

انديشه‌هاي نوين تربيتي
دانشکده علوم تربيتي و روان‌شناسي
دانشگاه الزهراء^ص
تاريخ دريافت: 88/10/10 تاريخ بررسي: 88/10/15 تاريخ پذيرش: 89/12/5
دوره 7، شماره 1
بهار 1390
صص 49-64

بررسي اثر بخشي بازي درماني گروه‌هي با رهنمود بر اختلال سلوكي دانش‌آموزان دبستاني

مهناز بابايي*

سيده منور يزدي**

سيمين حسينيان***

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسي اثربخشي بازي درماني گروه‌هي با رهنمود بر اختلالات سلوكي دانش‌آموزان دبستاني بود. روش پژوهش تجربي و به صورت پيش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه كنترل بود. براي بررسي فرضيه‌هاي پژوهش از پرسشنامه‌هاي رفتاري راتر و اختلال سلوك استفاده شد. از ميان دانش‌آموزان پايه 4 و 5 مناطق چهارگانه جغرافيايي شهرستان ساري، 160 دانش‌آموز (10-11 ساله) با معرفي مدرسه در اين پژوهش شركت كردند. از ميان دانش‌آموزان واجد شرايط (داراي اختلال سلوك) كه روانپزشك نيز آنها را تأييد کرده بود 24 دانش‌آموز به طور تصادفي انتخاب و در دو گروه آزمايشي و كنترل قرار گرفتند. گروه آزمايشي به مدت يك

* نويسنده مسئول: استاديار دانشگاه گلستان Dr.Mbabaeiz@gmail.com

** دانشيار دانشگاه الزهراء (س)

*** استاد دانشگاه الزهراء (س)



ماه و نیم، هفته‌ای دوبار در جلسات 60 دقیقه‌ای در برنامه بازی درمانی گروهی با رهنمود شرکت کردند. فرضیه پژوهش مبنی بر اثر بخشی بازی درمانی گروهی با رهنمود در کاهش اختلال سلوکی دانش‌آموزان دبستانی با استفاده از آزمون t تأیید شد. همچنین داده‌های کیفی حاصل از مشاهدات بالینی درمانگر، گزارش‌های جداگانه والدین، معلمان، دو نفر دستیار درمانگر و تشخیص روانپزشک حاکی از کاهش رفتار اختلال سلوکی در گروه آزمایشی بود. بنابراین، بازی درمانی گروهی با رهنمود در کاهش اختلال سلوکی دانش‌آموزان دبستانی می‌تواند مفید باشد.

کلید واژه‌ها:

بازی درمانی گروهی با رهنمود، اختلال سلوکی، دانش‌آموزان دبستانی.

مقدمه و بیان مسأله

دوران کودکی مهم‌ترین و حساسترین دوران شکل‌گیری شخصیت هر فرد است بی‌توجهی به آن نتایج جبران‌ناپذیری به دنبال خواهد داشت زیرا پایه و اساس جامعه فردا را کودکان امروز تشکیل می‌دهند. در جامعه‌ای که کمتر به کودکان توجه می‌شود کودکان نابهنجار و بزهکار بیشتری مشاهده می‌شود و معضلات اجتماعی آنها بیشتر است.

با توجه به اهمیت و جایگاه کودکان، بررسی مشکلات و رفع آنها شایان توجه است. یکی از مشکلاتی که دامنگیر کودکان است و به وفور مورد توجه متخصصان بالینی و روانشناسان قرار گرفته، اختلال سلوک¹ است. کودکان و نوجوانانی که رفتار آنها در این طبقه قرار می‌گیرد به اعتقاد جانکسمی² و همکاران (2000) به امتناع از قواعد خانه، مدرسه یا

1. conduct disorder

2. Jongsmy

جامعه اصرار دارند، در مدرسه ناسازگار بوده و از مراجع قدرت نافرمانی می‌کنند و رفتارهای مخرب زیادی دارند، با الگوهای قدرت و اقتدار در خانه، مدرسه یا جامعه به طور مکرر تعارض دارند، تکانشی هستند، قضاوت ضعیفی دارند و خطرهای نابجا و نادرستی می‌کنند و درباره نتایج اعمال خود فکر نکرده و همواره با شکست مواجه می‌شوند، تلاش‌های بسیاری در جهت دروغ‌گویی، فریب دادن و دستکاری و وسایل دیگران دارند، به پذیرش مسئولانه اعمال و بدرفتاری خود قادر نیستند و در برابر احساسات، افکار و نیازهای سایر افراد فاقد حساسیت هستند. لوینسون¹ و همکاران (2000)، معتقد هستند اختلال سلوک یک اختلال روانپزشکی جدی و شدید است که در دو مقوله فردی و اجتماعی طبقه بندی می‌شود. به طور تقریبی 2-7 درصد از افراد کل جامعه مبتلا به اختلال سلوک هستند. معمولاً در اواخر دوران کودکی و اوایل دوران نوجوانی شایع بوده و در پسران نسبت به دختران شیوع بیشتری دارد و میزان آن در دوران مدرسه اندکی اوج می‌گیرد.

اختلال سلوک از جمله شایعترین اختلال‌های روانی دوران کودکی است که مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی ایجاد می‌کند (توکلی زاده، 1376). احتمال دارد کودکان دچار اختلال سلوک، در آینده به بزرگسالانی بی‌لیاقت و بی‌کفایت و شخصیت‌های ضد اجتماعی و بیمار درآیند که به نیاز به درمان آنها و بازگرداندن به محیط اجتماعی به صورت یک فرد سالم و عادی باید همواره توجه شود (فرهپور، 1368).

به اعتقاد لندرث² (1373) در گرایش‌های روانشناسی روش‌های متفاوتی برای تغییر رفتار، تقویت روش‌های ایجاد سازگاری و ایجاد طریقی برای رشد روانی وجود دارد که یکی از آنها بازی درمانی است، درمانی که در دنیای امروز تجلی پیدا کرده و به طور روز افزون در دنیای پیشرفته از آن استفاده می‌شود.

ری³ (2008) اظهار می‌دارد، بازی درمانی یک درمان

1. Lewihnsen

2. Landreth

3. Ray

کودک محور است که برای کودکان 3 الی 16 ساله دارای مشکلات روانی یا دیگر اختلالات استفاده می‌شود و کودکان در طی بازی، دنیای هیجانی درونی خود را برون‌ریزی می‌کنند، زیرا بازی درمانی بالقوه کمک کننده است. در بازی درمانی انواع مشکلات همانند خشونت خانوادگی، سوء استفاده‌ها و برخی تعارض‌های ارتباطی و غیره درمان می‌شود. کودکان با توجه به پیچیدگی مشکل آنها از 2 الی 12 ماه می‌توانند از بازی درمانی بهره‌مند شوند.

لنדרث و همکاران (2009) معتقد هستند، دنیای کودکان دنیای فعالیّت و عمل است و در مانگر با استفاده از بازی می‌تواند به درون دنیای کودک پی ببرد. در واقع اسباب بازی‌ها همانند کلمات و بازی زبان کودک است. اغلب کودکان فاقد مهارت‌های کلامی لازم برای بیان اضطراب‌ها و ترس‌ها هستند و بازی درمانی جایگزین مناسبی برای درمان گفتگویی است (کریستین¹، 2008).

با توجه به مطالب یاد شده به نظر می‌رسد بازی درمانی از مؤثرترین روش‌های درمانی برای درمان اختلالات رایج در کودکان باشد در تأیید این نظر می‌توان به نتایج برخی از یافته‌های پژوهشی اشاره کرد از جمله دادستان و همکاران (2010) در بررسی «تأثیر بازی درمانی کودک محور بر مشکلات بیرونی کودکان» نشان دادند بازی درمانی کاهش مشکلات بیرونی و پرخاشگری در کودکان را سبب شده است. نادری و همکاران (2010) نیز در پژوهش خود تأثیر بازی درمانی را در کاهش اختلال بیش‌فعالی، کمبود توجه و اضطراب و افزایش رشد اجتماعی در کودکان مشاهده کردند. باگرلی و جنکینز² (2009) اثر بخشی بازی درمانی کودک محور را بر عوامل تشخیصی و رشدی در کودکان بی‌خانمان بررسی کردند. نتایج نشان داد به طور معناداری کرانه‌های رشدی و پروفایل‌های تشخیصی در این کودکان بهبود یافته است. باگرلی (2009) اثر بازی درمانی گروهی کودک محور بر

1. Christine
2. Baggerly & Jenkins

اعتماد به نفس، افسردگی و اضطراب کودکان بی‌خانمان را بررسی کرد؛ نتایج نشان داد در گروه مورد مطالعه اعتماد به نفس افزایش و اضطراب و افسردگی کاهش یافته است. ری (2008) در پژوهشی نشان داد بازی در کاهش استرس رابطه کودک-والد تأثیر مثبت داشته و برای کودکان دارای مشکلات رفتاری بیرونی و درونی و کودکانی که با مشکلات رفتاری طبقه‌بندی نشده بودند اثر بخش بوده است. مور و راس¹ (2008)، اثرات بازی را بر خلاقیت و فرایندهای هیجانی در دانش‌آموزان کلاس اول و دوم بررسی کردند نتایج این مطالعه نشان داد 2 تا 8 ماه بعد از مداخله نمرات خلاقیت و هیجان و عاطفه مثبت همچنان نسبت به گروه کنترل بالاتر بوده است. براون² (2007) در مطالعه‌ای اثربازی درمانی کودک محور را در کودکان با تأخیر رشدی با هدف افزایش سن رشد، کاهش مشکلات رفتاری که با تأخیر رشدی مرتبط هستند و افزایش رفتارهای مناسب رشدی بررسی کرد. نتایج در سه شرکت‌کننده بیان‌کننده بهبود رشدی در آنها بوده است. باراتون³ و همکاران (2005) در بررسی اثر بازی درمانی بر کودکان، در فرا تحلیل 93 یافته مطالعاتی نتایج بازی درمانی را مثبت ارزیابی کردند. دنگر⁴ و لندرث (2005) اثربخشی بازی درمانی کودک محور را در کودکان پیش‌کودکستانی و کودکستانی با مشکلات رفتاری بررسی کردند. در مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داده شد که مهارت‌های بیانی و ادراکی کودکان افزایش و اضطراب آنها کاهش یافته است. جونز⁵ و لندرث (2002) تأثیر بازی درمانی را در کودکان دیابتی که انسولین دریافت کردند با هدف کاهش علائم اضطراب، کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی، افزایش سازگاری، رعایت رژیم غذایی بررسی کردند. نتایج کمی و کیفی نشان داد که کودکان دیابتی با استفاده از بازی درمانی توانستند اضطراب، افسردگی و مشکلات هیجانی وابسته به دیابت

-
1. Moore & Russ
 2. Brown
 3. Bratton
 4. Danger
 5. Jones

را کاهش دهند.

کرنبرگ و کازان¹ (1999)، در پژوهشی اثر بازی درمانی گروهی بر اختلال سلوک در دانش‌آموزان دبستانی دارای مسائل و مشکلات اجتماعی را بررسی کردند. نتایج نشان داد که بازی درمانی گروهی تا حدود زیادی مشکلات اجتماعی این گروه از کودکان را کاهش داده است. دوگرا و ویراراکاون² (1999) طی 8 هفته بازی درمانی نشان دادند بازی درمانی سبب کاهش اختلال سلوک و پرخاشگری کودکان در خانه شده و رفتار آنها بهبود یافته است. کب³ (1999) در پژوهشی از بازی درمانی برای شکستن چرخه معیوب اختلال سلوک استفاده کرد و نشان داد که این روش درمانی تعادل جویی، نشاط، اعتماد و اطمینان، حفاظت، مراقبت، ... را در آزمودنی‌های مورد مطالعه باعث شده است. رضایی (1387) بازی درمانی را در کاهش اختلالات اضطرابی؛ آرزومانیان (1380) بازی درمانی گروهی بی‌رهنمود را در کاهش اختلالات رفتاری کودکان و قدیری لشکاجانی (1377) بازی درمانی بی‌رهنمود را در کاهش اختلالات رفتاری و افزایش رفتارهای مطلوب مؤثر دانسته است.

در جوامع پیچیده کنونی دشواری‌های رفتاری و مشکلات سازگاری کودکان و نوجوانان در خانه و مدرسه از عمده مسائلی است که والدین و سایر افراد مرتبط با آنها را، شدیداً گرفتار کرده است. و بسیاری از کودکان به سبب ناسازگاری‌های گوناگون نمی‌توانند همگام با استعداد و توانایی خود پیشرفت کنند. لذا مطالعه مراحل رشدی و اختلالات آن در دوران کودکی به عنوان زیربنای ساختار شخصیت بهنجار و نابهنجار و شناسایی یک مداخله مؤثر می‌تواند بسیار ارزشمند باشد. لذا پژوهشگران حاضر، با توجه به حساسیت این مرحله رشدی و نتایج یافته‌های پژوهشی مبنی بر مفید بودن روش بازی درمانی در کاهش انواع اختلالات شایع دوران کودکی، با طرح این سؤال که آیا بازی درمانی

1. krenberg & Chazzan
2. Dogra & Veeraraghavan
3. Cabe

گروهی با رهنمود کاهش اختلال سلوک در کودکان را موجب می‌شود؟ با به کارگیری تکنیک‌های بازی درمانی گروهی با رهنمود تأثیر این شیوه درمانی در کاهش اختلال سلوکی در دانش‌آموزان دبستانی را بررسی کردند.

روش پژوهش

روش پژوهش به صورت تجربی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در فاصله دو آزمون، بازی درمانی گروهی با رهنمود (بازی که مسئولیت انتخاب و رهبری فعالیت‌ها تا حدودی زیادی بر عهده درمانگر است. به عبارت دیگر، درمانگر با رهبری مناسب کودک را وادار می‌کند تا مشکلات خود را بیان کند و راه حلی برای آنها پیشنهاد کند. خناری نژاد، 1368). به مدت ده جلسه (هر جلسه حدوداً یک ساعت) اجرا شد. جلسات درمانی هفته‌ای دوبار با فاصله سه روز به مدت یک ماه و نیم برگزار شد. دو نفر دستیار در کلیه جلسات رفتار دانش‌آموزان را مشاهده و ثبت کردند.

جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش‌آموزان دبستانی پایه چهارم و پنجم شهرستان ساری بودند. و روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی بود که به شرح زیر انجام شد:

ابتدا از مناطق جغرافیایی چهارگانه شهرستان ساری از هر منطقه دو مدرسه به صورت تصادفی انتخاب، سپس از هر مدرسه دو کلاس در پایه چهارم و پنجم و از هر کلاس 10 دانش‌آموز انتخاب شد. حجم این نمونه 160 نفر بود که از میان آنها افرادی که بر اساس نمره برش پرسشنامه رفتاری راتر (فرم والدین و معلم) و پرسشنامه اختلال سلوک و همچنین نظر روانپزشک اختلال سلوک داشتند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل به تعداد 12 نفر در هر گروه قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه رفتاری کودکان راتر A2- پرسشنامه والدین: این پرسشنامه سی و یک عبارت و سؤال را شامل است که به هرکدام از آنها نمره صفر تا دو

تعلق می‌گیرد. نقطه برش پرسشنامه 13 است. دانش‌آموزانی که نمره 13 یا بیشتر در پرسشنامه داشته باشند به عنوان دانش‌آموزان دارای اختلال شناخته می‌شوند. همچنین برای دانش‌آموزانی که دارای اختلال شناخته می‌شوند، تشخیص اختلال سلوکی و اختلال هیجانی مطرح می‌شود. راتر و اسمیت¹ گزارش کردند که اعتبار بازآزمایی و همسانی درونی این مقیاس بسیار بالاست (رومزپور، 1374).

اعتبار بازآزمایی با فاصله دو ماه 0/74 و همچنین ضریب همبستگی بین پاسخ‌های پدران و مادران 0/64 بوده است.

کرمی (1373)، نتایج آزمون راتر والدین را با ارزیابی بالینی روانپزشک مقایسه کرد. حساسیت آزمون در نقطه برش 13 برابر با 0/97 و پایایی آن را 0/92 گزارش کرده است.

1- پرسشنامه رفتاری کودکان راتر B2 - پرسشنامه معلم²

پرسشنامه راتر B2 26 عبارت و سه سؤال اضافی را شامل است. به هر کدام از آنها نمره 0 الی 2 تعلق می‌گیرد. نقطه برش این مقیاس 9 است و دانش‌آموزانی که نمره 9 یا بیشتر می‌گیرند به عنوان دانش‌آموزان دارای اختلال شناخته می‌شوند. همچنین درباره دانش‌آموزانی که نمره 9 یا بیشتر در این پرسشنامه می‌آورند، سه تشخیص اختلال سلوکی، اختلال هیجانی و نامشخص مطرح می‌شود که با نمره گذاری عبارات مربوط مشخص می‌شوند. عبارات شماره 4 و 5 و 15 و 9 و 10 و 20 و 26 برای تعیین اختلال سلوکی در پرسشنامه به کار رفته‌اند (رومزپور، 1374).

راتر ضریب پایایی این آزمون را از طریق بازآزمایی 0/89 برآورد کرده است (عدل، 1372). وبا به کاربردن روش‌های دو نیمه کردن و بازآزمایی، پایایی پرسشنامه را به ترتیب 0/68 و 0/85 در سطح اطمینان 0/001 گزارش کرده است.

1. Smith

2. Rutter childrens behaviour questionnaire- teacher Questionnaire

2- پرسشنامه علائم مرضی کودکان¹ (CSI-4) بر اساس DSM-IV

پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) ابزار غربالگری برای شایعترین اختلالات روانپزشکی بوده که عبارات آن بر اساس ملاکهای تشخیصی DSM تدوین شده است؛ این پرسشنامه دوفرم چک لیست والدین و معلمان دارد. فرم اولیه پرسشنامه با نام چک لیست اسپرافکین، لانی، گادو² معروف شد و در سال ۱۹۸۴، اسپرافکین، لانی، گادو آن را بر اساس طبقه‌بندی DSM-III تهیه کردند. چک لیست والدین ۹۷ سؤال سازمان یافته را شامل است که ۱۷ اختلال را می‌سنجد در حالیکه چک لیست معلم ۷۷ سؤال سازمان یافته را شامل است که ۱۳ اختلال را می‌سنجد. گریسون و کارلسون³ حساسیت این پرسشنامه را برای اختلال بی‌اعتنائی مقابله‌ای، اختلال سلوک و بیش‌فعالی کم‌بود توجه به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۳ و ۰/۷۷ گزارش کردند در مطالعه‌ای بر روی CSI-4 پایایی آن را ۰/۹۲ برآورد کرد (توکلی‌زاده، ۱۳۷۶).

محتوی جلسات درمانی

محتوی جلسات شامل به کارگیری راهبردهایی برای ایجاد و تقویت انگیزه برای شروع درمان، توضیح درباره جلسات درمانی، ارزیابی موقعیت‌های اولیه مشکل توسط شرکت‌کنندگان و تشریح جلسات بازی شهرسازی بود. بازی شهرسازی شکلی از بازی با رهنمود است که کودک به آسانی با امکانات و آمیزه‌های مختلف آن سازگار و با وسایل بازی همانند می‌شوند. درمانگر در این بازی ابتدا نیازهای کودک و موانع ارضای آنها، مشکلات و موقعیت‌ها گزارش شده توسط کودک، والدین و معلمان را شناسایی و سپس راه‌های جدید و مؤثر ارضای نیازها و رفع یا کاهش مشکلات شرکت‌کنندگان را پیدا می‌کند و آموزش می‌دهد. همانند شکل دادن ارزش، پیشگیری از مشکل، طرح ریزی حل مسأله، ابقاء و نگهداری ارزش‌ها در آزمودنی‌ها، خویش‌تنداری،

1. Child symptom inventories
2. Sprafkin. Loney. Unit. Gadow
3. Greson & Carlson

مشارکت گروهی، تعامل اجتماعی، فهم درست قوانین، مدیریت و برنامه ریزی، مدیریت هیجان‌ها و تقویت مکانیسم دفاعی خویشتنداری، ارزیابی موقعیت‌های مطلوب و نامطلوب و مواردی از این قبیل. برخی از وسایل بازی که در طی بازی درمانی گروهی به کار گرفته شد جعبه شن، خمیر بازی، کاغذهای باطله، پازل‌های مختلف، تابلوی علائم راهنمایی و رانندگی، چادر بازی، انواع ماشین‌ها، مقواهای رنگی، آدم کوچولوها، یک سری ظروف پلاستیکی، آبرنگ، موادشیمی و... بود.

یافته‌های پژوهش


برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و واریانس) و آمار استنباطی (آزمون F برای فرض برابری واریانس‌ها در موقعیت پیش‌آزمون برای دو گروه و آزمون پارامتریک t مستقل برای مقایسه تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایشی و کنترل) استفاده شد. اطلاعات حاصله به شرح زیر است:

جدول 1: شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمرات پرسشنامه رفتاری راتر-فرم والدین گروه آزمایشی و کنترل در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه‌ها	شاخص آماری		میانگین	انحراف استاندارد	واریانس
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون			
آزمایشی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	19/83	6/52	42/51
	پس‌آزمون		11/41	6/17	38/08
کنترل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	19/16	4/34	18/87
	پس‌آزمون		20/25	6/01	36/20

$n_1=n_2=12$

همان‌طور که داده‌های جدول نشان می‌دهد مقایسه میانگین‌های گروه آزمایشی و کنترل در موقعیت پیش‌آزمون تفاوت محسوسی با هم نداشته، اما در گروه آزمایشی پس از اعمال متغیر مستقل میانگین نمرات در موقعیت پس‌آزمون در مقایسه با گروه کنترل تفاوت جالب توجهی را نشان داده است. بررسی

67  بررسی اثر بخشی بازی درمانی گروهی ...

شاخص‌های پراکندگی (انحراف استاندارد و واریانس) بیان‌کننده آن است که میزان پراکندگی نمرات در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل در موقعیت پیش آزمون و پس آزمون کمتر است.

جدول 2: مقدار F محاسبه شده پرسشنامه رفتاری راتر- فرم والدین و مقایسه میانگین گروه آزمایش و کنترل در موقعیت پیش آزمون

شاخص آماری گروه ها	Fob	مقدار F جدول	مقدار t محاسبه شده	سطح معناداری
آزمایشی و کنترل	2/25	4/91	0/30	0/01

بر اساس داده های جدول فرض یکسانی واریانس ها و بررسی معناداری تفاوت دو گروه آزمایشی و کنترل در موقعیت پیش آزمون، که توسط آزمون F بررسی شد، نشان داد که مقدار F محاسبه شده در سطح خطاپذیری 0/01 از مقدار F جدول ($F_{0/01} = 4/91$) کوچکتر است و واریانسها برابر هستند و تفاوت معناداری به لحاظ آماری بین آنها وجود ندارد.

جدول 3: مقایسه میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه رفتاری راتر- فرم والدین گروه آزمایشی و کنترل

شاخص آماری گروه ها	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t محاسبه شده	سطح معناداری
آزمایشی	8/41	6/78	3/7	0/01
کنترل	-1/08	5/74		

$p < 0/01^*$

همان طور که داده های جدول نشان می‌دهد مقدار t محاسبه شده در سطح خطاپذیری 0/01 از مقدار t جدول ($t_{0/01} = 2/5$) بزرگتر است و با 99 % اطمینان تفاوت بین دو گروه آزمایشی و کنترل با اعمال متغیر مستقل برای گروه آزمایش به لحاظ آماری معنادار است.

جدول 4: شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمرات پرسشنامه رفتاری راتر- فرم معلم گروه آزمایشی و کنترل در موقعیت پیش آزمون و پس آزمون

شاخص آماری	میانگین	انحراف	واریانس
------------	---------	--------	---------

گروه‌ها		استاندارد	پیش آزمون	پس آزمون
آزمایشی	کنترل			
25/63	5/06	18	پیش آزمون	پس آزمون
32/09	5/66	9/5	پیش آزمون	پس آزمون
8/69	2/94	18/16	پیش آزمون	پس آزمون
19/35	4/40	18/41	پیش آزمون	پس آزمون

$n_1=n_2=12$

همان‌طور که داده‌های جدول نشان می‌دهد مقایسه میانگین‌های گروه آزمایشی و کنترل در موقعیت پیش آزمون تفاوت محسوس با هم نداشته، اما در گروه آزمایشی پس از اعمال متغیر مستقل میانگین نمرات در موقعیت پس آزمون در مقایسه با گروه کنترل تفاوت جالب توجهی را نشان داده است. بررسی شاخص‌های پراکندگی (انحراف استاندارد و واریانس) بیان‌کننده آن است که میزان پراکندگی نمرات در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل در موقعیت پیش آزمون و پس آزمون کمتر است.


جدول 5: مقدار F محاسبه شده پرسشنامه رفتاری راتر- فرم معلم و مقایسه میانگین گروه آزمایشی و کنترل در موقعیت پیش آزمون

شاخص آماری	Fob	مقدار F جدول	مقدار t محاسبه شده	سطح معناداری
آزمایشی و کنترل	2/94	4/91	-0/09	0/01

بر اساس داده‌های جدول فرض یکسانی واریانس‌ها و بررسی معناداری تفاوت دو گروه آزمایشی و کنترل در موقعیت پیش آزمون، که توسط آزمون F بررسی شد، نشان داد که مقدار F محاسبه شده در سطح خطای $0/01$ از مقدار F جدول ($F_{0/01} = 4/91$) کوچکتر است و واریانس‌ها برابر هستند و تفاوت معناداری به لحاظ آماری بین آنها وجود ندارد.

جدول 6: مقایسه میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه رفتاری راتر- فرم معلم گروه آزمایشی و کنترل

شاخص آماری	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t محاسبه شده	سطح معناداری
آزمایشی	8/5	5/93	4/39	0/01
کنترل	-0/25	3/27		

69  بررسی اثر بخشی بازی درمانی گروهی ...

$p < 0/01^*$

همان‌طور که داده‌های جدول نشان می‌دهد مقدار t محاسبه شده در سطح خطای $0/01$ از مقدار t جدول $(t_{0/01} = 2/5)$ بزرگتر است و با 99% اطمینان تفاوت بین دو گروه آزمایشی و کنترل با اعمال متغیر مستقل برای گروه آزمایشی به لحاظ آماری معنادار است.

جدول 7: شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمرات پرسشنامه اختلال سلوک گروه آزمایشی و کنترل در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروهها	شاخص آماری		
	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس
آزمایشی	پیش‌آزمون	5/38	1/3
	پس‌آزمون	2/54	1/08
کنترل	پیش‌آزمون	5/5	0/85
	پس‌آزمون	5/79	1/48

$n_1 = n_2 = 12$

همان‌طور که داده‌های جدول نشان می‌دهد مقایسه میانگین‌های گروه آزمایشی و کنترل در موقعیت پیش‌آزمون تفاوت محسوس با هم نداشته، اما در گروه آزمایشی پس از اعمال متغیر مستقل میانگین نمرات در موقعیت پس‌آزمون در مقایسه با گروه کنترل تفاوت جالب توجهی را نشان داده است. بررسی شاخص‌های پراکندگی (انحراف استاندارد و واریانس) بیان‌کننده آن است که میزان پراکندگی نمرات در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون کمتر است.

جدول 8: مقدار F محاسبه شده پرسشنامه اختلال سلوک و مقایسه میانگین گروه آزمایشی و کنترل در موقعیت پیش‌آزمون

گروهها	شاخص آماری		
	Fob	مقدار F جدول	مقدار t محاسبه شده
آزمایشی و کنترل	1/45	4/91	-0/35
			سطح معناداری
			0/01

بر اساس داده‌های جدول فرض یکسانی واریانس‌ها و بررسی معناداری تفاوت دو گروه آزمایشی و کنترل در موقعیت پیش‌آزمون، که توسط آزمون F بررسی شد، نشان داد که مقدار F محاسبه شده در سطح خطای $0/01$ از مقدار F جدول $(F_{0/01} = 4/91)$ کوچکتر است و

واریانس‌ها برابر هستند و تفاوت معناداری به لحاظ آماری بین آنها وجود ندارد.

جدول 9: مقایسه میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه اختلال سلوک گروه آزمایشی و کنترل

شاخص آماری گروه ها	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t محاسبه شده	سطح معناداری
آزمایشی	2/83	1/48	5/45	0/01
کنترل	-0/29	1/32		

$p < 0/01^*$

همان‌طور که داده‌های جدول نشان می‌دهد مقدار t محاسبه شده در سطح خطاپذیری 0/01 از مقدار t جدول ($t_{0/01} = 2/5$) بزرگتر است و با 99% اطمینان تفاوت بین دو گروه آزمایشی و کنترل با اعمال متغیر مستقل برای گروه آزمایشی به لحاظ آماری معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش یافته‌های کمی براساس داده‌های جداول 3، 6 و 9 حاصل از بررسی اثر بخشی بازی درمانی گروهی با رهنمود، بر اختلال سلوک در کودکان دبستانی و یافته‌های جانبی بر گرفته از مشاهده‌ها و گزارش‌های والدین، معلمان، دستیاران درمانگر و روانپزشک نشان داد که این شیوه درمانی کاهش معنادار اختلال سلوک در شرکت‌کنندگان مورد مطالعه را سبب شده است. این یافته با نتایج پژوهش دادستان و همکاران (2010)، نادری و همکاران (2010)، باگگرتلی و جکینز (2009)، باگگرتلی (2009)، مور و راس (2008)، ری (2008)، براون (2007)، باراتون (2005)، دنگر و لندرث (2005)، جونز و لندرث (2002)، کرنبرگ و کازان (1999)، دوگرا و ویراراگاون (1999) و مطالعه رضایی (1387)، آرزومانیان (1380) و رسولی (1376) که هر یک تأثیر بازی درمانی بر روی اختلالی در کودکان را بررسی کرده‌اند همسو و هماهنگ است. لذا می‌توان نتیجه گرفت استفاده از بازی درمانی به کاهش اختلالات از جمله اختلال سلوک در کودکان منجر می‌شود.

گلدارد و گلدارد (1389) معتقد هستند، اهداف درمانی برای تمام کودکان، کمک برای مواجهه با موضوعات عاطفی دردناک، داشتن احساس خوب درباره خود، تغییر رفتارهایی که پیامد منفی به دنبال دارند، کسب سازگاری با توجه به هیجانات و افکار، پذیرش محدودیت‌ها، توانایی‌ها و داشتن احساس خوب درباره خود و رفتار کردن به طور انطباقی و با آسودگی خاطر در محیط‌های بیرونی است (ارجمنده، 1389).

لندرت مطرح کرد که در راستای اهداف درمانی برای کودکان و بازی درمانی به عنوان یک روش درمانی، محیط امنی به کودک داده می‌شود تا خود را امتحان کند و از طریق بازی خود را اظهار کند و با انجام دادن این کار یاد بگیرد که چگونه خود را بشناسد تا آنجا که دانش خود را درباره به کارگیری ظرفیت‌های خود در راه‌های مناسب‌تر بالا ببرد (آرین، 1373).

در واقع بازی، فعالیت طبیعی دوران کودکی و احتمالاً مؤثرترین وسیله یادگیری است. از نظر کداسن و شفر بازی تمرینی برای زندگی واقعی است و انعطاف کافی را برای سازگاری با وقایع، افراد و موقعیت‌ها به وجود می‌آورد. در بازی به وسیله ایفای نقش و تمرین رفتاری، همدلی در کودک رشد می‌کند. صحنه‌های مختلف بازی، امکانات متعددی را برای تمرین و یادگیری فراهم می‌کند که در شیوه‌های درمانی دیگر وجود ندارد (صابری و وکیلی، 1389).


بر اساس نتایج پژوهش حاضر و دیگر پژوهش‌ها می‌توان نتیجه‌گیری کرد که کودکان اغلب پذیرای مداخلات درمانی هستند و این امر احتمالاً از انعطاف‌پذیری آنها و دوره کوتاه‌تر مشکلات رفتاری یا عاطفی آنها ناشی است. وبا استفاده از بازی درمانی گروهی با رهنمود می‌توان به کودکان مشکل‌دار از طریق واسطه‌ای به نام بازی کمک کرد تا استرس‌های روانی خود را فروشانند و با پاک‌سازی روانی و تقلیل یافتن اثرات مشکلات، دوباره انگیزه‌ها و تجربه‌های عاطفی صحیح را تجربه کنند. و بتوانند رفتارهای آموخته شده را به محیط طبیعی بیرون از موقعیت درمانی تعمیم داده و رفتارهای انطباقی آموخته شده را پس از اتمام درمان حفظ کنند.

نهایتاً اینکه با توجه به سبب‌شناسی اختلال سلوک در کودکان، خانواده به دلیل روش مدیریتی و دارا بودن صلاحیت‌های لازم برای تنظیم امور کودکان و جامعه به دلیل داشتن جایگاه پرورشی و مدرسه به سبب درخواست‌ها و قوانین خاص بر سطح اضطراب، افسردگی و پرخاشگری و به عبارتی بر رشد هیجانی و اجتماعی آنها تأثیری عظیم دارند. لذا به نظر می‌رسد اگر شیوه‌های درمانی متناسب با شرایط و نیازهای خانواده و جامعه باشد مفیدتر خواهد بود. آنچه که در این پژوهش به لحاظ انتخاب نوع بازی و تکنیک‌های بازی درمانی گروهی با رهنمود سعی شده بود همواره مد نظر قرار گیرد.

منابع

- آرزومانیان، ک. س، (۱۳۸۰). بررسی اثر بازی درمانی در کاهش اختلالات رفتاری کودکان ارامنه دختر اول دبستان مدرسه تونیان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن. توکلی زاده، ج. ش، (۱۳۷۶). همه گیرشناسی اختلال های رفتاری و کمبود توجه در دانش آموزان، فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره ۲۰۱.
- خناری نژاد، آمنه، (1368). بازی و بازی درمانی، پایان نامه کارشناسی، دانشگاه الزهراء (س).
- رضایی، ز، (۱۳۸۷). اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری به همراه مشارکت والدین در کاهش اختلالات اضطرابی کودکان 68 سال، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء (س).
- رومزیپور، ز. م، (۱۳۷۴). بررسی پایایی یابی و اعتبار مقدماتی پرسشنامه رفتاری کودکان راترو تعیین میزان شیوع اختلال سلوکی و هیدجانی در جمعیت کودکان پیش دبستانی اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان پزشکی ایران.
- عدل، ا، (۱۳۷۲). تأثیر به کارگیری روش آموزش مهارت های اجتماعی در بهبود اختلال رفتارهای اخلاص گرانه کودکان، پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان پزشکی ایران.
- فرهپور، ن، (1368). درمان انزواطلبی دانش آموزان 7 تا 11 ساله مدارس تهران از طریق آموزش مهارت های حرکتی بنیادی و بازی های گروهی هدایت شده، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.
- قدیری لشکاجانی، ف، (۱۳۷۷). بررسی تأثیر بکارگیری بازی درمانی بی رهنمود در کاهش اختلالات رفتاری و پرخاشگری کودکان ناسازگار و دارای عملکرد هوشی مرزی، پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان پزشکی ایران.
- گلدارد، ک و گلدارد، د، (1389). مشاوره با کودکان با روش بازی درمانی. ترجمه زهرا ارجمند، تهران، اندیشه آور.
- کداسن، ه. ج و شفر، چ، ی، (1389). برگزیده ای از روش های بازی درمانی، ترجمه سوسن صابری و پریش وکیلی، تهران، ارجمند.
- کرمی، ص، (۱۳۷۳). بررسی وضعیت اختلال رفتاری و اختلال پس از استرس ضربه ای در کودکان ۹۱۶ ساله مناطق زلزله زده در مقایسه با مناطق غیر زلزله

- زده زنگان، پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی ایران.
- لندرث، گاری، (1373). بازی درمانی مشاوره با کودکان، ترجمه خدیجه آرین، تهران، اطلاعات.
- Baggerly, J, (2009). The effects of child-centered group play therapy on self-concept, depression, and anxiety of children who are homeless, *International Journal of Play Therapy*, 13, 2, 31-51.
- Baggarly, J & Jenkins, W, (2009). The effectiveness of child-centered play-therapy on developmental and diagnostic factors in children who are homeless, *International Journal of Play Therapy*, 8, 1, 45- 55.
- Bratton, S, Ray, D, & Jones, L, (2005). The efficacy of play therapy with children: A Meta analytic review of treatment outcomes. *Professional psychology, Research and Practice*, 36, 4, 376-390.
- Brown, G, (2007). Relationship between child centered play therapy and developmental levels of young children: A single case analysis, *University of North Texas*, 125, AAT, 3300943.
- Cabe, N, (1999). Conduct disorder: Grounded play therapy, *Northvale, N, J, USA: Jason, Aronson, INC.*
- Christine, E, (2008). The use, beliefs perceived barriers and the methods of delivery of play therapy by elementary school counselors, *University of New Orleans*, 181, AAT 3332386.
- Dadsetan, P. Bayat, M & Asgari, A, (2010). Effectiveness of child-centered play therapy on children's externalizing problems reduction, *Journal of Behavioral Sciences*, 3, 4, 26-35.
- Danger, S & Landreth, G, (2005). Child-centered group play therapy with children with speech difficulties, *International Journal of Play Therapy*, 14, 1, 81-102.
- Dogra, A & Veeraraghavan, V, (1999). A study of psychological intervention of children with aggressive conduct disorder, *Indian Journal of Clinical Psychology*, 21, 28 -32.
- Jones, M. E & Landreth, G, (2002). The efficacy of intensive individual play therapy for chronically 111 children, *International Journal of Play Therapy*, 11, 1, 117-140.
- Jongsmy, A, Deterson, M & McInnis, W, (2000). *The child psychotherapy treatment planner*, John Wiley Sons/ Inc.
- kernberg, P & Chazzan, S, (1999). *Children with conduct disorders*. New York., USA.
- Landreth, G.L, Ray, D.C & Bratton, S.C, (2009). Play therapy in elementary schools, *Psychology In the Schools*, 46, 3, 281-289.
- Lewinsohn, P, Rohde, P & Farrington, D, (2000). The OADP-CDS: A Brief screener for adolescent conduct disorder, *Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 888-889.
- Moore, M & Russ, S, (2008). Follow-up of a pretend play intervention: Effects on play Creativity and emotional processes in children, *Creativity Research Journal*, 20, 4, 427.
- Naderi, F, Heidarie, L, Bouron, P & Asgari, A, (2010). The efficacy of play therapy on ADHD, Anxiety and social maturity in 8 to 12 years aged clientele children of Ahwaz metropolitan counseling clinics, *Applied Sciences*, 10, 189-195.

75  بررسی اثر بخشی بازی درمانی گروهی ...

Ray, D.C, (2008). Impact of play therapy on parent-child relationship stress at a mental health training setting, *British Journal of Guidance*, 36, 2, 165-187.

Ray, N, (2008). Play therapy as a mental health intervention for children and adolescents, *Journal Family Healthcare*, 18, 1, 17-29.