

تأثیر بازی درمانی گروهی به شیوه شناختی - رفتاری بر ترس اجتماعی کودکان ۵ تا ۱۱ سال

سلیمه جلالی^۱، مژگان کار احمدی^۲، حسین مولوی^۳، اصغر آقایی^۴

چکیده

زمینه و هدف: ترس اجتماعی کودکان، یکی از اختلالات شایع اضطرابی می‌باشد، که برای درمان آن مداخله‌های روان‌شناختی مختلفی وجود دارد. هدف اصلی این پژوهش تعیین تأثیر بازی درمانی گروهی به شیوه شناختی رفتاری بر ترس اجتماعی کودکان ۵ تا ۱۱ سال بوده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه شبه تجربی از کودکان مراجعه کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی اطفال شهر اصفهان، ۳۰ نفر از کودکان به روش تصادفی به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس به روش واگذاری تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد جای گرفتند. گروه آزمایش تحت بازی درمانی گروهی به شیوه شناختی - رفتاری در ۶ جلسه هفتگی قرار گرفتند و گروه شاهد هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. برای تشخیص این کودکان از پرسش‌نامه علایم مرضی کودکان (۴-CSI)، فرم والدین استفاده شد. علاوه بر این آزمودنی‌ها، تشخیص روان‌پزشک اطفال در مورد اختلال مذکور را نیز دریافت کردند. پرسش‌نامه علایم مرضی کودکان (۴-CSI) در زیر مقیاس ترس اجتماعی، فرم والدین، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری برای هر دو گروه آزمودنی‌ها اجرا گردید. داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بازی درمانی در مرحله پس‌آزمون ترس اجتماعی را کاهش می‌دهد ($P < 0/01$) و در مرحله پی‌گیری نیز ترس اجتماعی را در گروه آزمایش کاهش داد ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: در این پژوهش ترس اجتماعی گروه آزمایش به طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد بود و این موضوع مشابه مطالعات انجام شده در ایران و خارج از کشور می‌باشد. بازی درمانی گروهی به شیوه شناختی - رفتاری شیوه مناسبی برای درمان ترس اجتماعی کودکان است.

واژه‌های کلیدی: بازی درمانی، ترس اجتماعی، گروه درمانی، شناختی - رفتاری، کودکان.

نوع مقاله: پژوهشی

پذیرش مقاله: ۸۹/۷/۷

دریافت مقاله: ۸۸/۱۲/۱۰

Email: salimeh.jalaly@yahoo.com

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول).

۲- استادیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۴- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران.

مقدمه

مقابله با ترس‌های کودکان، یکی از مشکلات عمده والدین و مربیان به شمار می‌آید. واکنش ترس یکی از واکنش‌های حیاتی تلقی می‌شود که در جریان رشد کودک، از تنوع گسترده‌ای برخوردار است. ترس کودکان اغلب ناپیدا بوده، با گذشت زمان تغییر می‌کند. چنانچه این مرحله گسترش یابد، منجر به ایجاد حالتی از تظاهر مزمن ترس می‌شود، که به اضطراب معروف است (۱). ترس اجتماعی به عنوان حالتی است که توسط یک ترس پایدار و ثابت، غیر منطقی و شدید توصیف می‌شود و ترسی که در آن شخص احساس می‌کند توسط دیگران موشکافی و ارزیابی می‌شود و یا توسط دیگران تحقیر و تمسخر می‌گردد. این ترس ممکن است شامل بسیاری از موقعیت‌های اجتماعی باشد که می‌تواند با عملکرد خاصی مواجه و یا ارزیابی شود. پیش‌بینی این موقعیت‌ها، با عدم راحتی و آرامش، ترس یا استرس، تجربه می‌شود. دوره ترس اجتماعی به عنوان یک دوره بیماری طولانی مدت و مزمن است. ترس اجتماعی به عنوان یکی از اختلالات عمومی اضطراب شناخته می‌شود (۲). فرد مبتلا به ترس اجتماعی اغلب سعی می‌کند از موقعیت خاصی که در آن ممکن است از سوی دیگران مورد ارزیابی قرار گیرد و نشانه‌هایی از اضطراب از خود بروز دهد یا با دستپاچگی رفتار کند، اجتناب ورزد. به طور معمول صحبت کردن، خوردن در جمع و هر نوع فعالیتی که باید در حضور دیگران صورت گیرد، آن‌ها را به شدت مضطرب می‌سازد (۳).

افراد مبتلا در موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی ترس‌آور، نگران و آشفته‌اند و از شرمندگی و احتمال تغییر واکنش دارند. به همین علت اغلب از موقعیت‌های ترس‌آور اجتناب کرده، در این موقعیت‌ها اضطراب شدیدی را تجربه می‌کنند. ارزیابی منفی از خود، عزت نفس ضعیف، احساس حقارت دارند. اغلب در مدرسه به علت اضطراب، پیشرفت چندانی نداشته، به علت عملکردهای اجتنابی در مجموعه‌ای از فعالیت‌ها از مدرسه تا محیط اجتماعی و شغلی شکست دارند (۴). در مقایسه با کودکانی که دارای اختلال اضطراب جدایی هستند، کودکانی که مبتلا به ترس اجتماعی می‌باشند، نوع کناره‌گیری افراطی از افراد غیر آشنا دارند، این امر

باعث می‌گردد که این کودکان در تماس‌های اجتماعی روزانه دچار مشکل گردند. ارتباط آن‌ها با افراد آشنا مثل اعضای خانواده اغلب خوب و راضی کننده است. این کودکان نشانه را زمانی به وضوح نشان می‌دهند که برای تعامل اجتماعی با کودکان دیگر تحت فشار قرار می‌گیرند (۵). ممکن است در این کودکان گریه کردن، بی‌قراری، ماندن در کنار یک فرد آشنا و محدود کردن روابط دیده شود. احتمال دارد که این کودکان از شرکت در بازی گروهی پرهیز کنند، از فعالیت‌های اجتماعی کناره‌گیری نمایند (۵). در بیمارانی که شروع ترس اجتماعی زود هنگام است (کمتر از ۱۵ سال)، خطر توسعه عوامل افسرده کننده در آن‌ها در مقایسه با آن‌هایی که در سن بالا، مبتلا می‌شوند، بیشتر است (۱۵ سال به بالا هستند). شروع ترس اجتماعی می‌تواند شروع آثار و نشانه‌های افسردگی باشد و این امر نشان می‌دهد که ترس اجتماعی دارای نقشی در توسعه و پیشرفت دیگر اختلالات روانی است (۲). کودکان با اختلال ترس اجتماعی، کاهشی در مهارت‌های اجتماعی نشان می‌دهند (۶).

برای درمان ترس و اضطراب کودکان، مداخله‌های روان‌شناختی مختلفی وجود دارد. از جمله روش‌های شناختی-رفتاری (۷) و روش دیگری که برای درمان این کودکان مورد توجه قرار گرفته، بازی درمانی است.

بازی باعث ارتباط افکار درونی کودک با دنیای خارجی او می‌شود و باعث می‌شود که کودک بتواند اشیای خارجی را تحت کنترل خود در آورد. بازی به کودک اجازه می‌دهد تا تجربیات خود، افکار، احساسات و تمایلاتی که برای او تهدید کننده هستند، را نشان دهد (۸).

بازی به عنوان یک روش صحیح و درست در درمان کودک است، زیرا کودکان اغلب در بیان شفاهی احساساتشان دچار مشکل هستند. از طریق بازی، کودکان می‌توانند موانعشان را کاهش داده، احساسات خود را بهتر نشان دهند (۹).

بازی درمانی به عنوان یک ارتباط بین فردی پویا بین کودک و یک درمان‌گر آموزش دیده در فرایند بازی درمانی توصیف می‌شود، که رشد یک ارتباط امن را برای کودک تسهیل می‌نماید، تا کودک به طور کامل خود را بیان کند (۱۰). از طریق

مؤثر است (۱۸).

در سال‌های اخیر توجه به اختلالات روانی کودکان و پر اهمیت شمردن آن سیر فزاینده‌ای یافته است و دستاوردهای ارزنده بسیاری نیز حاصل شده، ولی هنوز کمبودها و نقایص بسیاری در این رابطه وجود دارد و با توجه به مطالب فوق، پژوهش در زمینه روش‌های مختلف درمان ترس اجتماعی کودکان از اهمیت زیادی برخوردار است. به خصوص پژوهش در زمینه درمان شناختی- رفتاری برای درمان این اختلال به این دلیل که عوارض جانبی داروها را ندارد، مفید می‌باشد. از آن جایی که بازی برای کودکان همانند کلام برای بزرگسالان است و وسیله‌ای است برای بیان احساسات، برقراری روابط، توصیف تجربیات، آشکار کردن آرزوها و خودشکوفایی و به دلیل این که در ایران پژوهش‌های کمی بر روی ترس اجتماعی کودکان انجام شده است و هیچ پژوهشی به شیوه بازی درمانی بر روی این اختلال در ایران انجام نگرفته، در درمان ترس اجتماعی کودکان ترجیح داده شده است که از این روش استفاده شود و خلاء پژوهشی تا حدودی مرتفع گردد.

فرضیه‌های پژوهش عبارتند از:

۱) بازی درمانی میزان ترس اجتماعی کودکان ۵ تا ۱۱ سال را در مرحله پس‌آزمون کاهش می‌دهد.

۲) بازی درمانی میزان ترس اجتماعی کودکان ۵ تا ۱۱ سال را در مرحله پی‌گیری کاهش می‌دهد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش شبه تجربی بود. جامعه آماری تحقیق را کلیه کودکان با اختلال ترس اجتماعی مراجعه کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی دانشکده علوم پزشکی شهر اصفهان تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای تصادفی از میان کلینیک‌های علوم پزشکی اصفهان دو کلینیک (کودک و نوجوان علوم پزشکی اصفهان و مرکز نور) انتخاب شدند. از میان کودکانی که توسط روان‌پزشک اطفال تشخیص اختلال ترس اجتماعی دریافت کرده بودند، ۳۰ کودک به شیوه تصادفی انتخاب و به روش واگذاری

بازی درمانی، کودک می‌تواند مهارت‌های شاهد خود را بهتر فرا گیرد و کسب کند (۹). بازی درمانی گروهی پیوند طبیعی دو درمان مؤثر است. بازی درمانی گروهی یک فرایند روان‌شناختی و اجتماعی است که در آن کودکان از طریق ارتباط با یکدیگر در اتاق بازی چیزهایی را در مورد خودشان یاد می‌گیرند. بازی درمانی گروهی برای درمان‌گر فرصتی را فراهم می‌کند تا به کودکان کمک کند که چگونه تعارضات را حل نمایند (۱۱). اهداف کلی از مداخله بازی درمانی گروهی، کمک به مشارکت یادگیری، خود شاهدهی، مسؤلیت ابراز احساسات، احترام گذاشتن، پذیرفتن خود و دیگران و بهبود رفتارهایی چون مهارت‌های اجتماعی، عزت نفس و کاهش افسردگی است (۱۲). یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که بازی درمانی توانسته است بر مهار اضطراب کودکان موفق عمل کند. ابراهیمی در پژوهش خود نشان داد که بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری در کاهش ترس شب کودکان مؤثر است (۱۳). Bratton و همکاران در مروری از ۸۲ مطالعه تجربی از بازی درمانی، نتیجه گرفتند که بازی درمانی نتایج مؤثری را در خودپنداره، تغییرات رفتاری، توانایی شناختی، مهارت‌های اجتماعی و اضطراب نشان داده است (۱۴). Baggerly و Parker بیان کردند که بازی درمانی گروهی بر یادگیری، خود کنترلی، مسؤلیت، ابراز احساسات، احترام گذاشتن، پذیرش خود و دیگران و بهبود مهارت‌های اجتماعی، عزت نفس، کاهش افسردگی و اضطراب مؤثر است (۱۵). Dougherty نیز تأثیرات بازی درمانی کودک محور را بر روی مراحل مختلف رشد کودکان بررسی کرده است. نتایج این پژوهش، تأثیر بازی درمانی کودک محور را بر روی مراحل رشدی پیش عملیاتی و عملیاتی عینی کودکان گروه آزمایش نشان داد (۳). Landreth و همکاران بیان می‌کنند که بازی درمانی کودک محور تأثیر مثبتی بر روی رفتار و هیجانات دارد (۱۶).

stangier و همکاران بیان می‌کنند که درمان شناختی- رفتاری درمان انتخابی ترس اجتماعی است (۱۷). taube و همکاران نیز عنوان کردند که درمان شناختی- رفتاری برای ترس اجتماعی هم به صورت انفرادی و هم به شیوه گروهی

که منجر به ایجاد سوگیری در اداره جلسات درمانی می‌شوند و پژوهش را از حالت کور بودن خارج می‌کند. برای کنترل این محدودیت نمره‌گذاری پرسش‌نامه به شخص سومی با دستورالعمل واگذار شد.

شیوه اجرای پژوهش بدین گونه بود که ابتدا به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از میان کودکان مراجعه کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی دانشکده علوم پزشکی شهر اصفهان دو کلینیک (کودک و نوجوان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و کلینیک روان‌پزشکی کودکان بیمارستان نور) ۳۰ نفر انتخاب و به روش واگذاری تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد جایگزین شدند. گروه آزمایش به ۳ گروه ۴ نفری و یک گروه ۳ نفری تقسیم شدند و تحت بازی درمانی گروهی در ۶ جلسه با مدت زمانی ۶۰ دقیقه به صورت یک جلسه در هفته قرار گرفتند و در پایان هفته ششم از هر دو گروه آزمایش و شاهد پس‌آزمون به عمل آمد. دو ماه بعد از اتمام مداخله درمانی به منظور پایدار ماندن نتایج درمان از هر دو گروه آزمون پی‌گیری به عمل آمد. به منظور رعایت اصول اخلاقی بعد از اتمام پژوهش، گروه شاهد به اتاق بازی مراجعه کرده، همانند گروه آزمایش مداخله درمانی دریافت می‌کردند.

قبل از شروع جلسات گروهی، کودکان یک جلسه به صورت انفرادی به اتاق بازی درمانی می‌آمدند، که هدف از انجام این کار کاهش اضطراب کودکان و آشنایی آنان با اتاق بازی درمانی و درمان‌گر بود، تا کودکان به یک امنیت و احساس آرامش برسند. درمان‌گر نیز بتواند اهداف درمانی و نوع بازی‌ها را متناسب با گروه تعیین کند و بعد از آن در جلسات گروهی قرار داده شدند.

جلسه اول: اعضای گروه به یکدیگر معرفی شدند. در این جلسه سازگاری کودکان با محیط و یکدیگر مد نظر بود و برای ایجاد رابطه دوستی و احساس امنیت هر بازی‌ای که کودکان پیشنهاد می‌دادند، انجام شد.

جلسه دوم و سوم: بازی با عروسک‌های خیمه شب بازی و اسباب بازی‌های نرم که به کودک کمک می‌کند تا

تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد قرار گرفتند. معیارهای ورود کودکان به پژوهش داشتن سن بین ۵ تا ۱۱ سال و داشتن اختلال ترس اجتماعی هم در پرسش‌نامه و هم توسط روان‌پزشک اطفال و نداشتن اختلال روان‌پزشکی دیگر بود. اگر کودکان در تمامی جلسات شرکت نکرده بودند و یا والدین آن‌ها به طور کامل به پرسش‌نامه پاسخ ندادند، کودکان از مطالعه خارج می‌گردند. در این تحقیق از تحلیل کوواریانس استفاده شد و داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS¹⁵ تحلیل گردید. هیچ کدام از متغیرهای جمعیت شناختی این پژوهش با نمرات ترس اجتماعی رابطه معنی‌داری نداشت، از این رو نیاز به کنترل آن‌ها نبود و فقط نمرات پیش‌آزمون کنترل گردید.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) بوده است. پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان ابزار غربالگری Screening برای شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی بوده است، که عبارات آن بر اساس ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تدوین شده است. این پرسش‌نامه شامل فهرست علائم ۲۱ اختلال رفتاری و هیجانی و بر اساس ملاک‌های چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تهیه گردید. این پرسش‌نامه به دو شیوه نمره‌گذاری می‌گردد: ۱. روش نمره برش غربال کننده Screening cut-off score method. ۲. روش نمره شدت علامت Symptom severity score method. این پژوهش از روش نمره شدت علامت استفاده شد، به این شیوه که گزینه‌های هیچ‌گاه، به ندرت، گاهی اوقات و بیشتر اوقات به ترتیب با کدهای ۰، ۱، ۲، ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. برای ترس اجتماعی گروه I مورد استفاده قرار گرفت. پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش محمد اسماعیل، $r = 0/65$ گزارش شد (۱۹). نیز توسط محقق به روش Chronbachs' alpha $0/751$ به دست آمد. روایی آن بر اساس پذیرش، مقبولیت و مورد استفاده زیاد آن در ایران مورد تأیید است. آگاه بودن درمان‌گر نسبت به هدف درمان

بدین شرح بود که گروه آزمایش شامل ۷ دختر و ۸ پسر با میانگین سنی ۶-۴ سال و گروه شاهد شامل ۸ دختر و ۷ پسر با میانگین سنی ۷-۴ سال، وضعیت اشتغال پدران ۶ نفر کارگر (۳ نفر گروه آزمایش و ۳ نفر گروه شاهد)، ۱۰ نفر کارمند (۵ نفر گروه آزمایش و ۵ نفر گروه شاهد)، ۱۱ نفر مشاغل آزاد (۶ نفر گروه آزمایش و ۵ نفر گروه شاهد)، ۳ نفر پزشک و مهندس (۱ نفر گروه آزمایش و ۲ نفر گروه شاهد) و وضعیت اشتغال مادران ۶ نفر شاغل (۲ نفر گروه آزمایش و ۴ نفر گروه شاهد) و ۲۴ نفر خانه‌دار (۱۳ نفر گروه آزمایش و ۱۱ نفر گروه شاهد) بود.

نتایج حاصل از اجرای بازی درمانی بر روی دو گروه آزمایش و شاهد در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری به شرح زیر ارائه شده است.

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. آزمون Shapiro-vilk نشان داد که توزیع داده‌ها در گروه آزمایش و شاهد نرمال است، هر چند به علت این که حجم گروه‌ها مساوی بوده، رعایت این پیش فرض ضرورتی ندارد (۲۳).

آزمون Levin نشان داد که واریانس‌ها را در مقیاس ترس اجتماعی در دو مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری برابر است.

نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر بازی درمانی بر ترس اجتماعی در مرحله پس‌آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

رفتارهای پسندیده اجتماعی را بیاموزد، انجام بازی‌های گروهی مانند مینی بسکتبال و استخر توپ برای به وجود آمدن همکاری و ارتباطات اجتماعی در گروه کودکان.

جلسه چهارم: استفاده از حیوانات اسباب بازی برای کشف ترس از روابط با دیگران، از بین رفتن ترس‌های کودکان از حیوانات و کشف نگرانی از روابطش با استفاده از تکنیک ایفای نقش برای هر حیوان.

جلسه پنجم: استفاده از بازی خیالی برای کمک به کودک در ابراز ترس‌ها، آرزوها و ایده‌ها به صورت کلامی و غیر کلامی، بازی با الگوها بنا به درخواست کودکان انجام شد.

جلسه ششم: استفاده از خمیر بازی با این هدف که کودکان احساسات و ترس‌های خود را از طریق مجسمه‌ها بیان کرده، اعضای گروه راه‌کارهایی برای وی ارائه دهند و از این طریق مشکلات خود را حل کرده، الگوگیری برای مقابله با ترس‌ها صورت گیرد و روابط متقابل بین کودکان تقویت شود. در این جلسه به آن‌ها کمک می‌شود تا بتوانند جلسات درمانی را ترک کرده، آموخته‌های خود را به محیط بیرون تعمیم دهند. بازی‌های به کار رفته در این پژوهش بر اساس رویکرد شناختی- رفتاری تهیه شده، ضمن این که بنیانگذار بازی درمانی روانکاوان بوده‌اند (۲۲، ۲۰).

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در این پژوهش

جدول ۱. آزمون Levin برای پیش فرض برابری واریانس‌ها برای دو گروه در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری

مرحله	زیرمقیاس	فراوانی	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی‌داری
پس‌آزمون	ترس اجتماعی	۱/۶۲۷	۱	۲۸	۰/۳۳۳
پی‌گیری	ترس اجتماعی	۱/۱۹۰	۱	۲۷	۰/۲۸۵

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون ترس اجتماعی گروه آزمایش و شاهد

گروه	متغیر	میانگین	انحراف معیار	تعداد
آزمایش		۲/۴۵۲	۲/۷۸۹	۱۵
شاهد		۴/۳۴۸	۲/۹۱۵	۱۵

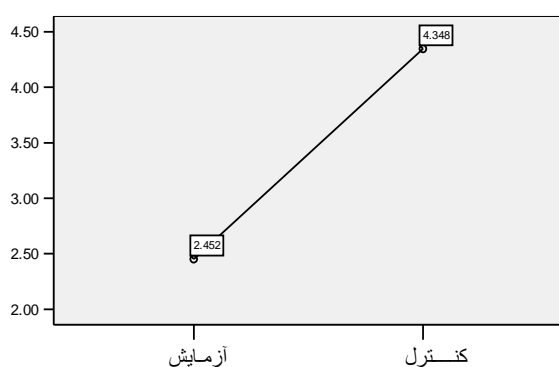
جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه میانگین‌های نمرات ترس اجتماعی در مرحله پس‌آزمون بعد از شاهد متغیر پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معنی‌داری	حجم اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	۱۳۱/۱۶۳	۱	۱۳۱/۱۶۳	۳۶/۲۶۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷۶	۱/۰۰۰
عضویت گروهی	۲۶/۸۴۵	۱	۲۶/۸۴۵	۷/۷۹۰	۰/۰۱	۰/۴۲	۰/۷۶۸

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار پی‌گیری ترس اجتماعی گروه آزمایش و شاهد

گروه	متغیر	میانگین	انحراف معیار	تعداد
آزمایش		۴/۶۸	۲/۵۳۲	۱۵
شاهد		۱/۹۷	۲/۹۲۹	۱۵

اجتماعی در مرحله پی‌گیری در جدول ۵ ارایه شده است.



نمودار ۱. میانگین‌های تعدیل شده نمرات ترس اجتماعی در مرحله پس‌آزمون

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شد، تفاوت بین میانگین نمرات ترس اجتماعی در مرحله پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و شاهد معنی‌دار است ($P < 0.01$). بازی درمانی ترس اجتماعی کودکان را در مرحله پس‌آزمون کاهش داده است. میزان تأثیر بازی درمانی ۰/۴۲ و توان آماری ۰/۷۶ به دست آمد.

جهت نمایش بهتر عملکرد آزمودنی‌های دو گروه، میانگین‌های تعدیل شده نمرات ترس اجتماعی در مرحله پس‌آزمون در نمودار ۱ رسم شده است.

همان‌طور که نمودار ۱ نشان می‌دهد، میزان ترس اجتماعی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد می‌باشد.

نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر بازی درمانی بر ترس

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه میانگین‌های نمرات ترس اجتماعی در مرحله پی‌گیری بعد از شاهد متغیر پیش‌آزمون

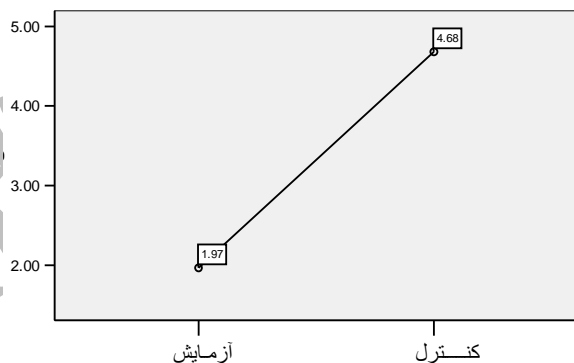
منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معنی‌داری	حجم اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	۱۱۵/۳۳۷	۱	۱۱۵/۳۳۷	۳۴/۹۱۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷۳	۱/۰۰۰
عضویت گروهی	۵۲/۹۷۰	۱	۵۲/۹۷۰	۱۶/۰۳۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸۱	۰/۹۷۱

آنان رابطه برقرار می‌کنند و به همین علت، برقراری ارتباط آنان با پاسخ‌های مثبت همراه نمی‌شود و ممکن است از جمع هم‌سالان و محیط‌های دیگر طرد شده، کم‌کم در رابطه با توانایی‌های خود دچار شک و تردید شوند و به جای ارتباط صحیح، عدم برقراری ارتباط را برگزینند، زیرا خود و توانایی خود را کمتر از حد و کمتر از توانایی دیگران تخمین می‌زنند. Baggerly و Parke بیان کردند که بازی درمانی گروهی بر یادگیری، خود شاهی، مسؤلیت، ابراز احساسات، احترام گذاشتن، پذیرش خود و دیگران و بهبود مهارت‌های اجتماعی، عزت نفس، کاهش افسردگی و اضطراب مؤثر است (۱۳). در این دوره درمانی سعی شد تا راه‌های برقراری ارتباط صحیح با دیگر کودکان و حتی کلمات و حالت مناسب دوست‌یابی از طریق عروسک‌های خیمه شب بازی، خمیربازی به آنان آموزش داده شود و حتی در این بازی‌ها کودکانی که قادر به برقراری ارتباط عروسک خودشان با دیگر عروسک‌ها نبودند، درمان‌گر با صدای آرام کلمات مورد نظر را می‌گفت و آن کودکان با صدای بلند آن‌ها را تکرار می‌کردند. دیدگاه‌های دیگران و حالت‌ها و احساس‌های آنان در موقعیت‌های مختلف به کودکان آموزش داده شد. Bratton و همکاران تأثیر بازی درمانی را بر خود پنداره، تغییرات رفتاری، مهارت‌های اجتماعی و اضطراب کودکان نشان دادند (۱۴).

از آن جا که کودکان با ترس اجتماعی از تماس با دیگران خودداری می‌نمایند و از شرکت در بازی‌های گروهی پرهیز می‌کنند و اضطراب آن‌ها موقعی پدیدار می‌شود که در معرض محرک‌های ترس‌آور قرار بگیرند. در بازی درمانی گروهی، کودکان مجبور به تماس با هم‌سالان خود و شرکت در بازی‌ها هستند و به علت این که در این موقعیت قرار می‌گیرند و محرک ترس‌آوری دریافت نمی‌کنند، اضطراب آن‌ها در محیط رفته‌رفته کم می‌شود. بعد از مدتی که کودکان متوجه می‌شوند آن‌ها مورد ارزیابی یا تحقیر نیستند، کناره‌گیری افراطی آنان نیز به تدریج برطرف شده، از شرکت در بازی با هم‌سالان خود لذت می‌برند. در عین حال از طریق بازی با حیوانات و عروسک‌های خیمه شب بازی، مهارت‌های

همان طور که در جدول ۵ نشان داده شد، تفاوت بین میانگین نمرات ترس اجتماعی در مرحله پی‌گیری در دو گروه آزمایش و شاهد معنی‌دار است ($P < 0/0001$). بازی درمانی ترس اجتماعی کودکان را در مرحله پی‌گیری کاهش داده است که میزان تأثیر بازی درمانی ۰/۴۸ و توان آماری ۰/۹۷ به دست آمد.

جهت نمایش بهتر عملکرد آزمودنی‌های دو گروه، میانگین‌های تعدیل شده نمرات ترس اجتماعی در مرحله پی‌گیری در نمودار ۲ رسم شده است.



نمودار ۲. میانگین‌های تعدیل شده نمرات ترس اجتماعی در مرحله پی‌گیری

همان طور که نمودار ۲ نشان می‌دهد، میزان ترس اجتماعی گروه آزمایش در مرحله پی‌گیری به طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس، علایم مرضی کودکان در مرحله پس‌آزمون، میزان ترس اجتماعی گروه آزمایش به طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد بود.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که ترس اجتماعی کودکان علاوه بر آن که ریشه در اضطراب این کودکان دارد، این کودکان مهارت‌های دوست‌یابی و چگونگی برقراری ارتباط با هم‌سالان خود را نیاموخته، یا به گونه‌ای ناصحیح با

موقعیت‌های دیگر زندگی به گذشت زمان و نیز نیازمند تمرین و تکرار است، نتایج حاکی از آن بود که نمرات گروه آزمایش در مرحله پی‌گیری، کاهش داشته است. Landreth و همکاران بیان می‌کنند که بازی درمانی تأثیر مثبتی بر روی رفتار و هیجانات کودک دارد و درمان کوتاه مدت به همان میزان درمان طولانی مدت، دارای تأثیرات مثبت است (۱۶).

به دلیل اجرای مداخله درمانی در فصل تابستان و قرار گرفتن سن بعضی از کودکان زیر سن دبستان، فرم معلم اجرا در پژوهش حذف گردید. ارزیابی نتایج درمان توسط معلم میسر نشد، که بهتر است در پژوهش‌های آتی مداخله درمانی در مدت مدارس و بر روی رده سنین مدرسه انجام شود، تا ارزیابی توسط معلم نیز انجام شود.

با توجه به تأثیر بازی درمانی در کاهش اختلالات اضطرابی کودکان، به کلیه روان‌شناسان، روان‌پزشکان و متخصصان مربوطه، پیشنهاد می‌شود که از این برنامه به عنوان درمان انتخابی در مراکز روان درمانی استفاده نمایند. در کنار درمان کودکان، تیم خانواده درمانی نیز تشکیل شود و تأثیرات آن بر درمان کودکان مورد بررسی قرار گیرد. انجام این پژوهش در مورد سایر اختلالات رفتاری کودکان و نیز در نواحی مختلف در شهرهای دیگر پیشنهاد می‌شود. نیز انجام آزمون پی‌گیری ۶ ماهه پس از اتمام دوره درمان به منظور ارزیابی بلند مدت تأثیرات بازی درمانی پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزاری

در پایان از کلیه همکاران، والدین و دوستانی که در اجرای این پژوهش همراه و پشتیبان ما بودند، صمیمانه سپاسگزاریم.

اجتماعی مناسب جهت برقراری ارتباط با دیگران را یاد می‌گیرند و از طریق بازی با خیمه و دادن راه حل‌ها توسط خود کودکان، آن‌ها نحوه مقابله با محرک‌ها و موقعیت‌های ترس‌آور را می‌آموزند و آن را به محیط اطراف خود و به خصوص در ارتباط با هم‌سالان تعمیم می‌دهند. Dougherty تأثیرات بازی درمانی کودک محور را بر روی مراحل مختلف رشد کودکان بررسی کرده است و نشان داد که بازی درمانی بر روی مراحل رشد کودکان مؤثر است (۳).

با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس، میزان ترس اجتماعی گروه آزمایش در مرحله پی‌گیری به طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد بود.

علاوه بر تبییناتی که در فرضیه قبل مطرح شد، می‌توان به این نکته اشاره کرد که این تأثیرات در دراز مدت نه تنها کم نشده، بلکه اندکی نیز افزایش داشته است. این مسأله بیان‌گر این نکته می‌باشد که مهارت‌های دوست‌یابی و چگونگی برقراری ارتباط را کودکان آموخته‌اند و با گذشت زمان این مسأله در آن‌ها تثبیت شده، در موقعیت‌های بیشتری می‌توانند از آن استفاده کنند و به سایر موقعیت‌های زندگی نیز تعمیم دهند. نیز به دلیل خاصیت تعمیم‌پذیری و خاموش‌سازی پاسخ اضطرابی و استناد به درمان حساسیت‌زدایی تدریجی هرگاه یک موقعیت اضطرابی با پاسخ اضطرابی همراه نگردد، یعنی با خاموشی پاسخ همراه شود، از اضطراب‌زا بودن سایر موقعیت‌های اضطرابی نیز کاسته شده، این عدم پاسخ در موقعیت اضطرابی به سایر موقعیت‌ها نیز تعمیم می‌یابد و از آن جا که درونی شدن درمان و نیز توانایی کودکان در تعمیم راه‌بردهایی که در اتاق بازی آموخته‌اند به

References

1. Mir Massomi M. Standardization of children anxiety inventory related to Rater's behavioural disorder and subscale abnormal children symptom of generalized anxiety. [Thesis]. Isfahan: Khorasan University; 2001. [In Persian].
2. Toit PL, Stein DJ. Social anxiety disorder. In: Nutt DJ, Ballenger JC, editors. Anxiety disorders. Philadelphia: Wiley-Blackwell; 2003. p. 137-51.
3. Dougherty JL. Impact of child-centered play therapy on children of different developmental stages. [Thesis]. Texas: University of North Texas; 2006.

4. Davison GC, Neale JM. Abnormal psychology. 8th ed. Philadelphia: John Wiley; 2001.
5. Lotfi Kashani F, Vaziri Sh. Children abnormal psychology. Tehran: Arasbaran; 1998. [In Persian].
6. kakavand A. Child abnormal psychology. Tehran: Davavin; 2004. [In Persian].
7. Kristensen H, Torgersen S. Is social anxiety disorder in childhood associated with developmental deficit/delay? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17(2): 99-107.
8. Prins PJ, Ollendick TH. Cognitive change and enhanced coping: missing mediational links in cognitive behavior therapy with anxiety-disordered children. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2003; 6(2): 87-105.
9. Wethington HR, Hahn RA, Fuqua-Whitley DS, Fuqua-Whitley TA, Liberman AM, Moscicki E, et al. The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 2008; 35(3): 287-313.
10. Porter ML, Hernandez- Reif M. Play therapy. Philadelphia: Taylor & Francis; 2007. p. 1-16.
11. Ray D. Supervision of basic and advanced skills in play therapy. *Journal of Professional Counseling, Practice, Theory, & Research* 2004; 32(2): 28-41.
12. Jones KD. Group play therapy with sexually abused preschool children: group behaviors and interventions. *Journal for Specialists in Group Work* 2002; 27(4): 377-89.
13. Ebrahimi dehshiri V. The efficacy of cognitive- behavioral play therapy in reducing children's Night - time fears. [Thesis]. Tehran: Shahid Beheshti University; 2009. [In Persian].
14. Bratton SC, Ray D, Rhine T, Jones L. The efficacy of play therapy with children: a meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice* 2005; 36(4): 376-90.
15. Baggerly J, Parker M. Child-Centered group play therapy with African American boys at the elementary school level. *Journal of Counseling & Development* 2005; 83(4): 387.
16. Landreth G, Ray DC, Bratton SC. Play therapy in elementary schools. *Psychology in the Schools* 2009; 46(3): 281-9.
17. Stangier U, Heidenreich T, Peitz M, Lauterbach W, Clark DM. Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behav Res Ther* 2003; 41(9): 991-1007.
18. Taube-Schiff M, Suvak MK, Antony MM, Bieling PJ, McCabe RE. Group cohesion in cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behav Res Ther* 2007; 45(4): 687-98.
19. Mohamad Esmail E. Reserch on validity, reliability and cut of point of disorder in Children Abnormal inventory(CSI-4). Tehran: Amozesh and Parvaresh; 2001. [In Persian].
20. Mohamad Esmail E. Play therapy theories, methods and clinical application. Tehran: Danjeh Publication; 2005. [In Persian].
21. Geldard K, Geldard D. Counselling children. London: Sage Publications; 1997.
22. Schaefer CE, O'Connor KJ. Handbook of play therapy. New York: John Wiley and Sons; 1994.
23. Molavi H. Practical driction spss10-13-14 in behavioural science. Isfahan: Poyesh Andishe; 2007. [In Persian].

The effect of cognitive- behavior group play therapy on social phobia in 5-11 years old children

Salimeh Jalali¹, Mojgan Kar Ahmadi², Hossin Molavi³, Asghar Aghaei⁴

Abstract

Aim and Background: Child social phobia is a common anxiety disorder that there is different intervention psychology treatment for it. The main purpose of this research was to determine the effect of Cognitive-behavior group play therapy on social phobia in 5-11 years old children.

Methods and Materials: In this research of quasi experimental, from among of the children who were referred to child psychiatric clinics and who diagnosed by psychiatrist as having social phobia, 30 children were selected as an accessible sample and randomly divided into control and experimental groups. The experimental group received the group play therapy in 6 weekly sessions and the control group which did not receive any intervention. The parent form of sub-scales of social phobia of the Child Abnormal Symptoms Inventory (CSI-4) was administered to all subjects as the pre, post and follow up tests.

Findings: The results showed that the difference between mean post test scores of social phobia in the experimental group means post test scores was significant, lower than the control group ($P = 0.01$). The results of fallow up test was also significant ($P < 0.01$), the mean scores of the experimental group was less than that of control group.

Conclusions: This research show that social phobia in experimental group was than control group, this finding is similar to research in Iran and another country. Cognitive- behavior group play therapy is effective to reducing children social phobia.

Keywords: Play therapy, Social phobia, Group therapy, Cognitive-behavior, Children.

Type of article: Original

Received: 01.03.2010

Accepted: 29.09.2010

1. M.A of Psychology, Khorasgan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

Email: salimeh.jalaly@yahoo.com

2. Assistant Professor, Psychiatry Group, Medical College of Isfahan Medical Science University, Isfahan, Iran.

3. Professor, Psychology Group of Education, Psychology Department of Isfahan University, Isfahan, Iran.

4. Professor, Psychology Group of Education, Psychology Department of Khorasgan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.