

تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری مایکرنام بر کمرویی کودکان دبستانی

علیرضا جعفری^{۱*}

عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر، ابهر، ایران
*نویسنده مسئول: Persianarj@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله ۹۰/۱۱/۲۳ تاریخ آغاز بررسی مقاله ۹۰/۱۲/۱ تاریخ پذیرش مقاله ۹۱/۲/۱۷

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری مایکرنام بر کمرویی کودکان دبستانی دختر و پسر انجام گردید. روش پژوهش از نوع آزمایشی پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان پایه اول، دوم و سوم دختر و پسر به تعداد ۱۸۷۵ نفر در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ بود. به همین منظور تعداد ۵۰ نفر دانش آموز پسر و دختر با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای چند مرحله ای و از طریق اجرای چک لیست رفتاری کمرویی شناسایی و انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی ش و کنترل (هر گروه ۲۵ نفر) قرار گرفتند. جهت گردآوری داده از چک لیست رفتاری کمرویی استفاده شد. جهت محاسبه ضریب پایایی از روش کودرریچاردسون استفاده شد که مقدار آن ۰/۸۱ محاسبه گردید. چک لیست رفتاری کمرویی قبل و بعد از اجرای ممتد مستقل یعنی بازی درمانی شناختی- رفتاری، طی ۴ هفته، هر هفته ۳ جلسه ۴۵-۳۰ دقیقه ای اجرا گردید و سپس داده های بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS و با روش آمار توصیفی و آزمون t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج به دست آمده نشان داد که نمره کمرویی آزمودنی های گروه آزمایشی به طور معناداری کمتر از آزمودنی های گروه کنترل است. همچنین نمره کمرویی آنها نسبت به نمره پیش آزمون، تغییر و تفاوت معناداری نشان داد. در نتیجه بازی درمانی شناختی رفتاری مایکرنام بر کاهش کمرویی کودکان دبستانی مؤثر بوده است.

کلید واژه گان: بازی درمانی شناختی- رفتاری، کمرویی، رویکرد مایکرنام، خودگویی مثبت.

مقدمه

حتی معلمان مدارس به این مشکل توجه نمی کنند برداشت غلطی است که از عملکرد افراد خجالتی دارند. این باور نادرست که کودک کمرو مؤدب است، در دسر ایجاد نمی کند و تربیت او راحت تر است، موجب متقاعد شدن والدین شده که کمرویی و گوشه گیری اجتماعی را به عنوان یک مشکل ندانسته و به این ترتیب از مشکلاتی که کودک در آینده با آن مواجه خواهد شد غافل بمانند (افروز، ۱۳۷۶، ص ۱۶). در زمینه علل به وجود آورنده گوشه گیری^۳ و کمرویی نظریه های بسیاری وجود دارد و هر یک از نظریه پردازان به جنبه های خاصی از آن پرداخته اند و د

کمرویی^۱ مشکلی است که از گذشته تا کنون به جهات بسیار مختلف دامن گیر افراد مختلف بوده و هست. این مشکل به دلایل متعدد مورد توجه قرار نگرفته است، و عامه مردم کمتر از آن به عنوان یک معضل و مشکل یاد می کنند. غافل از این که انزواطلبی^۲ و کمرویی در بطن جامعه، فرد را با مشکلات زیادی اعم از عدم توانایی ایجاد رابطه با دیگران و به تبع آن ناتوانی در یادگیری و کسب آگاهی ها و مهارت های مختلف مواجه می کند. شایع از دلایلی که والدین و

¹ Shyness

² Seclusiveness

³ Withdrawal

۲- دوم این که این روش شکافی را که بسیاری از درمان گران بین روش های صرفاً رفتاری و روان درمانی های پویا احساس می کنند، پر می سازد.

۳- در نهایت این که این روش های جدید درمانی، برعکس روان درمانی های پویا، پایه های علمی دارند و قابلیت بیشتری در ارزیابی فعالیت های بالینی از خود نشان می دهند (هاوتون، ۱۳۸۲).

درمان شناختی - رفتاری بر نقش فرآیندهای شناختی در آسیب شناسی مسایل روانی تأکید می کند. با این حال این رویکرد یک نظریه یکپارچه ای نیست. چندین الگو در این حوزه قرار دارند. گروهی از نظریه های شناختی، آسیب های شناختی و گروهی دیگر نقص های شناختی را مسلم می دانند (سیلورمن و همکاران^{۱۱}، ۲۰۰۱). روش هایی که در رفتار درمانی شناختی بیشتوین توجه را به خود جلب کرده اند، روش هایی هستند که تحت عنوان "بازسازی شناختی"^{۱۲} قرار می گیرند. درمان هایی که در این محدوده قرار می گیرند، عمدتاً بر این فرض استوارند که اختلال های هیجانی، ناشی از الگوهای ناسازگار فکری اند. این الگوها باید تغییر کنند و بازسازی شوند (قاسم زاده، ۱۳۸۴، ص ۲۶). بنابر نظر هاوتون شاید نخستین رویکرد شناختی کامل العیاری که علاقه پژوهشگران شناختی را برانگیخته است، تعلیم خودآموزی^{۱۳} مایکنبام^{۱۴} باشد (هاوتون، ۱۳۸۲). مایکنبام فردی است که این روش را توسعه داد و آثار این آموزش را در مورد کمک به افراد برای کنترل رفتارشان ارزشیابی کرد. روش خودآموزی مایکنبام دارای دو خاستگاه اصلی است: (۱) درمان منطقی- عاطفی الیس؛ و (۲) نظریه لوریا درباره نقش گفتار در کنترل رفتار^{۱۵} یعنی نقش نظم بخشی گفتار^{۱۶} (قاسم زاده، ۱۳۸۴، ص ۳۲). شهرت این رویکرد به اساس نظری ساده و نیز

متناسب با آن روش های خاصی برای درمان آن ارائه داده اند. از جمله رویکرد شناختی- رفتاری که ترکیبی از رویکرد رفتاری و شناختی است. پژوهشگران شناختی^۱ معتقدند که علت کمرویی اشکالاتی است که در شناخت های این کودکان وجود دارد. به عنوان مثال براچ و همکارانش نشان داده اند کمرویی با نوع سبک اسنادی^۲ ناسازگارانه^۳ برای رویدادهای بین فردی مرتبط است. سوگیری اسنادی^۴ در این کودکان یکی از علل کمرویی آنها در نظر گرفته می شود (براج و بلکین^۵، ۲۰۰۱). این کودکان همچنین "سوگیری تقویت خود"^۶ را معکوس می کنند و در شکست ها بیشتر بر خود را سرزنش می کنند (هندرسون و زیمباردو^۷، ۱۹۹۸). به طور کلی پژوهشگران بسیاری بیان کرده اند شناخت های آسیب دیده یا پردازش های شناختی نابهنجار در کودکان مضطرب و کمرو وجود دارد. با این حال پژوهش های انجام شده در زمینه درمان، نشان داده است رفتار درمانی شناختی^۸ در درمان این مشکلات مناسب بوده است. این روش در تبدیل شناخت های منفی این کودکان به شناخت های مثبت مؤثر بوده است (آلفانو و همکاران^۹، ۲۰۰۲؛ کندال و براسول^{۱۰}، ۱۹۸۲). رفتار درمانی شناختی رشد و توسعه جدیدی در درمان روان شناختی به شمار می آید و امروزه علاقه زیادی به استفاده از این رویکرد وجود دارد. هاوتون (۱۳۸۲) سه دلیل عمده برای این علاقه مطرح کرده است:

۱- نخست آنکه روش های شناختی- رفتاری، برعکس سایر شکل های رفتار درمانی، مستقیماً با افکار و احساسات - که در تمامی اختلال های روانی از اهمیت آشکاری برخوردارند- سروکار دارد.

¹ Cognitive scholares

² Attributive Style

³ Maladaptive

⁴ Attributive bias

⁵ Bruch and Belkin

⁶ Self reinforcement bias

⁷ Henderson and Zimbaro

⁸ Cognitive Behavior therapy

⁹ Alfano and al

¹⁰ Kendall and al

¹¹ Silverman and al

¹² Cognitive restructuring

¹³ Self-instruction

¹⁴ Meichenbaum.D

¹⁵ Behavior control

¹⁶ Speech regulatory

در به کارگیری رفتار درمانی شناختی برای کودکان از سوی مایکنام، دو پژوهش نقش کلیدی را ایفا می کنند. یکی از این پژوهش ها، کار لوریا و ویگوتسکی است و دیگری کار میشل^۹ بر روی تأخیر در رضایتمندی بوده است. طبق نظر ویگوتسکی^{۱۰} (۱۳۶۹) کودک به تدریج به کسب درونی سازی کنترل دست می یابد. این کنترل ابتدا از طریق مراقبت اولیه صورت می گیرد؛ سپس کودک و بزرگسال در حل مسأله با یکدیگر تشریح مساعی می کنند. اگرچه بزرگسال کماکان شکست های کودک را هدایت می کند، نهایتاً مراقب (با حمایت) اجازه می دهد کودک خود کنترل را هدایت کند.

مایکنام و گودمن (۱۹۷۱) در پژوهش خود به کودکان آموزش دادند تا برای کنترل رفتار برانگیخته خود از خودآموزی ها استفاده کنند. برخی پژوهشگران تأثیر خود آموزش دهی را در مورد کودکان و دکان به اثبات رساندند، از جمله، کندال و براسول (۱۹۸۵) نیز از این روش استفاده کرده و اثربخشی آن را به اثبات رسانده اند. پژوهش میشل نشان دهنده اهمیت ساز و کارهای شناختی چون توجه و ایجاد راه برد در تغییر و تحول در توانایی به تأخیر انداختن رضایتمندی است که بخش اساسی خود تنظیمی را تشکیل می دهد.

همچنین پژوهش ها نشان داده اند که عامل عملکرد شناختی شامل خود تنظیمی رفتار هدف مدار است که سطوح بالاتری از توانایی های شناختی چون کنترل توجه، انعطاف پذیری شناختی، طراحی و هدایت خود را در بر می گیرد (آکلی^{۱۱}، ۲۰۰۴).

کریمی (۱۳۸۷) در پژوهش خود تحت عنوان تأثیر بازی درمانی شناختی رفتاری بر کاهش گوشه گیری اجتماعی کودکان، تأثیر روش درمانی مورد نظر را تأیید نموده است. عسکرنیا (۱۳۸۰) نیز در پژوهشی که به منظور بررسی اثر بخشی بازی درمانی با رویکرد

شبهت آن به مفهوم رفتار کنشگر ذهنی^۱ در چهارچوب نظریه کنشگر مربوط است. مایکنام مطرح کرد که می توان با تغییر در دستورالعمل هایی که در جریان آن بیماران خود را مورد خطاب قرار می دهند، از سمت افکار ناسازگار و برآشوبنده به سوی خودگویی های سازگارتری حرکت کرد (هاوتون^۲، ۱۳۸۲). در دهه های اخیر بررسی های زیادی در مورد استفاده از رفتار درمانی شناختی در جمعیت بزرگسالان در بیماری های اضطرابی و افسردگی گزارش شده است. این رویکرد درمانی هم اکنون در حال استفاده در جمعیت کودکان و نوجوانان بوده، و پژوهش های انجام شده، موفقیت های درمانی بسیار خوبی در زمینه استفاده از این رویکرد را گزارش کرده اند (کانر و کریسول^۳، ۲۰۰۵).

رفتار درمانی شناختی بعد از رفتار درمانی به شکل وسیعی برای کودکان و بزرگسالان استفاده می شود. مشخصه ای که باعث رواج رفتار درمانی شناختی برای کودکان است، اولاً تأکید آن بر آموزش مهارت های مواجهه، بالا بردن خود کنترلی، و افزایش خودکارآمدی^۴ است. ثانیاً مشارکت فعال کودکان در کشف تفکرات و عقایدشان از طریق مشارکت با درمانگری که یکی از چهره های کلیدی درمان است و متفاوت از همکاران روان درمانگر و رفتار درمانگر عمل می کند (رینکو و همکاران^۵، ۲۰۰۳؛ رودباف و همکاران^۶، ۲۰۰۴؛ وودجی و همکاران^۷، ۲۰۰۶). اما چرا در درمان از رویکرد مایکنام استفاده شده است به اهمیت استفاده از رویکرد مایکنام در استفاده از زبان و گفتار برای کنترل رفتار باز می گردد که در ادامه کارهای لوریا و ویگوتسکی شکل گرفته است (کرین، ۱۳۸۴).

¹ Coverants

² Operant theory

³ Hawton, H and al

⁴ Connor. Thomas. G.O and al

⁵ Self -efficacy

⁶ Rinco, HG & al.

⁷ Rodebaugh, T.I & al

⁸ Wood JJ & al

⁹ Michael

¹⁰ Vygotsky, L.S

¹¹ Oakley

- بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری مایکنبام بر هر یک از خرده مقیاس های کمرویی کودکان دبستانی پسر و دختر تأثیر دارد.

۱- رفتار درمانی شناختی با رویکرد مایکنبام میزان وابستگی کودکان دبستانی دختر و پسر را کاهش می دهد.

۲- رفتار درمانی شناختی با رویکرد مایکنبام میزان تنهایی کودکان دبستانی دختر و پسر را کاهش می دهد.

۳- رفتار درمانی شناختی با رویکرد مایکنبام میزان بی تفاوتی کودکان دبستانی دختر و پسر را کاهش می دهد.

۴- رفتار درمانی شناختی با رویکرد مایکنبام میزان کناره گیری کودکان دبستانی دختر و پسر را کاهش می دهد.

۵- رفتار درمانی شناختی با رویکرد مایکنبام میزان انفعالی بودن کودکان دبستانی دختر و پسر را کاهش می دهد.

۶- رفتار درمانی شناختی با رویکرد مایکنبام میزان و طردشدگی کودکان دبستانی دختر و پسر را کاهش می دهد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر به روش آزمایشی با طرح های پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل انجام یافته است. جامعه پژوهش عبارت بود از کلیه دانش آموزان پایه اول، دوم و سوم دوره ابتدایی (۱۸۷۵ دانش آموز دختر و پسر) که در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ در دبستان های شهرستان ابهر مشغول به تحصیل بودند. در این پژوهش نمونه شامل ۵۰ دانش آموز دختر و پسر (۲۵ نفر دختر و ۲۵ نفر پسر) دوره دبستان بود با استفاده از چک لیست رفتاری^۵ و به روش نمونه گیری تصادفی

شناختی- رفتاری مایکنبام انجام داده است اثر بخشی این روش را در کاهش کمرویی کودکان تأیید کرده است. به طور کلی بررسی های زیادی در مورد اثربخشی رفتار درمانی شناختی - رفتاری در جمعیت کودکان و نوجوانان انجام شده است. نتایج حاصل از این پژوهش ها، موفقیت های درمانی بسیار خوبی را در زمینه استفاده از این رویکرد گزارش کرده اند (کانر و کریسول^۱، ۲۰۰۵). شواهد نشانگر کارآمدی CBT^۲ در کارآمدی CBT^۳ در بزرگسالان و نوجوانان در دامنه ای از اختلال ها است، نظیر افسردگی، اضطراب و اختلال رفتاری^۳ است (گراو و بلیست^۴، ۲۰۰۴).

باعدی (۱۳۸۰) رفتار درمانی شناختی را در درمان پرخاشگری کودکان به کار برده و نتایج حاصل از پژوهش وی نشان می دهد رفتار درمانی شناختی - رفتاری رفتارهای پرخاشگرانه را در این کودکان کاهش داده است (باعدی، ۱۳۸۰، ص ۱۱۱). در پژوهشی دیگر نیز کارآمدی این روش در کودکان در کاهش نگرش های ناسالم مؤثر بوده و موجب کاهش نشانه های افسردگی شده است (اصفهانی و همکاران، ۱۳۸۰، ص ۷۶).

بر این اساس و با توجه به مطالب اشاره شده در این پژوهش سعی شده رفتار درمانی - شناختی را با بازی منطبق کنیم تا از این طریق جلسه های درمانی جذابیت بیشتری برای کودکان داشته و ارتباط مناسبی با آنها برقرار شود. در این راستا پژوهش حاضر در صدد پاسخ گویی به فرضیه های زیر برآمده است:

فرضیه اصلی:

- بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری مایکنبام بر کمرویی کودکان دبستانی پسر و دختر تأثیر دارد.

فرضیه های ویژه:

¹ Connor & Creswell

² Cognitive behaviour therapy (CBT)

³ Conduct Disorder

⁴ Grave, J & Blissett

⁵ Behavioral Checklist

کمترین نمره (یک) داده می شود. دامنه نمره هر آزمودنی در این چک لیست از ۳۶ تا ۱۸۰ است. در این پژوهش نقطه برش، نمره میانگین (۹۰) بوده است.

در بررسی ابزار پژوهش از روش ملاکی استفاده گردید، ضریب اعتبار کل چک لیست کمرویی با استفاده از روش کودرریچاردسون در پژوهش های حاضر ۰/۸۱ و در پژوهش کریمی (۱۳۸۷)، ۰/۸۴ ب دست آمده است. ضریب اعتبار مؤلفه های کمرویی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به ترتیب: وابستگی ۰/۸۱، تنهایی ۰/۷۵، بی تفاوتی ۰/۷۹، کناره گیری ۰/۷۸، انفعالی ۰/۶۱ و طردشدگی ۰/۵۸ به دست آمد.

نتایج بدست آمده در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در بخش توصیفی میانگین و انحراف استاندارد هر یک از گروه ها در پیش آزمون و پس آزمون بیان شده است و در بخش استنباطی، آزمون های معنی داری مربوط به تفاوت میانگین های دو گروه (کنترل و آزمایش) با استفاده از آزمون آماری t و به کمک نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته های پژوهش

فرضیه اصلی: بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری مایکنام بر کمرویی کودکان دبستانی دختر و پسر تأثیر دارد.

خوشه ای چندمرحله ای انتخاب شدند. به این صورت که در ابتدا برای شناسایی کودکان کمرو از مربیان مدارس مورد نظر خواسته شد چک لیست رفتاری را در مورد دانش آموزانی که با ملاک های کمرویی مطابقت دارند در کلاس خود شناسایی کنند و سپس پرسش نامه را در مورد آنها اجرا کنند. بعد از پر شدن چک لیست و جمع آوری نمره های هر یک از این دانش آموزان در مقیاس کمرویی، دانش آموزانی که بیشترین نمره ها را کسب کرده بودند به عنوان نمونه پژوهشی انتخاب شدند و به طور تصادفی به گروه آزمایشی و گواه تقسیم شدند. سپس چک لیست رفتاری کمرویی قبل از اجرای مداخله مستقل اجرا شد. بعد از انجام این مراحل جلسه های درمانی طی چهار هفته و هر هفته سه جلسه ۴۵-۳۰ دقیقه ای اجرا شد. پس از پایان جلسه های درمانی، پس آزمون اجرا گردید. در این پژوهش برای بررسی اثر بخشی بازی درمانی از چک لیست رفتاری کمرویی استفاده شده است. این چک لیست رفتاری دارای ۳۶ سؤال و ۶ زیرمقیاس شامل وابستگی، تنهایی، بی تفاوتی، کناره گیری، انفعالی، طردشدگی است. به گزینه های پاسخگویی سؤالات چک لیست بیشترین نمره (۵) و

جدول ۱: نتیجه مقایسه پیش آزمون- پس آزمون دختران گروه آزمایش و کنترل

گروه	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	t	سطح معناداری
آزمایش	پیش آزمون	۱۳	۱۱۳/۳	۲/۷۴۱	۲۴	۵/۹۴۸	۰/۰۰۵
	پس آزمون	۱۳	۷۹/۱	۶/۱۴۸			
کنترل	پیش آزمون	۱۳	۱۰۶/۷۲	۱۰/۶۴	۲۴	۱/۵۸	
	پس آزمون	۱۳	۱۰۴/۹۱	۱۴/۳۷			

در سطح ۰/۰۰۵ است، فرض صفر رد می شود. به بیان دیگر می توان گفت روش بازی درمانی شناختی رفتاری در گروه آزمایش دختران مؤثر واقع شده است.

همانطور که در جدول ۱ مشهود است، چون t بدست آمده حاصل از پیش آزمون- پس آزمون گروه آزمایش دختران (۵/۹۴۸) بزرگتر از t جدول با درجه آزادی ۲۴

جدول ۲: نتیجه مقایسه پیش آزمون- پس آزمون پسران گروه آزمایش و کنترل

گروه	مرحله	تعداد	شاخص های آماری		
			میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی
آزمایش	پیش آزمون	۱۲	۱۱۲/۶	۱۰/۱۱	۲۲
	پس آزمون	۱۲	۹۷/۷	۱۲/۸۵	۲۲
کنترل	پیش آزمون	۱۲	۱۰۸/۹	۶/۶۲	۲۲
	پس آزمون	۱۲	۱۰۵/۳	۷/۰۸	۲۲

با توجه به جدول ۲، چون t بدست آمده حاصل از پیش آزمون- پس آزمون گروه آزمایش پسران (۶/۸۱) بزرگتر از t جدول با درجه آزادی ۲۲ در سطح ۰/۰۰۵ است، فرض صفر رد می شود. به بیان دیگر می توان گفت روش بازی درمانی شناختی رفتاری در گروه آزمایش پسران نیز مؤثر واقع شده است.

جدول ۳: نتیجه مقایسه پیش آزمون- پس آزمون خرده مقیاس وابستگی در دختران گروه آزمایش و کنترل

گروه	مرحله	تعداد	شاخص های آماری		
			میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی
آزمایش	پیش آزمون	۱۳	۱۵/۷	۴/۳۰	۲۴
	پس آزمون	۱۳	۱۱/۳	۴/۲۴	۲۴
کنترل	پیش آزمون	۱۳	۱۶/۷۰	۳/۷۳۸	۲۴
	پس آزمون	۱۳	۱۶/۵۱	۴/۴۵	۲۴

جدول فوق نتایج حاصل از پیش آزمون- پس آزمون دختران گروه آزمایش و گواه را در خرده مقیاس وابستگی نشان می دهند. از آنجا که t بدست آمده (۳/۰۹۱) بزرگتر از t جدول با درجه آزادی ۲۴ و سطح معناداری ۰/۰۰۵ است، فرض صفر رد می شود. به عبارت دیگر روش درمانی مورد نظر در میزان وابستگی دختران گروه آزمایش مؤثر بوده است.

جدول ۴: نتیجه مقایسه پیش آزمون- پس آزمون خرده مقیاس وابستگی در پسران گروه آزمایش و کنترل

گروه	مرحله	تعداد	شاخص های آماری		
			میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی
آزمایش	پیش آزمون	۱۲	۱۵/۶۳	۳/۱۴	۲۲
	پس آزمون	۱۲	۱۲/۹۵	۳/۳۷	۲۲
کنترل	پیش آزمون	۱۲	۱۶/۲۵	۴/۳۵	۲۲
	پس آزمون	۱۲	۱۶	۴/۶۸	۲۲

همانطور که در جدول ۴ مشهود است، از آنجا که t بدست آمده (۴/۱۷۲) بزرگتر از t جدول با درجه آزادی ۲۴ و سطح معناداری ۰/۰۰۵ است، فرض صفر رد می شود. به عبارت دیگر روش درمانی مورد نظر در میزان وابستگی پسران گروه آزمایش مؤثر بوده است.

فرضیه ویژه دوم: رفتار درمانی شناختی با رویکرد مایکنبام میزان تنهایی کودکان دبستانی دختر و پسر را کاهش می دهد.

جدول ۵: نتیجه مقایسه پیش آزمون- پس آزمون خرده مقیاس تنهایی در دختران گروه آزمایش و کنترل

گروه	مرحله	تعداد	شاخص های آماری		
			میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی
آزمایش	پیش آزمون	۱۳	۱۶/۱	۲//۳۳۲	۲۴
	پس آزمون	۱۳	۱۳/۵	۲/۸۲۱	۲/۹۵۹
کنترل	پیش آزمون	۱۳	۱۶/۷	۲/۴۱۵	۲۴
	پس آزمون	۱۳	۱۷/۹	۲/۶۱۷	۲/۶۴۱

در جدول فوق، نتایج حاصل از پیش آزمون- پس آزمون دختران گروه آزمایش و گواه را در خرده مقیاس تنهایی نشان می دهند. از آنجا که t بدست آمده (۲/۹۵۹) بزرگتر از t جدول با درجه آزادی ۲۴ و سطح

جدول ۶: نتیجه مقایسه پیش آزمون- پس آزمون خرده مقیاس تنهایی در پسران گروه آزمایش و کنترل

گروه	مرحله	تعداد	شاخص های آماری		
			میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی
آزمایش	پیش آزمون	۱۲	۱۵/۱	۳/۲۷۳	۲۲
	پس آزمون	۱۲	۱۱/۳	۳/۸۳۵	۴/۲۴۳
کنترل	پیش آزمون	۱۲	۱۹/۳۲۵	۳/۴۴	۲۲
	پس آزمون	۱۲	۲۰/۰۲۱	۲/۰۳	۰/۴۲۶

با توجه به جدول فوق که نتایج حاصل از پیش آزمون- پس آزمون پسران گروه آزمایش و گواه را در خرده مقیاس تنهایی نشان می دهند. از آنجا که t بدست آمده (۴/۲۴۳) بزرگتر از t جدول با درجه آزادی ۲۲ و سطح معناداری ۰/۰۰۵ است، فرض صفر رد می شود. به عبارت دیگر روش درمانی مورد نظر در میزان تنهایی پسران گروه آزمایش مؤثر بوده است. فرضیه ویژه سوم: رفتار درمانی شناختی با رویکرد مایکنبام میزان بی تفاوتی کودکان دبستانی دختر و پسر را کاهش می دهد.

جدول ۷: نتیجه مقایسه پیش آزمون- پس آزمون خرده مقیاس بی تفاوتی در دختران گروه آزمایش و کنترل

گروه	مرحله	تعداد	شاخص های آماری		
			میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی
آزمایش	پیش آزمون	۱۳	۱۸/۱	۳/۲۰۱	۲۴
	پس آزمون	۱۳	۱۳/۹	۳/۸۷۸	۴/۲۵۲
کنترل	پیش آزمون	۱۳	۱۶/۱۰	۰/۸۲۵	۲۴
	پس آزمون	۱۳	۱۵/۳	۰/۷۷۴	۱/۷۳۴

نتیجه مقایسه پیش آزمون پس آزمون خرده مقیاس بی تفاوتی در دختران گروه آزمایش و کنترل در جدول ۷ مشهود است. با توجه به جدول چون t بدست آمده (۴/۲۵۲) بزرگتر از t جدول با درجه آزادی ۲۴ و سطح معناداری ۰/۰۰۵ است فرض صفر تأیید نمی شود.

جدول ۸: نتیجه مقایسه پیش آزمون- پس آزمون خرده مقیاس بی تفاوتی در پسران گروه آزمایش و کنترل

گروه	مرحله	تعداد	شاخص های آماری		
			میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی
آزمایش	پیش آزمون	۱۲	۱۷/۷	۳/۷۵۶	۲۲
	پس آزمون	۱۲	۱۲/۹	۴/۳۳۵	۲۲
کنترل	پیش آزمون	۱۲	۱۴/۹۰	۲/۹۳۲	۲۲
	پس آزمون	۱۲	۱۶/۳۵	۳/۸۳۵	۲۲

جدول ۸ نتایج حاصل از پیش آزمون- پس آزمون پسران گروه آزمایش و کنترل را در خرده مقیاس بی تفاوتی نشان می دهند. از آنجا که t بدست آمده (۳/۱۲۵) بزرگتر از t جدول با درجه آزادی ۲۲ و سطح معناداری ۰/۰۰۵ است، فرض صفر رد می شود. به عبارت دیگر روش درمانی مورد نظر در میزان بی تفاوتی پسران گروه آزمایش مؤثر واقع شده است. فرضیه ویژه چهارم: رفتار درمانی شناختی با رویکرد مایکنبام میزان کناره گیری کودکان دبستانی دختر و پسر را کاهش می دهد.

جدول ۹: نتیجه مقایسه پیش آزمون- پس آزمون خرده مقیاس کناره گیری در دختران گروه آزمایش و کنترل

گروه	مرحله	تعداد	شاخص های آماری		
			میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی
آزمایش	پیش آزمون	۱۳	۱۳	۲/۳۳	۲۴
	پس آزمون	۱۳	۱۷/۱۷	۲/۷۱	۲۴
کنترل	پیش آزمون	۱۳	۱/۱۵	۲/۵۳۵	۲۴
	پس آزمون	۱۳	۱/۱۴	۲/۶۵۰	۲۴

همانطور که در جدول ۹ مشهود است، t بدست آمده حاصل از پیش آزمون پس آزمون گروه آزمایش (۰/۳۱۹) کوچکتر از t جدول (۲/۷۹۷) با درجه آزادی ۲۴ و سطح معناداری ۰/۰۰۵ است؛ در نتیجه فرض صفر رد نمی شود. به بیان دیگر روش درمانی مورد نظر در میزان کناره گیری دختران گروه آزمایش مؤثر واقع نشده است.

جدول ۱۰: نتیجه مقایسه پیش آزمون- پس آزمون خرده مقیاس کناره گیری در پسران گروه آزمایش و کنترل

گروه	مرحله	تعداد	شاخص های آماری		
			میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی
آزمایش	پیش آزمون	۱۲	۱۵/۱	۳/۲۷۳	۲۲
	پس آزمون	۱۲	۱۱/۳	۳/۸۳۵	۲۲
کنترل	پیش آزمون	۱۲	۱۳/۹	۱/۶۵۱	۲۲
	پس آزمون	۱۲	۱۲/۷	۱/۹۲۳	۲۲

با توجه به جدول فوق، چون t بدست آمده (۸/۲۴۳) بزرگتر از t جدول با درجه آزادی ۲۲ و سطح معناداری ۰/۰۰۵ است H_0 رد می شود. به بیان دیگر بازی درمانی شناختی رفتاری در میزان کناره گیری پسران گروه آزمایش مؤثر بوده است. با توجه به این که در مورد متناظر (گروه دختران، جدول ۹) چنین نتیجه ای بدست نیامده است می توان از عامل جنسیت به عنوان عامل مؤثر در بازداری یا ترغیب رفتار اجتماعی به ویژه زمانی که در تعامل با متغیر درمانی قرار می گیرد، یاد کرد. فرضیه ویژه پنجم: رفتار درمانی شناختی با رویکرد مایکنبام میزان انفعالی بودن کودکان دبستانی دختر و پسر را کاهش می دهد.

جدول ۱۱: نتیجه مقایسه پیش آزمون- پس آزمون خرده مقیاس انفعالی در دختران گروه آزمایش و کنترل

گروه	مرحله	تعداد	شاخص های آماری		
			میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی
آزمایش	پیش آزمون	۱۳	۱۸/۵	۶/۶۹	۲۴
	پس آزمون	۱۳	۱۴/۷	۷/۸۳	
کنترل	پیش آزمون	۱۳	۲۰/۱	۲/۸۲	۲۴
	پس آزمون	۱۳	۲۰/۲۳	۳/۳۳	

جدول ۱۱ نتایج مقایسه پیش آزمون- پس آزمون خرده مقیاس انفعالی در دختران گروه آزمایش و کنترل را نشان می دهد. همانطور که در جدول فوق مشهود است چون t بدست آمده (۳/۴۰۹) بزرگتر از t جدول H_0 است، H_0 رد می شود. به بیان دیگر روش در مانی مورد نظر در میزان انفعالی بودن دختران گروه آزمایش مؤثر بوده است.

جدول ۱۲: نتیجه مقایسه پیش آزمون- پس آزمون خرده مقیاس انفعالی در پسران گروه آزمایش و کنترل

گروه	مرحله	تعداد	شاخص های آماری		
			میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی
آزمایش	پیش آزمون	۱۲	۲۱/۱	۵/۸۱۷	۲۲
	پس آزمون	۱۲	۱۶/۹۷	۵۴/۷۰۹	
کنترل	پیش آزمون	۱۲	۱۷/۱	۵/۱۶۱	۲۲
	پس آزمون	۱۲	۱۵/۵	۵/۸۷۴	

جدول ۱۲ نتایج حاصل از پیش آزمون- پس آزمون پسران گروه آزمایش و کنترل را در خرده مقیاس انفعالی نشان می دهند. از آنجا که t بدست آمده (۳/۷۲۸) بزرگتر از t جدول با درجه آزادی ۲۲ و سطح معناداری ۰/۰۰۵ است، فرض صفر رد می شود. به عبارت دیگر روش درمانی مورد نظر در میزان انفعالی بودن پسران گروه آزمایش مؤثر واقع شده است. فرضیه ویژه ششم: رفتار درمانی شناختی با رویکرد مایکنام میزان و طردشدگی کودکان دبستانی دختر و پسر را کاهش می دهد.

جدول ۱۳: نتیجه مقایسه پیش آزمون - پس آزمون خرده مقیاس طرد شدگی در دختران گروه آزمایش و کنترل

گروه	مرحله	تعداد	شاخص های آماری		
			میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی
آزمایش	پیش آزمون	۱۳	۱۸/۹	۳/۹۴۸	۲۴
	پس آزمون	۱۳	۱۱/۵	۴/۴۲۹	
کنترل	پیش آزمون	۱۳	۱۷/۹۰	۲/۹۳۹	۲۴
	پس آزمون	۱۳	۱۷/۹۷	۳/۳۷۷	

نتیجه مقایسه پیش آزمون پس آزمون خرده مقیاس طردشدگی در دختران گروه آزمایش و کنترل در جدول ۱۳ مشهود است. با توجه به جدول چون t بدست آمده (۵/۵۳۵) بزرگتر از t جدول با درجه آزادی ۲۴ و سطح معناداری ۰/۰۰۵ است فرض صفر تأیید نمی شود. به بیان دیگر بازی درمانی شناختی رفتاری در میزان طردشدگی مؤثر بوده است.

جدول ۱۴: نتیجه مقایسه پیش آزمون- پس آزمون خرده مقیاس طرد شدگی در پسران گروه آزمایش و کنترل

گروه	مرحله	تعداد	شاخص های آماری		
			میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی
آزمایش	پیش آزمون	۱۲	۱۹/۹۰	۳/۹۷۹	۲۲
	پس آزمون	۱۲	۱۶/۷۰	۳/۶۶۴	۲۲
کنترل	پیش آزمون	۱۲	۱۹/۷۷	۳/۳۱۹	۲۲
	پس آزمون	۱۲	۱۷/۷	۳/۴۴۱	۲۲

در جدول ۱۴، چون t بدست آمده حاصل از پیش بزرگتر از t جدول با درجه آزادی ۲۲ و سطح آزمون پس آزمون پسران گروه آزمایش (۵/۳۳۲) معناداری ۰/۰۰۵ است فرض صفر رد می شود.

جدول ۱۵: میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل

آزمودنی ها	تعداد	میانگین نمره	انحراف استاندارد	میانگین نمره	انحراف استاندارد
گروه آزمایش	۲۵	۱۱۲/۲	۸/۹۱	۷۹/۳	۸/۳۶
گروه کنترل	۲۵	۱۱۵/۹	۶/۵۷	۱۰۶/۹	۶/۷۹

چنانکه در جدول فوق نشان داده شده است میانگین نمره های کمروبی آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل که در پیش آزمون نزدیک به هم هستند در پس آزمون یعنی بعد از اعمال متغیر مستقل - بازی درمانی شناختی رفتاری - تفاوت چشمگیری نشان می دهند و میانگین نمره کمروبی گروه آزمایش تقلیل قابل توجهی نسبت به میانگین این متغیر در گروه کنترل که در پس آزمون تغییر چندانی نیافته، نشان می دهد.

جدول ۱۶: نتیجه مقایسه نمره های دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون کمروبی

آزمودنی ها	تعداد آزمودنی	میانگین کمروبی	انحراف استاندارد	درجه آزادی	t	سطح معناداری
گروه آزمایش	۲۵	۷۹/۳	۸/۳۶	۴۸	۷/۰۴	۰/۰۰۵
گروه کنترل	۲۵	۱۰۶/۹	۶/۷۹	۴۸		

در جدول فوق نتایج مقایسه نمره های پس آزمون آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل با استفاده از t ارایه شده است. در واقع مقایسه اصلی پژوهش، مقایسه پس آزمون دو گروه آزمایشی و کنترل بعد از به کاربندی متغیر درمانی نسبت به گروه اول و عدم این به کاربندی در خصوص گروه دوم یعنی گروه گوا ه است. چنانکه در جدول مشهود است، میانگین کمروبی گروه آزمایشی در پس آزمون کمتر از گروه کنترل است و t به دست آمده معناداری تفاوت های مشاهده شده را با سطح معناداری ۰/۰۰۵ نشان می دهد. در نتیجه می توان گفت نمره های گروه تحت درمان به نحو معناداری متفاوت از گروه کنترل است و اعمال شیوه های اصلاحی در تقلیل علایم کمروبی مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

1 Cognitive eventes
2 Cognitive processes
3 Cognitive structure

می توان به افراد کمک نمود که رفتارهای خود را کنترل کنند. بر همین اساس در این پژوهش سعی کردیم با استفاده از بازی درمانی شن- اختی- رفتاری بر اساس نظریه مایکنبام علایم کمرویی را در کودکان کاهش دهیم؛ و تجزیه و تحلیل داده های حاصل از انجام پژوهش نشان می دهد این روش مؤثر بوده است. اما در مورد این که چرا این روش مؤثر واقع شده است دلایل بسیاری می توان احصاء نمود.

بر این اساس در پژوهش حاضر سعی پژوهشگران بر این بوده گفتگوهای درونی را از حالت خودکار و ناخودآگاه خارج نموده و کودکان را از این گفتگوها آگاه سازند تا آنها را به چالش بطلبند و با استفاده از شواهد عینی عدم صحت آنها را روشن سازد و به کمک خود کودک تفکرهای صحیح را جایگزین آنها نمایند و به آنها آموزش دهند در موقعیت هایی که دچار نگرانی و تنش می شوند مراقب این گفتگوهای درونی بوده و از به کار بردن عبارات منفی در این گفتگوها پرهیز کنند.

نتایج حاصل از فرضیه اصلی پژوهش "تأثیر رفتار درمانی شناختی با رویکرد مایکنبام بر کمرویی کودکان دبستانی" نشان داد که این روش در کاهش علایم کمرویی کودکان مؤثر است. یعنی فرض پژوهشی مبنی بر کارآمدی رفتار درمانی شناختی در کاهش علایم کمرویی تأیید شد و نتایج به دست آمده در سطح ۰/۰۰۵ معنادار است. نتایج حاصل از پژوهش با نتایج پژوهش های کندال و براسول (۱۹۸۵)، کریمی (۱۳۸۷)، عسکرنیا (۱۳۸۰) همسو است.

فرضیه های فرعی پژوهش عبارت بود از "رفتار درمانی شناختی با رویکرد مایکنبام بر هر یک از خرده مقیاس های کمرویی کودکان دبستانی مؤثر است". نتایج حاصل از هر یک از فرضیه ها عبارت بود از: فرضیه ویژه اول عبارت بود از "رفتار درمانی شناختی با رویکرد مایکنبام میزان وابستگی کودکان

رویدادهای شناختی به تصاویر ذهنی و افکار مشخ ص و روشنی اطلاق می شود که مایکنبام آنها را نوعی گفتگوی درونی^۱ که با قطع کیفیت خ و دکار رفتار شخص بروز می کنند، توصیف می کند. این گفتگو، اسنادها، انتظارها و ارزیابی هایی از خویش و تکلیف یا افکار و تصاویر ذهنی نامربوط به تکلیف را با هم ترکیب می کند. این گفتگوها خارج از کنترل شخص اند و ویژگی غیر قابل کنترل آن در موقعیت های پر استرس و ناراحت کننده بیشتر جلوه گر شده، بنابراین اثرگذاری آن بیشتر است. با وجود این درمانگر می تواند به مراجع کمک کند تا وی از چنین فرآیندهای فکری آگاه شود، به آنها توجه کرده و آنها را تغییر دهد. فرآیندهای شناختی دومین جنبه از کاربرد مفهوم شناخت است. این فرایند که در اینجا از اهمیت زیادی برخوردار است سوگیری خود تأییدی یا "فرآیندهای خودکام بخش" است که بر مبنای آن افراد بر اساس فرض هایی که از قبل در ذهن دارند اطلاعات خاصی را در محیط جستجو کرده و با کمک این اطلاعات فرض های خود را تأیید می کنند و به تبع آن رفتار نموده و بر رفتار دیگران نسبت به خود نیز تأثیر می گذارند.

سومین جنبه از شناخت، اصطلاح ساختارهای شناختی است که به اعتقادات، تعهدها و فرضیه های ضمنی که فرد بر طبق عادت بر اساس آنها محیط را تعبیر و تفسیر می کند، اشاره دارد (مایکنبام، ۱۳۸۶).

همانطور که بسیاری از پژوهش ها نشان می دهند و نظریه پردازان بسیاری بر آن تأکید دارند هر یک از این جنبه های شناخت که ذکر شد، به گونه ای رفتار فرد را تحت تأثیر قرار می دهند.

بر اساس رویکردهای شناختی- رفتاری برای تغییر رفتار و حذف اثرهای منفی شناخت های آسیب د یده بر فرد، باید آنها را اصلاح کرده و تغییر داد. مایکنبام معتقد است که با استفاده از این خودگویی های درونی

^۱ Inner dialogue

می دهد". نتایج حاصل از دو فرضیه فوق نشان دهنده تأثیر رفتاردرمانی شناختی در کاهش میزان انفعالی بودن و طرد شدگی دختران و پسران گروه آزمایش بوده است؛ که نتایج پژوهش کریمی (۱۳۸۷)، عسکرنیا (۱۳۸۰) نیز با نتایج فرضیه های فوق همسو بود. شواهد تجربی فراوانی بر اهمیت زبان در کنترل رفتار و نقش این گفتگوها بر رفتار شخص تأکید می کنند. حامیان اصلی این نظریه، یعنی ویگوتسکی، لوریا و مایکنام پژوهش های زیادی در این زمینه انجام داده و اثربخشی آن را نشان داده اند. علاوه بر آن پژوهشگران دیگری نیز این روش را در درمان اختلال های کودکان خصوصاً اختلال های افسردگی و اضطرابی به کار برده و اثربخشی این روش را به اثبات رسانده اند. از جمله می توان به کارهای اصفهانی و همکاران (۱۳۸۰) و باعدی (۱۳۸۰) اشاره کرد (باعدی، ۱۳۸۰، ص ۱۱۱). یکی از دلایلی که برای اثربخشی این روش درمانی می توان ذکر کرد اصلاح اسنادهای کودکان در این خودگویی هاست. علاوه بر آگاه شدن از وجود چنین گفتگوهایی اصلاح محتویات آنها نیز حائز اهمیت است. همچنین با این خودگویی ها کنترل رفتار، درونی شده و فرد رفتار خود را کنترل می کند و تکرار و تمرین، در درونی سازی آنها از طریق تلقین مفید واقع می شود. گروهی بودن درمان نیز یکی از عوامل اثربخشی آن است همان طور که بسیاری از پژوهش ها نشان می دهند. به کارگیری این درمان به صورت گروهبی، به ویژه در مورد کودکان، اثربخشی آن را افزایش می دهد (دن بوئر، ۱۹۹۷). براساس نتایج حاصل از این پژوهش میزان کمروبی گزارش شده از سوی معلمان مدارس در دو جنس متفاوت است. نمره های آزمودنی های پسر غالباً بیشتر از دختران گزارش شده است. یکی از دلایلی که برای آن می توان ذکر نمود این است که جنسیت بر کمروبی اثر می گذارد و از آنجا که والدین

دبستانی دختر و پسر را کاهش می دهد". نتایج حاصل در هر دو گروه دختران و پسران گروه آزمایش فرضیه فوق را تأیید نمود. بدین معنا که روش درمانی به کار گرفته شده در کاهش کمروبی هر دو جنس مؤثر بوده است. نتایج حاصل از پژوهش با نتایج پژوهش مایکنام و گودمن (۱۹۷۱)، کندال و براسول^۱ (۱۹۸۵)، کریمی (۱۳۸۷)، عسکرنیا (۱۳۸۰) همسو است. فرضیه ویژه دوم عبارت بود از "رفتار درمانی شناختی با رویکرد مایکنام میزان تنهایی کودکان دبستانی دختر و پسر را کاهش می دهد". نتایج نشان داد که رفتار درمانی شناختی در این خرده مقیاس در هر دو گروه آزمایش دختران و پسران مؤثر واقع شده است. "رفتار درمانی شناختی با رویکرد مایکنام میزان بی تفاوتی کودکان دبستانی دختر و پسر را کاهش می دهد" فرضیه ویژه سوم پژوهش بود. نتایج حاصل نشان داده که رفتار درمانی شناختی در کاهش کمروبی کودکان هر دو جنس مؤثر بوده است. پژوهش کریمی (۱۳۷۸) نیز در تأیید فرضیه فوق با پژوهش حاضر همسو است. در بررسی فرضیه ویژه چهارم مبنی بر این که "رفتار درمانی شناختی با رویکرد مایکنام میزان کناره گیری کودکان دبستانی دختر و پسر را کاهش می دهد". نتایج نشان داد که رفتار درمانی شناختی در این خرده مقیاس در گروه آزمایش دختران مؤثر نبوده ولی در گروه آزمایش پسران مؤثر واقع شده است. بر این اساس می توان از عامل جنسیت به عنوان عاملی مؤثر در بازداری یا در ترغیب رفتار اجتماعی به ویژه زمانی که در تعامل با متغیر درمانی قرار می گیرد، یاد کرد. فرضیه ویژه پنجم و ششم عبارت بود از "رفتار درمانی شناختی با رویکرد مایکنام میزان انفعالی بودن و طردشدگی کودکان دبستانی دختر و پسر را کاهش

² DenBoer

¹ Kendall.PC,& Braswell. L

بزرگسالان تمایل دارند با برجسب هایی که دیگران به آنها می زنند زندگی کنند . همچنین در صورت تکرار این عناوین و برجسب ها از سوی دیگران به تدریج خود فرد هم این برجسب ها را باور می کند و خود را با این ویژگی ها می شناسد در این صورت امکان تغییر در فرد مشکل تر خواهد شد . علاوه بر این والدین به دیگران هم نباید اجازه بدهند که این برجسب ها را به کودک آنها بزنند . دوم این که کودک خود را هرگز به دلیل کمرویی مسخره نکنند ، در عوض از آنها حمایت کنند و با آنها همدلی کنند. کودکان خود را تشویق کنند که درباره دلایل کمرویی شان صحبت کنند و راه های غلبه بر آن را به آنها یاد دهند. اگر والدین خودشان در دوره ای از زندگی شان کمرو بوده اند، درباره دلایل آن و این که چگونه توانسته اند بر آن غلبه کنند با آنها صحبت کنند. از آنجا که کودکان والدین خود را ب ی عیب و نقص و کامل تصور می کنند ، وقتی والدین کمرویی شان را پذیرفته و آن را تصدیق می کنند ، احساس بهتری در کودکانشان ایجاد می کنند و اضطراب آنها کاهش می یابد. تقویت رفتارهای ناهمساز نیز از دیگر روش هایی است که می تواند کمک کننده باشد. والدین بهتر است که رفتارهای برون گرایانه کودکان را بیشتر تشویق کنند . برای مثال وقتی که شروع به بازی با کودکان دیگر و یا یک شخص جدید می کنند آنها را تشویق کنند.

منابع :

- افروز، غلامعلی. (۱۳۷۶). *روان شناسی کمرویی و روش های درمان*. تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
- باعدی. زهرا. (۱۳۸۰). بررسی کارآمدی شناختی- رفتاری در کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک (مطالعه تک موردی). *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هفتم، شماره ۲، ص ۱۱۱.

و اطرافیان کودک کمرویی را در پسران کمتر قابل قبول می دانند از این رو به وجود چنین رفتارهایی در آنها اهمیت بیشتری می دهند و آن را شدیدتر ارزیابی می کنند. داده های پژوهشی حاضر نیز این فرضیه را تأیید می کند. به همین دلیل تلاش پسران برای تغییر نیز بیشتر دیده شد.

در مجموع با توجه به شواهد و دلایل ذکر شده می توان گفت رویکرد رفتاردرمانی شناختی یکی از مؤثرترین روش های درمانی به وی ژه در اختلال های اضطرابی است. پژوهش حاضر در مورد مسایل کودکان کمتر از مسایل مربوط به بزرگسالان انجام شده است، این در حالی است که پایه شکل گیری شخصیت و بسیاری از مشکلات و اختلال های روانی در کودکی است. بنابراین پیشنهاد می شود پژوهشگران علاقه مند ، به این زمینه بیشتر توجه نمایند . رفتار درمانی شناختی در مورد کودکان هم قابل اجراست . در روند پژوهش کودکان هم مانند بزرگسالان اس نادهای اشتباه را ابراز می کردند؛ بنابراین پیش از این که اسندهای اشتباه در ساختار و فرآیند شناخت آنها به صورت سبک شناختی، تثبیت شود ، می توان به وسیله رفتار درمانی شناختی، آنها را اصلاح کرد و تغییر داد. **در مورد افراد کمرو نیز** والدین یکی از مهمترین افرادی هستند که بر رفتار کودکان اثر می گذارند و بسیاری از یادگیری های کودکان متأثر از والدین است . بنابراین از طریق راهنمایی والدین می توان تا حدودی از برو ز کمرویی در کودکان پیشگیری کرد، چنانچه اگر والدینی دارای کودکی کمرو هستند برای جلوگیری از این مشکل کودک آنها در آینده به یک معضل تبدیل نشود و تداوم نیابد با به کار بستن برخی از راهکارهای آسان می توانند به این مهم دست یابند چرا که بر طبق پژوهش های انجام شده یکی از عوامل مهم اثربخشی درمان و حتی تداوم اثرات درمانی مشارکت و لدین در امر درمان است . بنابراین، والدین باید دقت کنند که به فرزندان خود برجسب نزنند چرا که چه کودکان و چه

- Connor,Thomas G O',Creswell. Cathy. (2005). *Cognitive – behavioural therapy for children and adolescents*, The Medicine Publishing Company Ltd.
- den Boer, J. A. (1997). Social phobia: epidemiology, recognition, and B treatment, *ritish medical. journal: Health module*, pp: 796.
- Grave. J, Blissett J. (2004). *Is cognitiv behavior therapy develop- mentally appropriate for young children? A critical review of the evidence*, *Clinical Psycholgy Review*, vol: 24, pp: 399 – 420.
- Henderson, L. & Zimbardo, P. (1998). *Encyclopedia of Mental Health. San Diego*: Academic Press.
- Kendall.P.C , & Braswell, L (1985). *Cognitive behavioral therapy for impulsive children*. New York : Guilford Prees.
- Kendall. Philip C, Braswell. L. (1982). Cogkitive – behavioral self-control therapy for children: A components analysis, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol: 50, Issue 5, pp: 672 – 689.
- Oakley , liza. (2004). *Cognitive development*, New York, psychology press.
- Rincon HG, Hoyos G, Badiel M. (2003). Group cognitive behavioral therapy for Depression and anxiety in an ambulatory psychosomatic cervice (Preliminary report), *Symposium abstract / Journal of Psychosomatic Research* 55 , pg: 111–129.
- Rodebaugh. T. L, Holawa R M. y, Heimberg. Richard G. (2004). The treatment of social anxiety disorder, *Clinical Psychology Review* 24 *United States*, pp: 883-908.
- Silverman. Sanford , Digiuseppe. Raymond. (2001). Cognitive behavioral constructs Andchildrens behaviora and emotional problems, *Journal of Rational – Emotive & Cognitive -*
- حناسابزاده اصفهانی. مریم؛ یزدان دوست، رخساره و محمدیان. مهرداد. (۱۳۸۰). درمان شناختی – رفتاری در کاهش نشانه های افسردگی و کاهش نگرش های ناسالم در نوجوانان مبتلا به افسردگی. *فصلنامه اندیشه و رفتار* . سال هفتم، شماره ۱ و ۲، تابستان و پاییز.ص ۷۶.
- عسکرنیا. رودابه. (۱۳۸۰). *تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی – رفتاری در کاهش کمرویی کودکان ۶ تا ۷ سال*. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. دانشگاه فردوسی مشهد.
- قاسم زاده، حبیب ا ... (۱۳۸۴). *رفتار درمانی، زمینه، مسایل و دورنما*. تهران. انتشارات ارجمند.
- کرین، ویلیام کریستوفر. (۱۳۸۴). *نظریه های رشد مفاهیم و کاربردها* . ترجمه غلامرضا خوی نژاد و علیرضا رجایی. تهران. انتشارات رشد.
- ویگوتسکی، ویگوتسکی . ای. اس. (۱۳۶۹). *ذهن و اجتماع*. ترجمه رؤیا منجم. تهران. انتشارات مؤسسه مطبوعات علمی.
- هاوتون، کرک. (۱۳۸۲). *رفتار درمانی شناختی راهنمای کاربردی در درمان اختلال های روانی* . ترجمه حبیب الله قاسم زاده. تهران. انتشارات ارجمند.
- مایکنام، دونالد. (۱۳۸۶). *آموزش ایمن سازی در مقابل استرس*. ترجمه سیروس مبینی. تهران. انتشارات رشد.
- Alfano, C.A.Beidel.Deborah C, Turner. Samuel M. (2002).Cognition in childhood anxiety: conceptual, methodological,and developmenta issues, *journal pergamon ,Clinical Psychology Review*, vol: 22 ,pp: 1209 1238.
- Bruch. Monroe A,and Belkin. Debra K. (2001). Attributional Style in Shyness and Depression: Shared and Specific Maladaptive Patterns, *Journal of Cognitive Therapy and Research*, Vol:25, No. 3, pp: 247 – 259.

JAm Acad Adolesc Psychiatry ,
45(3), pp: 314-21.

Behavior Therapy , Volume 19,
Number 2.
- Wood JJ, Piacentini JC, Southam-
Gerow M, Chu BC, Sigman
M. (2006). *Family cognitive behavioral
therapy for child anxiety disorders*,

Quarterly Journal of Educational Psycholog
Islamic Azad University Tonekabon Branch
Vol. 2, No. 4, winter 2011, No 8

Effectiveness of play therapy approach Cognitive - behavioral Meichenbaum shyness on children of primary school boys and girls

Jaafary. Alireza

Faculty member, IAU Abhar branch. Abhar. Iran
Persianarj@yahoo.com

Abstract

The present study examined the impact of play therapy with a cognitive approach - behavioral shyness Meichenbaum the school children were girls and boys. The experimental study pretest - posttest control group. For this purpose, 50 male and female students in the geographical area Abhar city in the academic year 90-89 were enrolled using a multi-stage cluster random sampling method and by the ckeck behavioral list of shy students identified as shyness, behavioral and were selected in the test and control groups (each group consisted of 25 patients) were included.

ckeck list of behavioral shyness as a research tool before and after implementation of the independent variable (play therapy, cognitive - behavioral, within 4 weeks, 3 sessions per week, 45-30 minutes) and the data obtained was performed using SPSS software and using descriptive statistics and t tests were analyzed. The results showed that the experimental group scored significantly less shyness than the control group. They also shyness scores than pre-test score changes showed significant differences. Cognitive behavior therapy in the game Mayknbam schoolchildren is effective in reducing shyness.

Keywords: Play therapy, Cognitive - Behavioral, Shyness, Approach Meichenbaum.
