

اثربخشی بازی درمانی کودک محور با رویکرد آکسلاین بر تنهایی و ناامیدی کودکان با آسیب شنوایی

وحید فرهادی^۱، مریم دوست زاده^۲، ایوب سبزی^۳، رضا سبزی^۴

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۲/۵ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۵

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی درمانی کودک محور با رویکرد آکسلاین بر تنهایی و ناامیدی کودکان با آسیب شنوایی بود. **روش:** روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل دانش آموزان دختر با آسیب شنوایی مقطع ابتدایی شهر مشهد در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۹۵ بود که از بین آن‌ها، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. آموزش بازی درمانی کودک محور با رویکرد آکسلاین در قالب ۸ جلسه در گروه آزمایش اجرا شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس ناامیدی کودکان کازدین (۱۹۸۳) و مقیاس تنهایی آشرف (۱۹۸۴) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که میانگین نمرات احساس تنهایی و ناامیدی کودکان در گروه آزمایش به طور معناداری کاهش یافته است ($P < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** با استناد به یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه گرفت که بازی درمانی کودک محور می‌تواند به عنوان یک روش مداخله‌ای، در کاهش تنهایی و ناامیدی کودکان آسیب‌دیده شنوایی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: بازی درمانی، درمان کودک محور، تنهایی، ناامیدی، کودکان با آسیب شنوایی

۱. نویسنده مسئول)، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران. ایمیل:

farhadivahid.a@gmail.com

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، ایران.

۳. کارشناس ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، ایران.

۴. کارشناس ارشد تکنولوژی آموزشی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمانشاه، ایران.

مقدمه

آسیب شنوایی^۱ شرایطی چندوجهی است که دارای جنبه‌های مختلف پزشکی و اجتماعی می‌باشد (سیادتیان، مستاجران و قمرانی، ۱۳۹۱). اصطلاح آسیب شنوایی همه نوع کمبود شنوایی با هر شدتی، یعنی از دامنه ناشنوایی عمیق تا کم شنوایی خفیف را در برمی‌گیرد (همتی علمدارلو و شجاعی، ۱۳۹۱). یکی از ویژگی‌های برجسته افراد با آسیب شنوایی، ناتوانی در ایجاد روابط مؤثر و رضایت بخش با دیگر افراد جامعه است که به تنهایی و انزوای اجتماعی منجر می‌گردد (قیامتیون، نسایان و موللی، ۲۰۱۶).

رفتار و تفسیر کودکان و نوجوانان با آسیب شنوایی از رویدادهای اجتماعی در اثر محرومیت زبانی آن‌ها، پایین‌تر از میانگین است، بنابراین نقص زبانی آنها بر حرمت خود، مهارت‌های کلامی و روابطشان با محیط بیرونی آسیب وارد می‌کند و موجب می‌شود از روابطشان رضایت مندی کمتری داشته باشند و احساس تنهایی کنند (فوجیکی و برینتون^۲، ۲۰۰۹). همچنین واکنش اجتماعی و طرز برخورد افراد جامعه نسبت به کودکان با آسیب شنوایی و احساسات مختلفی مانند ترحم، دلسوزی و سرزنش آنها معمولاً شرایط دشواری را برای این کودکان ایجاد می‌کند و در نتیجه اختلال‌هایی در خلق و خو و رفتار این کودکان پدید می‌آورد که نمونه بارز آن ضعف خودپنداره، انزوا و احساس تنهایی است (میلانی فر، ۱۳۸۷).

از طرفی دیگر، کودکان با آسیب شنوایی در فرایند اجتماعی شدن و روابط با همسالان، مشکلات و دشواری‌های فراوانی را تجربه می‌کنند که به احساس ناامیدی در آنها منجر می‌شود. به ویژه در سنین مدرسه، این کودکان، خود را با همسالان سالم خود مقایسه می‌کنند و احساس کهنتری نموده و ناامید می‌شوند، کمبود حمایت‌های محیطی نیز این احساس را تقویت می‌کند (کوچو و آریکان^۳، ۲۰۰۵). ناامیدی در این دانش‌آموزان

1. Hearing impairment

2. Fujiki, M. & Brinton, B

3. Küçük, Y., & Arkan, D

می تواند زمینه ساز ابتلا به افسردگی و اضطراب شود و عملکرد آنها را مختل نماید (باباروگلو^۱، ۲۰۱۵).

بر همین اساس ارائه مداخلات روان شناختی و مشاوره ای به کودکان با آسیب شنوایی ضروری می شود. از نمونه های این مداخلات می توان به ایجاد تجارب مثبت برای این افراد اشاره نمود؛ چرا که تجربه های مثبت می توانند تأثیر نقصان ها و کمبودها را از بین ببرند (تیس، بامیستر، شوملی و موران^۲، ۲۰۰۷). بازی برای کودکان تجربه ای مثبت و لذت بخش است که به کودکان اجازه می دهد تا احساسات خود را به صورتی کارآمد بیان کنند. بازی درمانی^۳ تکنیکی است که به وسیله آن طبیعت کودکان به صورت بیانی معنی می شود (سهرابی شگفتی، ۱۳۹۰). این تکنیک به کودکان کمک می کند مسائلی را که نمی توانند در محیط اطرافشان بیان کنند، در قالب بازی ارائه دهند و هیجانات منفی خود را نشان دهند (پرتز، هراندرز، ریف، جس^۴، ۲۰۰۷؛ دایل جونز^۵، ۲۰۰۲).

فرهنگ توصیفی انجمن روانشناسی آمریکا^۶ بازی درمانی را این گونه تعریف کرده است: استفاده از فعالیت ها و وسایل بازی (مثل گل سفالگری، آب، مکعب، عروسک ها، عروسک های خیمه شب بازی، نقاشی و رنگ انگشتی) در روان درمانی کودک. روش های بازی درمانی بر این نظریه استوار است که این گونه فعالیت ها، زندگی هیجانی و خیال پردازی های کودک را منعکس می کنند و کودک را قادر می سازند تا احساسات و مشکلات خود را به نمایش بگذارد، روش های جدید را آزمایش کند و با روابط، نه فقط از طریق کلمات، بلکه در عمل آشنا شود. این نوع روان درمانی که بردنیای درونی و تعارض های ناهشیار کودک، هم چنین زندگی روزمره و روابط جاری او تمرکز دارد، ممکن است غیر رهنمودی باشد، اما در عین حال می تواند در سطح رهنمودی تریا

1. Babaroglu, A.

2. Tice, D. M., Baumeister, R. F., Shmueli, D., & Muraven, M

3. Play therapy

4. Porter, M.L., Heruandez., Reif, M., Jessee, P

5. Dayle Jones, K

6. American Psychological Association

تحلیلی تر و به صورت تعبیری نیز اجرا شود (گنجی، ذبیحی، تقوی، ۱۳۹۴).
 قدمت بازی درمانی به سال ۱۹۴۰ برمی‌گردد. در اوایل سال ۱۹۰۰ متخصصان سلامت روانی ارزش بازی را در درمان کودک، با توجه به ویژگی‌های درمانی آن پذیرفته‌اند (براتون و دافو^۱، ۲۰۱۶). می‌توان تاریخچه و تحولات بازی درمانی را به بازی درمانی به شیوه روان تحلیل‌گری براساس فعالیت‌های آنا فروید^۲ (۱۹۶۵) و ملانی کلاین^۳ (۱۹۶۶)، بازی درمانی رهایشی^۴ براساس فعالیت‌های دیوید لوی^۵ (۱۹۳۹)، بازی درمانی ارتباطی بر اساس فعالیت‌های جسی تافت^۶ (۱۹۳۳) و فردریک آلن^۷ (۱۹۳۴) و بازی درمانی بی‌ره‌نمود^۸ یا مراجع‌محور^۹ براساس فعالیت‌های کارل راجرز^{۱۰} (۱۹۵۱) و ویرجینیا آکسلاین^{۱۱} (۱۹۶۹) تقسیم‌بندی کرد (بزمی و نرسی، ۱۳۹۱).

بازی درمانی کودک‌محور^{۱۲} براساس رویکرد آکسلاین، توسط لاندرد^{۱۳} (۲۰۰۹) تدوین گردید. وی اصول بنیادین بازی درمانی کودک‌محور را چنین برمی‌شمرد:
 کودکان نسخه کوچکی از بزرگسالان نیستند، بنابراین بازی درمانگر نباید با آنها مانند بزرگسالان برخورد کند؛ کودکان می‌توانند تمامی هیجان‌های خود را بیان کنند؛ کودکان سزاوار احترام هستند و بایستی برای بی‌همتایی‌شان ارزش‌گذاری شود؛ کودکان انعطاف پذیر هستند؛ کودکان از توانایی ذاتی برای رشد و نمو برخوردارند؛ کودکان به طور طبیعی از طریق بازی ارتباط برقرار می‌کنند؛ کودکان حق دارند خودشان را به صورت غیر کلامی بیان کنند؛ کودکان نحوه بهره‌مندی از جلسه‌های درمانی را تعیین می‌کنند؛ کودکان بر

1. Bratton, T. S.C., Dafeo, E.C

2. Anna Freud

3. Melanie Klein

4. Release Play Therapy

5. David Levy

6. Jesse Taft

7. Frederick Allen

8. Non-directive play therapy

9. Client-centered

10. Carl Rogers

11. Virginia Axline

12. Child-centered

13. Landreth, G.L

اساس سرعت رشد خودشان بازی می کنند و درمانگر باید در این فرایند صبور باشد. بازی درمانی کودک محور به عنوان یک برنامه ی تکامل مناسب، از نظریه ی فرد محور برای کار با کودکان ایجاد شد (آکسلاين، ۱۹۴۷؛ به نقل از استالماکر و رای^۱، ۲۰۱۵).

بازی درمانی کودک محور را به عنوان محبوب ترین رویکرد نظری برای بازی درمانی شناسایی کرده اند (لمبرت، لبلانس، مولن، رای، باگرلی، وایت، کاپلان^۲، ۲۰۰۵). یافته های پژوهشی حاکی از اثرات مثبت و معنادار بازی درمانی کودک محور در افزایش رشد عاطفی و اجتماعی کودکان اوتیستیک (ساتلر، بامیش و دیویس^۳، ۲۰۱۶)، افزایش مهارت های اجتماعی و ابعاد آن از جمله همکاری، کنترل خود و همدلی در دانش آموزان مبتلا به اختلالات یادگیری (هال^۴، ۲۰۱۵)، بهبود تعاملات اجتماعی و روابط با همسالان (کاریزالس^۵، ۲۰۱۵)، بهبود وضعیت تعاملی و مهارت های ارتباطی کودکان اوتیستیک (ارقبایی، میان بندی، دلگشا و عبدخدایی، ۱۳۹۲)، کاهش مشکلات خلقی (افسردگی) کودکان با اختلال یادگیری (حیدری سورشجانی، نصیریان و محمودآبادی، ۱۳۹۴)، کاهش اضطراب و نگرانی کودکان (استالماکر و رای^۶، ۲۰۱۵)، بهبود مهارت های اجتماعی، حرمت خود، پذیرش خود و دیگران و کاهش افسردگی (باگرلی و پاکر^۷، ۲۰۰۶)، بهبود مهارت های ارتباطی و کاهش انزوا و کم رویی کودکان پیش دبستانی (دیو^۸، ۲۰۰۵) کودکان می باشد.

در مجموع با توجه به مطالب ذکر شده و وجود مشکلاتی همچون ناامیدی و احساس تنهایی در کودکان با آسیب شنوایی ضرورت انجام این مطالعه به خوبی آشکار می گردد؛ بنابراین پژوهش حاضر به دنبال یافتن پاسخ برای این پرسش است که آیا بازی درمانی

1. Stulmaker, H. L., & Ray, D. C

2. Lambert, S., Leblanc, M., Mullen, J., Ray, D., Baggerly, J., White, J., Kaplan, D

3. Salter, K., Beamish, W., & Davies, M

4. Hall, J. G

5. Carrizales, K. E

6. Stulmaker, H. L., & Ray, D. C

7. Baggerly, A., Parker, M.

8. Dupee, T. E

کودک محور برتنهایی و ناامیدی کودکان با آسیب شنوایی تأثیر دارد؟

روش

روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان دختر با آسیب شنوایی مقطع ابتدایی شهر مشهد در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۹۵ بود. گروه نمونه شامل ۳۰ نفر از کودکان آسیب‌دیده شنوایی بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. ملاک ورود به مطالعه عبارت بود از: سن بین ۷ تا ۱۱ سال، بهره هوشی نرمال بر اساس پرونده، عدم ابتلا به هرگونه معلولیت جسمی، حرکتی، نابینایی، کم‌توانی ذهنی و اوتیسم بود و ملاک خروج عبارت بود از عدم رضایتمندی و امکان شرکت در جلسات درمان در زمان اجرای پژوهش و سابقه شرکت در جلسات آموزشی مشابه (بازی درمانی). پیش از اجرای برنامه‌ی مداخله‌ای برای هر دو گروه کنترل و آزمایش مقیاس ناامیدی کودکان و مقیاس تنهایی به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. سپس گروه آزمایش طی ۲ ماه به مدت ۸ جلسه تحت بازی درمانی کودک محور بر اساس رویکرد آکسلاین قرار گرفتند. محتوای برنامه‌ی آموزشی از بازی درمانی کودک محور بر اساس رویکرد آکسلاین (۱۹۶۹) اقتباس شده است که در جدول شماره ۱ به شرح ذیل آمده است:

جدول ۱. جلسات بازی درمانی کودک محور با استفاده از رویکرد آکسلاین

<p>جلسه اول: معارفه و آشنایی با کودکان: قبل از شروع جلسات گروهی کودکان یک جلسه به صورت انفرادی به اتاق بازی درمانی هدایت شدند که هدف آن کاهش حساسیت به اتاق بازی درمانی و آشنایی با آن و همچنین برقراری ارتباط با درمانگر بود.</p>
<p>جلسه دوم: در این جلسه تطابق کودکان با محیط و یکدیگر مدنظر بود و برای ایجاد رابطه دوستی و احساسی امنیت هر بازی که کودکان پیشنهاد می‌دادند، انجام شد. در این جلسه درمانگر برای ارتباط بهتر بین کودکان نقشی میانجی داشت.</p>

<p>جلسه سوم: در اين جلسه اجراء نمايش عروسكي و بيان عواطف و هيچانات مثبت و منفي به وسيله عروسك ها انجام شد.</p>
<p>جلسه چهارم: استفاده از حيوانات و انسان هاي اسباب بازي: هدف اصلي استفاده از حيوانات و انسان هاي اسباب بازي ترغيب کودک به صحت و به نمايش در آوردن كيفيت روابط خود با ديگران و بالعكس مي باشد. از اين طريق علت نااميدي و انزوا يا كناره گيري از روابط با ديگران كشف مي شود. در انتهاي اين جلسه از کودکان خواسته شد كه نمايشي را مابين حيوانات طراحي کرده و در جلسه آينده به اتاق بازي درماني بياورند.</p>
<p>جلسه پنجم: مرور بازي با حيوانات و انسان هاي اسباب بازي در جلسه قبل و اجراء نمايش هايي كه کودکان در جلسه قبل مايل بودند براي اين جلسه بياورند. هدف از اجراء نمايش مورد نظر کودکان بررسي كردن ريشه هاي مشكلات کودکان بود زيرا کودکان نمايش هايي را برمي گزينند كه با شرايط روحي حاضروي همخواني داشته باشد.</p>
<p>جلسه ششم: خميربازي: خميربازي راه هاي جديد براي بيان کودک ايجاد مي كند. ويژگي بازي گونه و آشناي خميرهاي رنگي باعث سرگرمي کودک مي شود. خمير همان گونه كه تغيير شكل مي دهد به عنوان يك استعاره براي تغيير دادن نيز مفيد است.</p>
<p>جلسه هفتم: بازي سفر خيالي: بيشترين اهميت اين سفرهاي خيالي اين است كه کودک تشويق مي شود تا داستان خود را بگويد، نگاهی به درون خود و رفتار ديگران داشته باشد و دليل احتمالي بعضي حوادث گذشته را دريابد. بعضي از هدف هاي بازي خيالي عبارتند از اينكه کودک احساس سي كند نقش فعال و مؤثري را در زندگي داشته است، کودک قادر شود رفتارهاي مناسب تر را كه پيامدهاي بهتري دارد بشناسد و تجربه كند و قادر شود بر رفتار خود و ديگران بصيرت پيدا كند؛ بدین ترتيب روابطش با ديگران تسهيل مي گردد.</p>
<p>جلسه هشتم: در اين جلسه نيز مروري کوتاه بر آموخته هاي آنها از كل برنامه شد و سپس به آنها كمك شد تا جلسات درماني را ترك کرده و آموخته هاي خود را به محيط بيرون تعميم دهند.</p>

پس از پايان جلسات بازي درماني، مقياس نااميدي کودکان و مقياس تنهائي به عنوان پس آزمون براي هر دو گروه اجرا شد و داده هاي حاصل از اجراء پژوهش از طريق تحليل کوواريانس تحليل شد.

ابزار پژوهش

الف) مقیاس ناامیدی کودکان: این مقیاس توسط کازدین^۱، راجرز^۲ و کولیس^۳ در سال ۱۹۸۳ براساس مقیاس ناامیدی بک^۴ تهیه و در سال ۱۹۸۶ بازنگری شد (کازدین و همکاران، ۱۹۸۳). این مقیاس دارای ۱۷ پرسش بلی و خیراست. بالاترین نمره در این مقیاس نمره ۱۷ است که نشانگر بالاترین حد ناامیدی در کودک و پایین‌ترین نمره صفر است که نشانگر پایین‌ترین سطح ناامیدی در کودک است. از نظر اعتبار پیش بین، مایر^۵ (۱۹۹۱) مقیاس ناامیدی کودکان را برای پیش بینی رفتارهای خودکشی گرایانه آینده در مورد گروهی از کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۷ ساله بهنجار و دچار اختلال‌های روانی بررسی کرد. ۱۰۰ نفر از این گروه دچار افسردگی حاد و ۳۸ نفر فاقد افسردگی بودند. طبق نتایج این مطالعه، نمره‌های مقیاس ناامیدی کودکان در یک دوره پیگیری ۳ ساله رابطه‌ای با رفتارهای خودکشی گرایانه نداشت. در مطالعه فرانسیز^۶ (۲۰۰۸) میزان پایایی باز آزمایی مقیاس ناامیدی کودکان در نمونه کودکان دچار اختلال‌های روانی در فاصله شش هفته $r=0/57$ و در نمونه کودکان بهنجار در فاصله ده هفته $r=0/49$ گزارش شده است که این میزان بیانگر ثبات متوسط آزمون است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برابر با $0/97$ بود و پایایی حاصل از روش دو نیمه کردن اسپیرمن براون^۷ را نیز $0/97$ شده است. پایایی پرسش‌نامه در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ $0/75$ به دست آمد.

ب) مقیاس تنهایی: این مقیاس ۲۴ پرسشی توسط آشر^۸، هایمل^۹ و رنشاو^{۱۰} (۱۹۸۴)

1. Kazdin, A. E
2. Rodgers, A
3. Colbus, D
4. Beck
5. Mayer, W
6. Francios, E. D
7. Spearman- Brown
8. Asher, S
9. Hymel, S
10. Renshaw, P. D

برای ارزیابی تنهایی و نارضایتی اجتماعی کودکان ۷ تا ۱۵ ساله طراحی شده است. ۸. ماده (۲، ۴، ۵، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۹ و ۲۳) برای سرگرمی‌ها و علایق کودک است تا کودک در حین انجام آزمون احساس آرامش کند و نمره‌ای به آن تعلق نمی‌گیرد. ۱۶ ماده باقی مانده براساس مقیاس رتبه‌بندی لیکرت بین ۱ تا ۵ نمره می‌گیرد و دامنه نمره این آزمون بین ۱۶ تا ۸۰ است که نمره بالاتر نشانه تنهایی و نارضایتی اجتماعی بیشتر است. روایی این مقیاس را آشرو و ویلر^۱ (۱۹۸۵) به صورت روایی تمییزی مبتنی بر گروه‌های شناخته شده گزارش کردند و به ترتیب از نظر روایی واگرا و همگرا نشان داده شد که با احساس تنهایی با وضعیت اجتماعی خوب همبستگی منفی و معنادار و با وضعیت اجتماعی نامناسب همبستگی مثبت و معنادار دارد. ضریب پایایی این آزمون با استفاده از روش دو نیمه کردن ۰/۸۳، با روش اسپیرمن-براون ۰/۹۱ و با روش دو نیمه کردن گاتمن^۲ ۰/۹۱ بود (کسیدی^۳ و آشرو، ۱۹۹۲). پایایی پرسش‌نامه در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۰ به دست آمد.

یافته‌ها

تحلیل شاخص‌های توصیفی برای ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش نشان داد، میانگین سنی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش ۹/۴۵ با انحراف معیار ۲/۷۰ و در گروه کنترل ۱۰/۱۰ با انحراف معیار ۱/۹۵ بود. ۲۳/۳ درصد (۷ نفر) در پایه اول، ۱۳/۳ درصد (۴ نفر) در پایه دوم، ۲۳/۳ درصد (۷ نفر) در پایه سوم، ۳۳/۳ درصد (۱۰ نفر) در پایه چهارم و ۶/۷ درصد در پایه پنجم تحصیل می‌کردند. شاخص‌های توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک مراحل اجرای آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

1. Wheeler, V. A

2. Gatman

3. Cassidy, J

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه کنترل و

آزمایش به تفکیک مراحل اجرای آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	فراوانی
نامیدی	آزمایش	۱۳/۶۶	۱/۲۹	۱۵	۸/۸۶	۱/۴۰	۱۵
	کنترل	۱۲/۵۰	۲/۱۲	۱۵	۱۱/۲۶	۱/۵۷	۱۵
تنهایی	آزمایش	۳۶/۷۳	۴/۷۴	۱۵	۲۶/۸۶	۴/۹۹	۱۵
	کنترل	۳۲/۳۳	۶/۱۱	۱۵	۳۰/۸۶	۵/۳۴	۱۵

بر اساس جدول (۲) کاهش شاخص میانگین در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، حاکی از بهبود تنهایی و ناامیدی در این گروه است. برای بررسی معنی‌داری این تفاوت از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد؛ بنابراین لازم است قبل از بررسی فرضیه‌های پژوهش، پیش‌فرض‌های مورد نیاز برای این آزمون‌های بررسی گردند.

جدول ۳. آزمون همسانی واریانس‌های دو گروه و نرمال بودن توزیع داده‌ها

متغیر	لون					کولموگروف اسمیرنوف
	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معنی‌داری	Z	
نامیدی	۱	۲۸	۰/۰۳	۰/۸۵۷	۰/۸۳	۰/۴۸۲
تنهایی	۱	۲۸	۰/۰۹	۰/۷۵۶	۰/۶۰	۰/۸۶۵

همچنان که نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها محقق شده است، چراکه مقادیر F به دست آمده در سطح $(p \leq 0/05)$ معنی‌دار نیست. همچنان که نتایج جدول نشان می‌دهد، پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چراکه مقادیر محاسبه شده در سطح $(p \leq 0/05)$ معنی‌دار نیست. به این ترتیب استفاده از تحلیل کوواریانس برای پاسخ‌گویی به این فرضیات امکان‌پذیر است.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه ناامیدی و احساس تنهایی گروه کنترل و آزمایش

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	ضریب اتا
نامیدی	پیش آزمون	۳/۸۷	۱	۳/۸۷		۰/۰۶	۰/۱۹۴
گروه		۴۶/۹۹	۱	۴۶/۹۹		۰/۴۴	۰/۰۰۱
خطا		۵۸/۷۹	۲۷	۲/۱۷			
مجموع		۳۱۴۶	۳۰				
تنهایی	پیش آزمون	۵۱۶/۷۰	۱	۵۱۶/۷۰		۰/۶۸	۰/۰۰۱
گروه		۳۵۵/۲۳	۱	۳۵۵/۲۳		۰/۶۰	۰/۰۰۱
خطا		۲۳۲/۷۵	۲۷	۸/۶۲			
مجموع		۲۵۸۶۸	۳۰				

همان طور که نتایج جدول (۵) نشان می دهد، با کنترل اثر پیش آزمون، تفاوت بین عملکرد دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات ناامیدی در سطح ($p \leq 0/05$) معنی دار است؛ به عبارت دیگر می توان گفت بازی درمانی کودک محور با تأکید بر رویکرد آکسلاین، بر کاهش ناامیدی کودکان با آسیب شنوایی تأثیر دارد و با در نظر گرفتن مجذور اتا می توان گفت $0/44$ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است. همچنان که نتایج جدول نشان می دهد، با کنترل اثر پیش آزمون، تفاوت بین عملکرد دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات تنهایی در سطح ($p \leq 0/05$) معنی دار است؛ به عبارت دیگر می توان گفت بازی درمانی کودک محور با تأکید بر رویکرد آکسلاین، بر کاهش احساس تنهایی کودکان با آسیب شنوایی تأثیر دارد و با در نظر گرفتن مجذور اتا می توان گفت $0/60$ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی بازی درمانی کودک محور با تأکید بر رویکرد آکسلاین بر تنهایی و ناامیدی کودکان با آسیب شنوایی بود. نتایج تجزیه و تحلیل داده های این پژوهش نشان داد که بازی درمانی کودک محور با تأکید بر رویکرد آکسلاین

تنهایی و ناامیدی کودکان آسیب‌دیده شنوایی را کاهش داده است. بازی درمانی کودک محور با فراهم کردن زمینه‌ای برای بروز و تخلیه‌ی احساسات و هیجانات کودک بر احساس تنهایی مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های ساتلرو همکاران (۲۰۱۶)، هال (۲۰۱۵)، کاریزالس (۲۰۱۵)، دپو (۲۰۰۵) و ارقبایی و همکاران (۱۳۹۳) که بر بهبود روابط با همسالان، مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی و کاهش مشکلات انزوای کودکان تأیید دارند، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، بازی درمانی محیطی امن برای ابراز احساسات و حل مشکلات و مسائل کودک از طریق خمیربازی، نقاشی و ایفای نقش فراهم می‌کند که به دست‌یابی به خودآگاهی، خودکارآمدی و تغییر نگرش‌های منفی در مورد روابط با دوستان و جامعه و جایگزین کردن آن با افکار مثبت و کارآمد منجر می‌شود که مجموعه این عوامل می‌تواند در افزایش ارتباط با همسالان و کاهش احساس تنهایی کودکان مؤثر باشد (حمیدی، ۲۰۱۵). همچنین بازی درمانی به کودکان کمک می‌کند تا راه‌های سالم‌تری را برای ارتباط برقرار کردن، رشد روابط سازنده، افزایش مقاومت و تسهیل احساسات پیدا کنند (ون فلیت، سیوالاک و اسنیسکاک^۱، ۲۰۱۰). در مجموع فرآیند بازی درمانی، رشد یک ارتباط امن را برای کودک تسهیل می‌کند تا کودک خود را به‌طور کامل بیان کند و از طریق برقراری ارتباط با دیگران احساس تنهایی خود را کاهش دهد (ری^۲، ۲۰۰۴).

همچنین نتایج بیانگر این بود که بازی درمانی کودک محور بر کاهش ناامیدی کودکان مؤثر بود. این یافته با پژوهش‌های سورشجانی و همکاران (۱۳۹۴)، هایلرو همکاران (۲۰۱۵) و باگرلی و پاکر (۲۰۰۶) که همگی بر تأثیر بازی درمانی کودک محور بر کاهش افسردگی و افزایش اعتماد به نفس و همین‌طور سازگاری اجتماعی و روان‌شناختی تأیید دارند همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، ناکامی‌ها و تجارب منفی کودکان با آسیب شنوایی

1. Van Fleet, R; Sywulak, A.E; Sniscak

2. Ray, D

در فرایند ورود به اجتماع آنها را دچار احساس ناامیدی می کند (باباروگلو، ۲۰۱۵). بازی درمانی نقش پالاینده روانی^۱ برای کودک دارد و از شدت ناکامی ها کاسته و نقشه های مفیدی را برای حل مشکلات در حین بازی به کودک ارائه می کند (احدی و بنی جمالی، ۱۳۸۴) و از این طریق قادر به کاهش احساس ناامیدی در این کودکان می شود. بازی درمانی کودک محور برای کودک ناشنوا این امکان را فراهم می کند که بتواند نسبت به دنیای درونی خویش رجوع کرده و آنچه را که سبب ایجاد مشکل در وی شده است پیدا کند و آمادگی تغییر را پیدا کند. استفاده از وسایلی همچون خمیر با خاصیت شکل پذیری و تغییر یافتن آن، به کودکان می آموزد که آنها هم می توانند در احساسات و مشکلات خود تغییر ایجاد کنند و اعتماد به نفس آنها برای غلبه بر احساسات منفی افزایش یابد. از طرفی لذت ناشی از این بازی کودکان را از ناامیدی، اضطراب و نگرانی می رهااند (سالمان^۲، ۲۰۰۷).

از دیگر تأثیرات مثبت بازی درمانی کودک محور تجربه ی محیط گروهی توسط کودک با آسیب شنوایی است. درمان های گروهی به سبب پویایی های اختصاصی خود که فراتر از جلسات آموزشی و یا درمان فردی می باشد، تأثیرات وسیع تر و پایدارتری بر افراد بر جای می گذارد. این تأثیرات به واسطه ی ماهیت تعاملی، ایجاد سیستم حمایتی از افراد در شرایطی که مسئله مشترکی وجود دارد، ایجاد حس انسجام گروهی، تقویت زمینه ی همدلی و درک متقابل افراد از جانب اعضای گروه، مشارکت در فعالیت های عملی گروه نظیر ایجاد حس ارزشمندی، افزایش اعتماد به نفس و ارائه راه حل از جانب دیگران به دلیل شرایط مشترک میسر می شود. در جریان این تعاملات فرد علاوه بر این که بر روی توانایی های خود روی مشکلات تمرکز می کند، در سایر ابعاد مثبت وجودی خود نیز بهبودی نشان می دهد. رابطه ی مثبت با دیگران باعث می شود که شخص به صورت اجتماعی و خردمندانه رفتار کند. حمایت اجتماعی فزاینده، بازده نسبتاً پایداری از

1. Psychological cathartic

2. Sallman, C. M.

شادمانی است که می‌تواند به تحول و رشد شخصی کمک کند (کجیاف، اسماعیلی، اسماعیلی، ۱۳۹۳)؛ این امر به نوبه‌ی خود به هیجان‌های مثبت‌تر و کاهش تنهایی و ناامیدی کودک ناشنوا می‌انجامد.

نتایج تحقیق حاضر از چندین زاویه و در عرصه‌های گوناگون می‌تواند به کار گرفته شود؛ این یافته‌ها را می‌تواند در حوزه‌های روان‌درمانی، مشاوره و تعلیم و تربیت استثنایی به کار بست؛ چراکه نتایج حاصل از کارآمدی مؤثر بازی کودک - محور به صورت ترکیب یک روش درمانی - آموزشی و حمایتی، بر کاهش احساس تنهایی و ناامیدی در کودکان با آسیب شنوایی حکایت می‌کند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که با توجه به نوع پژوهش (شبه آزمایشی) امکان کنترل متغیرهای مداخله‌گر (مانند تحصیلات والدین، نوع و درجه آسیب شنوایی) وجود نداشت. همچنین پژوهش حاضر مبتنی بر داده‌های خود گزارش دهی بوده است و این داده‌ها بالقوه می‌توانند در معرض سوگیری قرار داشته باشند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی با لحاظ کردن این موارد بتوان تعمیم‌پذیری و غنای اطلاعات به دست آمده افزوده شود.

منابع

- احدی، ح.، بنی جمالی، ش. (۱۳۸۴). *روانشناسی رشد*، تهران، انتشارات پردیس.
- ارقبایی، م.، میان‌بندی، ی.، دلگشا، ئ.، عبدخدایی، ا. (۱۳۹۲). اثربخشی بازی درمانی کودک محور بر افزایش مهارت‌های ارتباطی کودکان اتیستیک. *ششمین کنگره بین‌المللی روانپزشکی کودک و نوجوان*، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی تبریز.
- بزیمی، ن.، نرسی، م. (۱۳۹۱). اثرتکنیک‌های بازی درمانی در کاهش اضطراب و افزایش احساسات مثبت و سطح سازگاری عمومی در کودکان ۹-۱۲ ساله مبتلا به سرطان خون. *مطالعات روان‌شناختی*، ۴، ۱۳۰-۱۰۷.
- حیدری سورشجانی، ر.، نصیریان، م.، زارعی محمودآبادی، ح. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی آموزش بازی درمانی کودک محور با استفاده از رویکرد آکسلاین بر تغییرات خلقی کودکان با اختلال یادگیری. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۵، ۱۲-۲۲.
- سهرابی شگفتی، ن. (۱۳۹۰). روش‌های مختلف بازی درمانی و کاربرد آن در درمان اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۴ (۱)، ۴۵-۶۳.

- سیادتیان، ح.، مستاجران، م.، قمرانی، ا. (۱۳۹۱). بررسی مقایسه‌ای امید به زندگی و خوشبینی در دانش‌آموزان ناشنوا و شنوا. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۱۲، ۱۸-۲۶.
- کجباف، م.، اسماعیلی، ل.، اسماعیلی، م. (۱۳۹۳). اثر بخشی مداخله‌ی گروهی مبتنی بر بخشش بر بهزیستی روانشناختی جانبازان و همسران آنان. *مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی (علوم تربیتی و روانشناسی) دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۱ (۱۱)، ۱۵-۳۲.
- گنجی، ک.، ذبیحی، ر.، تقوی، س. (۱۳۹۴). فراتحلیل اثر بخشی بازی درمانی بر اختلال‌های رفتاری کودکان. *مجله علوم رفتاری*، ۲، ۱۱۹-۱۱۱.
- میلانی فر، ب. (۱۳۸۷). *روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی*. تهران: انتشارات قومس.
- همتی علمدارلو، ق.، شجاعی، س. (۱۳۹۳). *روش‌های تدریس برای دانش‌آموزان با نیازهای ویژه*. تهران: انتشارات آوای نور.
- Asher, S. R., & Wheeler, V. A. (1985). Children's loneliness: A comparison of rejected and neglected peer status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 500-505.
- Asher, S. R., Hymel, S., & Renshaw, P. D. (1984). Loneliness in children. *Child development*, 1456-1464.
- Babaroglu, A. (2015). A Study on Hopelessness Levels in Children With and Without Hearing Impairment. *US-China Education Review*, 5 (12), 763-779.
- Baggerly, J., & Parker, M. (2005). Child-centered group play therapy with African American boys at the elementary school level. *Journal of Counseling and Development: JCD*, 83 (4), 387.
- Bratton, T. S.C., Dafoe, E.C. (2016). Play Therapy. *Encyclopedia of Mental Health (Second Edition)*. 278-283.
- Carrizales, K. E. (2015). Transcendence through Play: Child-Centered Play Therapy and Young Children with Autism. (Doctoral dissertation, THE University of Northern Colorado).
- Cassidy, J., & Asher, S. R. (1992). Loneliness and peer relations in young children. *Child development*, 350-365.
- Dayle, J. K. (2002). Group play therapy with sexually abused preschool children: Group Behaviors and Interventions, journal for special in Group work.
- Dupee, T. E. (2005). The Use of Child Centered Play Therapy in a Primary School Setting. (Doctoral dissertation, The College at Brockport: State University of New York).
- Francios, E. D. (2008). *Children conceptions and hopefulness and hopelessness*. An un-published thesis for Master of Psychology, Department of Psychology, Franklin and Marshal College.
- Fujiki, M. & Brinton, B. (2009). *Social skills of children with specific language impairment*. Brigham Young University.
- Ghiamatyoon, N., Nesayan, A., & Movallali, G. (2016). The cyberspace usage in

students with hearing impairment and their motivations and their feeling of loneliness. *Auditory and Vestibular Research*, 25 (4), 234-240.

- Hall, J. G. (2015). *Effects of child-centered play therapy on social skills, academic achievement, and self-concept of children with learning disabilities: A single-case design* (Doctoral dissertation, THE UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA AT CHARLOTTE).
- Hamidi, A. (2015). Effectiveness of play therapy based on cognitive-behavioral therapy on loneliness reduction of 9-11 years old children suffering from learning disorders. *RESEARCH JOURNAL OF FISHERIES AND HYDROBIOLOGY*, 10 (10), 90-94.
- Kazdin, A. E., Rodgers, A., & Colbus, D. (1983). The hopelessness scale for children: psychometric characteristics and concurrent validity. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54 (2), 241.
- Küçük, Y., & Arıkan, D. (2006). The determination of the hopelessness levels of children with hearing impaired. *International Journal of Human Sciences*, 2 (2).
- Lambert, S. F., LeBlanc, M., Mullen, J. A., Ray, D., Baggerly, J., White, J., & Kaplan, D. (2007). Learning more about those who play in session: The national play therapy in counseling practices project (phase I). *Journal of Counseling & Development*, 85 (1), 42-46.
- Landreth, G. L., Ray, D. C., & Bratton, S. C. (2009). Play therapy in elementary schools. *Psychology in the Schools*, 46 (3), 281-289.
- Mayer, W. (1991). A case of restricted entitlement. *Journal of Clinical Social Work*, 19, 223-235.
- Porter, M.L., Heruandez., Reif, M., Jessee, P. (2007). *Play therapy: A review- Early child developmental and care*. Taylor & Francis.
- Ray, D. (2004). Supervision of basic and advanced skills in play therapy. *Journal of Professional Counseling, Practice, Theory, & Research*, 32 (2), 28.
- Sallman, C. M. (2007). *Play therapy: an overview and marketing plan* (Doctoral dissertation, Kansas State University).
- Salter, K., Beamish, W., & Davies, M. (2016). The effects of child-centered play therapy (CCPT) on the social and emotional growth of young Australian children with autism. *International Journal of Play Therapy*, 25 (2), 78.
- Stulmaker, H. L., & Ray, D. C. (2015). Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Children and Youth Services Review*, 57, 127-133.
- Tice, D. M., Baumeister, R. F., Shmueli, D., & Muraven, M. (2007). Restoring the self: Positive affect helps improve self-regulation following ego depletion. *Journal of experimental social psychology*, 43 (3), 379-384.
- VanFleet, R., Sywulak, A. E., & Sniscak, C. C. (2010). *Child-centered play therapy*. New York, NY: Guilford Press.