه درمان و دریافت درمان و مداخله های دیگر بود.

طرح کلی جلسات بازی درمانی گروهی به این صورت بود:

با توجه به محدودیت این دانش آموزان، در حوزه شناخت مطالب شناختی ساده و در حد توان ذهنی آنان انتخاب شده است. درمان به صورت گروهی و در کانون اصلاح تربیت اجرا شد. در جلسه اول درمانگر، قوانین و فعالیت های جلسه های بازی درمانی را با کودکان در میان گذاشت؛ همچنین موضوع اضطراب و ترس اجتماعی کودکان در جمع، با توجه به ابعاد شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی اضطراب و با استفاده از داستان مورد بحث قرار گرفت. بدین ترتیب ارتباط بین کودک با درمانگر برقرار و به کودکان و مادران آنها برنامه های درمانی و چگونگی شرکت آنان را توضیح داده شد. در طول جلسات درمان، از تکنیک خودنظارتی، برای میزان وقوع رفتارهای حاکی از اضطراب و ترس در جمع و نشانه ها و افکار متعاقب آن استفاده شد. برای کودکان از تصاویر مرتبط و رنگ کردن آنها به جای نوشتن استفاده شد. جلسه دوم: انواع عروسک ها که هر یک نقشه های متفاوتی را داشته و هیجانانگیزی را بروز می دهند توسط نمایش عروسکی و تکمیل جملات ناتمام به کودکان آموزش داده شد. جلسه سوم: ارتباط فکر و احساس از طریق الگوی نمایشی برای کودکان اجرا و کودکان نیز آنها را به اجرا درمی آوردند. جلسه چهارم تا دهم از تکنیک های درمانی این روش شامل: احساس آرامش، احساس خوب داشتن، افکار درونی، نقشه های اکتشافی کودک (راهنمای مقابله ای)، جایزه به خود برای کارهای خوب، تمرین کردن، آرام ماندن به وسیله مهارت های مقابله ای جدید استفاده شد. تمامی این موقیعت ها با استفاده از انواع عروسک های دارای نقش های مثبت و منفی ارائه می شد. در این بازی ها افکار مطلوب و نامطلوب توسط عروسک ها بیان می شد. در هر جلسه، یک راهنم مقابله ای نظیر تمرین تنفس، آرامش دهی، به خودگویی های مثبت، تشویق خود، دادن پاداش به خود و... آموخته شد که کودک نیز در خانه باید آنها را در نمایش عروسکی به همراه مادر تمرین کند. در جلسات پایانی مادر باید دقایقی کلاس را ترک می کرد به طوری که کودک متوجه خروج مادر از کلاس نشده ولی به هنگام بازگشت به گونه ای وارد می شد که کودک متوجه ورودش می شد. در هر جلسه به زمان ترک جلسه

آموزه‌ها (جدول ۱) آماره‌های توصیفی نمرات اضطراب اجتماعی و آزمون و پس آزمون را نشان می‌دهد. مولفه‌های آن در گروه آزمون و کنترل در دو مرحله پیش

جدول ۱: آماره‌های توصیفی نمرات اضطراب اجتماعی و مولفه‌های آن به تفکیک گروه آزمون و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون			پس آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	چولگی	میانگین	انحراف معیار	چولگی
اضطراب اجتماعی (کل)	آزمون	۱۰/۶۵	۸/۷۴	۰/۴۵	۷/۸۲	۶/۱۲	۱/۲۱
	کنترل	۱۰/۴۴	۵/۷۱	۰/۵۷	۱۰/۳۴	۶/۰۷	-۰/۶۹
ترس	آزمون	۱۱/۶۶	۳/۷۱	۰/۷۷	۸/۴۷	۲/۸۷	-۱/۳۳
	کنترل	۱۱/۰۲	۳/۴۹	۰/۳۱	۱۱/۲۷	۳/۷۰	-۱/۲۶
پرهیز	آزمون	۹/۶۸	۳/۲۷	-۰/۷۸	۷/۸۷	۲/۸۸	-۰/۷۱
	کنترل	۹/۸۶	۳/۲۷	۰/۴۷	۱۰/۱۶	۳/۶۶	-۰/۸۱
ناراحتی فیزیولوژیک	آزمون	۱۰/۶۲	۲/۸۵	۰/۶۱	۶/۷۱	۲/۳۹	-۱/۰۳
	کنترل	۹/۸۳	۴/۰۵	۰/۹۷	۱۰/۲۱	۳/۹۶	-۱/۰۱

پس آزمون ۱۰/۱۶ و نمرات میانگین ناراحتی فیزیولوژیک آزمودنی‌های گروه گواه در پیش آزمون ۹/۸۳ و در پس آزمون ۱۰/۲۱ بوده است.

به منظور آزمون معنی داری اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب اجتماعی کودکان با اختلال سلوکی و برای کنترل اثر پیش آزمون از روش تحلیل کواریانس استفاده شد. ابتدا مفروضه‌های آزمون مورد بررسی و تایید قرار گرفت.

جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد، همان‌طور که (جدول ۲) نشان می‌دهد، نتایج آزمون شاپیرو ویلک معنادار نشد که حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرهای پیش آزمون است.

جدول ۲: نتایج آزمون شاپیرو ویلک

معناداری	آزمون شاپیرو ویلک	پیش آزمون
۰/۳۷۴	۰/۸۷۴	

داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیونی پشتیبانی می‌کند و این فرضیه پذیرفته می‌شود و می‌توان تحلیل کواریانس را اجرا نمود.

همان‌گونه که نتایج (جدول ۱) نشان می‌دهد، میانگین نمرات اضطراب اجتماعی (کل) گروه آزمون در پیش آزمون ۱۰/۶۵، در پس آزمون به ۷/۸۲ و میانگین نمرات ترس گروه آزمون در پیش آزمون ۱۱/۶۶ و در پس آزمون ۲۸/۴۷ بوده است. همچنین میانگین نمرات پرهیز گروه آزمون در پیش آزمون ۹/۶۸ و در پس آزمون ۷/۸۷ و میانگین نمرات ناراحتی فیزیولوژیک گروه آزمون در پیش آزمون ۱۰/۶۲ و در پس آزمون ۶/۷۱ بوده است.

همچنین میانگین نمرات اضطراب اجتماعی (کل) آزمودنی‌های گروه کنترل در پیش آزمون ۱۰/۴۴ در پس آزمون ۱۰/۳۴ و میانگین نمرات ترس گروه گواه در پیش آزمون ۱۱/۰۲ و در پس آزمون ۱۱/۲۷ بوده است. نمرات میانگین پرهیز آزمودنی‌های گروه گواه در پیش آزمون ۹/۸۶ و در

نتایج آزمون همگنی ضرایب رگرسیونی متغیرهای اضطراب اجتماعی (کل) محاسبه شده برای تعامل گروه و پیش آزمون در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی دار نمی‌باشد، بنابراین

جدول ۳: مقایسه داده‌های استنباطی گروه‌های آزمونی و کنترل با استفاده از تحلیل کواریانس در متغیر اضطراب اجتماعی (کل)

و کوتاه مدت می باشد و روابط درمانی که بین درمانگر و درمانجو به وجود می آید، آموزنده و مبتنی بر همکاری، دوستی و اعتماد است. هدف ها و وسایل بازی با همکاری درمانجو تعیین می شود. مشاور مهارت های جدید به کودک آموزش داده و کودک را تشویق می کند و در عین حال روی افکار، احساسات، خیال پردازی ها و محیط کودک متمرکز می شود و از راهبردهای سازگارانه استفاده می کند. تکنیک های رفتاری مورد استفاده، حساسیت زدایی منظم، مدیریت وابستگی، خودپایی و برنامه ریزی فعالیت ها است. تکنیک های شناختی ثبت افکار، راهبردهای تغییر شناختی، گفتارهای درونی مقابله ای است و از تکنیک های سرمشق دهی، ایفای نقش و وابستگی نیز استفاده می شود (۱۴، ۱۵). همچنین یافته های این پژوهش همراستا با نتایجی است که باعدی (۴) در مطالعه موردی خود روی ۳ کودک مبتلا به اختلال سلوکی بدست آورد و کاهش پرخاشگری آنها را به طور نسبی گزارش کرد. نتایجی که در این پژوهش در مورد کارایی بازی درمانی رفتاری- شناختی در کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوکی بدست آمد همسو با تحقیقات انجام شده در زمینه کارایی بازی درمانی در بهبود اختلالات دیگر است.

یکی از تبیین های نتایج این پژوهش طبق نظر کادسون و اسکفر (۱۹) این است که در بازی درمانی رفتاری- شناختی فعالیت های خود بخودی و سازمان یافته و معطوف به هدف در تعادل با یکدیگر وجود دارند و این نکته قوت این درمان است که زمینه فعالیت های خودبخودی در عین فرایند سازمان یافته آن وجود داشت. اثربخشی مداخله های شناختی- رفتاری را در درمان مشکلات رفتاری کودکان و درمان کودکانی که مشکلات آنها به سبب محرک های تنش زای زندگی همچون طلاق، مرگ، جابجایی و حوادث ایجاد شده نشان داده اند. باتوجه به نتایج، راهکار تازه ای در باب اصلاح رفتار کودکان با اختلال سلوک می تواند تا حدودی مسائل این دانش آموزان را در سازگاری کاهش دهد (۲۰، ۲۱).

در طی روند درمان، کودکانی که در جلسات اولیه درمان لباس مادران خود را گرفته بودند که مطمئن شوند آنها ترکشان نمی کنند، صحبت نمی کردند و با نگاه از مادرانشان می خواستند که به جای آنها نامشان را بگویند و یا به راحتی قادر به بیان هیجانات و افکار خود نبودند. در جلسات پایانی به راحتی به مادران خود اجازه می دادند

همان گونه که در (جدول ۳) ملاحظه می شود، به وسیله تحلیل کواریانس، معنادار بودن تفاوت بین میانگین های نمره های پس آزمون اضطراب اجتماعی هر دو گروه آزمون و گواه را پس از منظور داشتن تفاوت اولیه بین دو گروه در پیش آزمون، آزموده شد و نشان داد که دو گروه در پس آزمون با نسبت $F_{1,27}=7/29$ در سطح $P<0/01$ ، باهم تفاوت معناداری داشته اند.

بر اساس این یافته ها معلوم می شود که تفاوت های موجود بین میانگین های پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمون تنها حاصل خطا نبوده اند و نشان دهنده تاثیر قابل توجه بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر اضطراب اجتماعی کودکان با اختلال سلوکی است. مقایسه میانگین ها نشان می دهد که در گروه آزمون، در مرحله پس آزمون، میانگین نمره اضطراب (از $10/65$ به $7/82$) کاهش یافته است. همچنین نتایج تحلیل کواریانس برای پیش آزمون و گروه در متغیر اضطراب با توجه به معناداری ($P<0/01$) برای متغیر مستقل (گروه) عمل آزمایشی بر متغیر وابسته اثر معناداری داشته است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب اجتماعی کودکان با اختلال سلوکی کانون اصلاح و تربیت زاهدان انجام شد. نتایج نشان داد که بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر اضطراب اجتماعی کودکان با اختلال سلوکی کانون اصلاح و تربیت زاهدان تاثیر معناداری دارد. یعنی پس از ارائه جلسات بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری به کودکان با اختلال سلوک، این گروه به طور معناداری کمتر از گروه گواه به سوالات آزمون اضطراب اجتماعی پاسخ دادند. این یافته با نتایج پژوهش های لاندث (۶)، ساویج (۱۰)، آذرنبوشان (۱۷) و جنتیان و همکاران (۵) همسو است. در تبیین این نتایج می توان اشاره کرد که یکی از مشخصات کودکان با اختلال سلوکی عدم نشان دادن علاقه و عاطفه در رابطه با اطرافیان است و بازی درمانی شناختی- رفتاری یک سری فعالیت های سازمان یافته و دارای هدف می باشد که در عین حال به کودک فرصت داده می شود تا به صورت غیر سازمان یافته و خودجوش دست به عمل بزند. این نوع بازی درمانی به صورت رهنمودی، متمرکز بر مشکل

از طریق بازی به کودکانی که مهارت های اجتماعی یا عاطفی آنها ضعیف است، رفتارهای سازگارانه تری را می آموزند. در بازی درمانی شناختی- رفتاری مداخله های متعدد رفتاری و شناختی به کار گرفته می شود. از جمله این مداخله های رفتاری می توان از حساسیت- زدایی منظم، تصویرسازی ذهنی برانگیزاننده، مدیریت وابستگی تقویت مثبت، شکل دهی، خاموش سازی و الگو سازی نام برد؛ از طرفی روش های شناخت رفتاری که به طور معمول در بازی درمانی شناختی- رفتاری استفاده می شوند، با تغییر رفتار و روش های شناختی با تغییر افکار، سروکار دارند. چون این گونه تصور می شود که شناخت های ناسازگارانه، باعث رفتار همراه با ترس و اضطراب می شوند، فرض بر این است که تغییر در تفکر، تغییر در رفتار را به همراه دارد. درمانگر به کودک کمک می کند تا شناخت های خود را شناسایی و اصلاح کند و یا آنها را بسازد، او علاوه بر کمک کردن به کودک در شناسایی تحریف های شناختی خود، به او یاد می دهد که این تفکر ناسازگارانه را با تفکر سازگارانه تعویض کند (۱۸). از مهمترین محدودیت های پژوهش می توان به این موارد اشاره کرد که متغیرهای مزاحم دیگری در این تحقیق، مانند سطح سواد والدین، شرایط خانوادگی، تغذیه و... می تواند روایی درونی پژوهش را تحت تاثیر قرار دهد. این پژوهش فقط در جامعه دانش آموزان با اختلال سلوکی شهر زاهدان انجام شده و در تعمیم پذیری نتایج آن به سایر مناطق و یا سایر دوره های رشد باید احتیاط نمود. ابزار به کار رفته پرسشنامه است و کودکان با اختلال سلوکی ممکن است به دلایل مختلف نتوانند واقعیت ها را در مورد خود منعکس کنند. برای رفع این کمبود بهتر بود از مصاحبه و مشاهده یا سایر موارد در صورت امکان استفاده شود، که در این تحقیق به دلیل محدودیت های زمانی منابع و امکانات این امر میسر نشد. از دیگر محدودیت های پژوهش می توان به عدم همکاری برخی از مسئولان در اداره بهزیستی، کوتاهی جلسات درمانی و کمبود امکانات آموزشی اشاره کرد.

نتیجه گیری

برنامه بازی درمانی ارائه شده می تواند الگوی مدیران و برنامه ریزان آموزشی، اولیا، مربیان و مشاوران محترم باشد. همچنین مقدمه ای برای بررسی اثربخشی بازی درمانی در کاهش مشکلات رفتاری نابینا، ناشنوا و سایر گروه ها باشد. با توجه به انرژی مثبت تولیدشده در بین همکاران و دانش

در جای دیگری نشسته و یا اتاق را ترک کنند، بدون هیچ خجالتی خود و یا دوستشان را معرفی می کردند و قادر به بیان موقعیت های اضطراب زا بودند و به این طریق توانستند تا حدی بر فوبی اجتماعی خود غلبه کنند. در میان کودکان، افرادی بودند که در زمینه های دیگر نظیر دیر خوابیدن و یا مسواک زدن مشکل داشتند. اما بنا به اظهارات مادران طبق درخواست خود کودک از طریق الگوسازی عروسی و بیان افکار منفی و در مقابل، بیان راهکارهای مثبت، دیر خوابیدن و مسواک زدن شبانه کودکان اصلاح شد. کودک دیگری که از حضور در اتاق در بسته حتی با وجود همسالان خود می ترسید، با شناسایی افکار خود و الگوسازی عروسی توانست حضور در اتاق در بسته را تحمل کند. کودک دیگری نیز که به شدت از حضور یافتن در دندان پزشکی واهمه داشت توانست با آرامش دهی و تصویرسازی و راهکارهای مقابله ای دیگر بر این ترس خود غلبه کند و برای درمان در دندان پزشکی حاضر شود. همین طور بعضی از مادران توانستند پرخاشگری و نافرمانی کودکانشان در خانه را، از این طریق کنترل کنند. کودکی که دچار اضطراب اجتماعی است هیچ گونه تمایلی به آغاز ارتباط با دیگران ندارد و با احساسی از ترس از هر موقعیتی که ممکن است در معرض دآوری دیگران قرار گیرد، اجتناب می ورزد. برداشت یا تصور شخص از موقعیت های اجتماعی که احتمال دارد شخصیت، ظاهر یا توانایی های او مورد سنجش و ارزشیابی ضعیف دیگران قرار گیرد، می تواند واقعی یا خیالی باشد. مبتلایان به اضطراب اجتماعی از اینکه چگونه در نظر دیگران به نظر می رسند احساس نگرانی می کنند. آنها معمولاً در جمع متوجه به ظاهر و رفتار خود هستند و معیارهای بالایی برای رفتار و عملکرد خود در نظر دارند. شخص مبتلا تلاش می کند تا تاثیر مثبتی بر دیگران بگذارد و جلوه عادی از خود ارائه دهد اما در عین حال معتقد است که قادر به این کار نیست (۱۶).

بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری نوعی تعامل کمکی بین کودک و بزرگسال آموزش دیده ایجاد می کند که از طریق ارتباط نمادین در بازی، در جست و جوی راههایی برای کاهش آشفتگی های هیجانی کودک است؛ به طوریکه کودک در طی تعاملات بین فردی با درمانگر، پذیرش، تخلیه هیجانی، کاهش اثرهای رنج آور، جهت دهی مجدد تکانه ها و تجربه هیجانی تصحیح شده را تجربه می کند. قدرت درمانی که در بازی درمانی نهفته است، به طرق گوناگون مورد استفاده قرار می گیرد. درمانگران

سپاسگزاری

این پژوهش به صورت مستقل و بدون حمایت مالی هیچ گونه سازمانی در کانون اصلاح تربیت شهر زاهدان و مجوز شماره ۲۳۴۷۱ در سال ۹۶ انجام شده است. بدین ترتیب از تمامی افراد شرکت کننده که با شکیبایی در این پژوهش همکاری کرده اند، قدردانی می شود. مطالعه حاضر دارای کد اخلاق ۳۱۵۴۰۲۵۲ از کمیته اخلاق کانون اصلاح و تربیت شهر زاهدان است و با کد کارآزمایی بالینی IRCT20181005478102NI ثبت گردید.

تضاد منافع

این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ گونه سازمانی انجام شده است و تمامی یافته های آن به طور دقیق و شفاف ارائه شده است، بنابراین هیچ گونه تعارض منافع وجود نداشته است.

References

1. Hashemi, R. NosratAbadi, T. Comparative study of self-regulation strategies and motivational behaviors on hyperactivity symptoms and attention deficit disorder in adolescents, Master's Thesis, Kharazmi University of Tehran, 2005. (Persian)
2. Knell SM. Cognitive- behavioral play therapy. Northvale, NJ: Aronson. 2008.
3. Loeber R. HayD. Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood Annual review of psychology, 2013: 43, 371 - 410. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.48.1.371> PMID:9046564
4. Baedi, A. The Effectiveness of Cognitive - Behavioral Therapy Play on Reducing Aggression in Children with Behavioral Disorders. Master's thesis for psychology. Tehran University of Medical Sciences, 2016. (Persian)
5. Jantian, S. Shafti S. Molavi, H. Samavatian, H. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapeutic Play Therapy on Severity of Symptoms of Attentional Disorders and Hyperactivity Disorder in Male Students 9-11 Years. Tehran: Behavioral Sciences Research, 2017: 2, 6, 109-119. (Persian)
6. Loeber R. HayD. Key issues in the

آموزان و کاهش فضای خشک و سنتی آموزش توصیه می شود، بازی درمانی به صورت درس مستقلى در برنامه هفتگی دانش آموزان قرار گیرد؛ همچنین ترتیبی اتخاذ شود تا والدین با بازی درمانی آشنا شوند و در خانه آن را جانشین بازیهای بی هدف کنند. در آموزشگاه آشنایی همکاران با مراحل، فرایند و نظریه ها ضروری به نظر می رسد و توصیه می شود معلمان و مشاوران مدارس ویژه، از بازی برای کاهش مشکلات رفتاری استفاده کنند.

در پایان پیشنهاد می شود واحدهای درمانی در سطح آموزش و پرورش استثنایی کشور به ویژه مشاوران مشغول در کانون های اصلاح و تربیت برنامه بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری را در راس روش های درمانی خود قرار دهند زیرا که آموزش تکنیک های رویکرد درمانی بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری به کودکان با اختلال و یا کودکان عقب مانده ذهنی می تواند گام موثری در بهبود سلامت روانی و جسمانی آنان داشته باشد.

- development of aggression and violence from childhood to early adulthood Annual review of psychology, 2013: 43, 371 - 410. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.48.1.371> PMID:9046564
7. Suveg C. Cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth: secondary outcomes from a randomized clinical trial evaluating child and family modalities-Anxiety Disorder. 2014: 23, 3, 1472-89. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.01.003> PMID:19216048
8. Knell SM. Cognitive-behavioral play therapy. In S.W. russ & T. Ollendick. Eds. Handbook of psychotherapies with children and families (385-404). New York: kluwer Academic/plenum publishers. 2007. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4755-6_20
9. Mahmoudi J. Bina, M. Yasemi M. Imam A Naderi F. The Effect of Group Therapy on Indicators Related to Mourning and Injuries Caused by an Earthquake in Children 3-6 Years Old. Tehran: Children's Diseases Journal of Iran. 2009: 1. 137-142. (Persian)
10. Zolmjd K, Barjali J, Aryan C. The effect of play therapy on aggressive boys. Research on Exceptional Children. 2007, 7, 2, 155-168. (Persian)

11. Zare N. Ahmadi A. On the effect of cognitive-behavioral play therapy on the reduction of children's behavioral problems. *Thought and Behavior*. 2007, 1, 3; 18-28.
12. Pedro-Carroll J. Reddy L. A preventive play intervention to foster children resilience in the after of divorce. In L. Reddy, T. Files-Hall, C. Schaefer (Eds.). *Empirically based play interventions for children*. 2009, 30, 51-75. <https://doi.org/10.1037/11086-004>
13. Delavar A. *Probability and Applied Statistics in Psychology and Educational Sciences*, Fifth Edition, Roshd Publishing, 2007. (Persian)
14. Evans SW. Mullett E. Weist MD. Franz K. Feasibility of the mind matters' school mental health promotion program in American schools. *Journal of Youth and Adolescence*, 2011: 58, 116-132.
15. Gallagher MH. Rabian AB. McCloskey S. A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 2014: 18, 459-479. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(03\)00027-6](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(03)00027-6)
16. Gil E. *Healing power of play: working with abused children*. New York, NY: The Guilford press. 2000.
17. Azarenishan B. Behpajoh, A. Ghobari, B. The Effect of Play Therapy with Cognitive-Behavioral Approach on Behavioral Problems of Mentally Retarded Students in the Primary Period, *Quarterly Journal of Exceptional Children*, 2015: 12, 2, 5-16. (Persian)
18. Ghaderi N. Asghari Moghaddam M. A Survey on Cognitive Behavioral Therapeutic Behavior on Aggression in Children with Conduct Disorder. Tehran: Two Monthly Scientific Articles of Daneshvar University of Shahed University, 2006: 1. 9, 13.
19. Kudson G. Schaefer CH. *short term play therapy*, London, New York, Guilford press. 1991.
20. Blinn E. Efficacy of play therapy on problem behaviors of a child with attention deficit hyperactivity disorders. 2008.
21. Abdhodaie S. Sadeghi A. An Investigation on the Level of Child Separation Anxiety and the Effectiveness of Play Therapy Based on Behavioral-Cognitive Approach on its Reduction, *Journal of Clinical Psychology*. Third. 2011: 4, 12, 51-60. (Persian)