

## تأثیر بازی درمانی گروهی بر هراس خاص کودکان ۵ تا ۱۱ ساله مراجعه‌کننده به درمانگاههای علوم پزشکی اصفهان

سلیمه جلالی<sup>۱</sup> - اصغر آقایی<sup>۲</sup> - حسین مولوی<sup>۳</sup> - مژگان کار احمدی<sup>۴</sup>

### چکیده

هدف اصلی این پژوهش بررسی تأثیر بازی درمانی به شیوه گروهی بر هراس خاص کودکان ۵ تا ۱۱ ساله شهر اصفهان است. بدین منظور ابتدا به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از کودکان مراجعه‌کننده به درمانگاههای علوم پزشکی اصفهان دو درمانگاه (کودک و نوجوان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و درمانگاه روانپزشکی کودکان بیمارستان نور) انتخاب و ۳۰ نفر از کودکان به روش واگذاری تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت بازی درمانی به شیوه گروهی در ۶ جلسه هفتگی قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. برای تشخیص این کودکان از پرسشنامه‌ی علایم مرضی کودکان (CSI-4)، فرم

Email: salimeh.jalaly@yahoo.com

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی

۲. دانشیار و عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان

۳. استاد و عضو هیأت علمی دانشگاه اصفهان

۴. استادیار و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

والدین استفاده شد. علاوه بر این آزمودنی‌ها، تشخیص روانپزشک در مورد این اختلال را نیز دریافت کردند. این پرسشنامه براساس ملاکهای چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تهیه شده است که در ایران نیز مورد پذیرش و استفاده است و روایی این ملاک‌ها را متخصصان انجمن روانپزشکی آمریکا تأیید کرده‌اند. پایایی این پرسشنامه را پژوهشگر به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵۱ به‌دست آورد. نتایج تحلیل کوواریانس در پرسشنامه‌ی علائم مرضی کودکان (CSI-4) نشان داد که بازی‌درمانی در مرحله‌ی پس‌آزمون هراس خاص را کاهش نمی‌دهد ( $P=0/094$ ) ولی در مرحله‌ی پیگیری هراس خاص را در گروه آزمایش کاهش می‌دهد ( $P=0/01$ ).  
**کلید واژه‌ها:** بازی‌درمانی، هراس خاص، کودکان.

#### مقدمه

مقابله با ترسهای کودکان، یکی از مشکلات عمده‌ی والدین و مربیان به‌شمار می‌آید، واکنش ترس یکی از واکنش‌های حیاتی تلقی می‌شود که در جریان رشد کودک، از تنوع گسترده‌ای برخوردار است. ترس کودکان معمولاً ناپیداست و با گذشت زمان تغییر می‌کند. چنانچه این مرحله گسترش یابد به ایجاد حالتی از تظاهر مزمن ترس منجر می‌گردد که به اضطراب معروف است (کامر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸ به نقل از میرمعصومی، ۱۳۸۱).

فوبی بنا به تعریف عبارت است از ترسی غیرمنطقی که موجب اجتناب آگاهانه از موضوع، فعالیت یا موقعیت هراس‌آور شود. وجود عامل هراس‌آور یا انتظار آن رنج و عذابی شدید در فرد مبتلا ایجاد می‌کند، در حالی که خود او نیز به افراطی بودن این واکنش واقف است. واکنش‌های هراس‌گونه معمولاً توانایی فرد را برای انجام کارکردهای معمول زندگی به هم می‌زند (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲).

در طبقه‌بندی DSM-IV-IR اختلال هراس خاص براساس وجود ترس مشخص و پابرجایی متمایز شده که جنبه‌ی افراطی و غیرمنطقی دارد و در برابر یک شیء یا در یک موقعیت خاص بروز می‌کند. قرار گرفتن در معرض محرک هراسناک تقریباً همواره یک پاسخ اضطرابی را برمی‌انگیزد؛ پاسخی که ممکن است به‌صورت یک واکنش موقعیتی وحشتزدگی و یا آمادگی موقعیتی وحشتزدگی باشد. چنین اضطرابی در

کودکان به شکل گریه و فریاد قهر و خشم، افسردگی یا در آویختن به دیگری آشکار می‌شود (دادستان، ۱۳۸۲).

همچنین طبق نظر انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۱</sup> فرد مبتلا در حضور یا انتظار رویارویی با یک شیء یا موقعیت مشخص به ترس قابل ملاحظه، مستمر، مفرط و نامعقول مبتلا می‌شود و کانون این ترس ممکن است انتظار آسیب یا صدمه دیدن جنبه‌ای از یک شیء یا موقعیت باشد؛ مثلاً از سگ بترسد، چرا که نگران آن است که او را گاز بگیرد. این ترس و اضطراب تقریباً همیشه بلافاصله در رویارویی با محرک ترس آور احساس می‌شود و این اضطراب تابعی از درجه مجاورت با محرک ترس آور است. به همین دلیل فرد مبتلا از این‌گونه موقعیت‌ها اجتناب می‌کند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ترجمه نیکخواه و آوادیس یانس، ۱۳۸۱).

آنچه هراس خاص را در دوره بزرگسالی متمایز می‌کند این است که فرد ماهیت افراطی یا غیرمنطقی ترس‌هایش را می‌پذیرد، در حالی که این ضابطه ممکن است در کودکان وجود نداشته باشد. واکنش کسی که دارای چنین اختلالی است، ممکن است به صورت اجتناب از موقعیت و یا تحمل آن باشد که در مورد اخیر، اضطراب با درماندگی توأم است. به هر حال این اختلال بر زندگی روزمره، فعالیت حرفه‌ای یا تحصیلی و روابط اجتماعی فرد اثر می‌گذارد (دادستان، ۱۳۸۲).

اضطراب زمانی پدیدار می‌شود که بیمار در معرض محرکهای ترس قرار بگیرد یا انتظار داشته باشد که در تماس‌ها و برخوردهای آینده با موقعیتهای ترسناک روبه‌رو شود. این واکنش اضطرابی ممکن است در بعضی مواقع با حملات پانیک و خصوصیات ترس‌آوری چون از دست دادن کنترل، مردن یا دیوانه شدن تجربه شود (فاراولی، زاچی، پرونی، سالموریا و ویوانی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱).

سوگیری قضاوت که در ترس‌های خاص اتفاق می‌افتد، تحت عنوان استدلال عواقب جانبی، نامیده می‌شود. افراد مبتلا به ترس بر این باورند که موقعیت‌ها و حالت‌های خطرناک موجب اضطراب می‌شود و معتقدند که آثار و نشانه‌های اضطراب

---

1. American Psychiatric Association

2. Faravelli, Zucchi, Perone, Sol moria & Viviani

نشان‌دهنده حضور خطر می‌باشند: استدلال عواقب جانبی برای هراس به‌کار می‌رود و ممکن است باعث حفظ ترس شود (مرکل‌باخ و موریس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱).

برای درمان ترس کودکان مداخله‌های روان‌شناختی مختلفی وجود دارد. از جمله روش‌های شناختی-رفتاری (پرینس و الندیک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳) و روش دیگری که برای درمان این کودکان مورد توجه قرار گرفته، بازی‌درمانی است.

بازی افکار درونی کودک با دنیای خارجی او را ارتباط می‌دهد و باعث می‌شود که کودک بتواند اشیای خارجی را تحت کنترل خود در آورد. بازی به کودک اجازه می‌دهد تا تجربیات، افکار، احساسات و تمایلاتی را که برای او تهدیدکننده هستند نشان دهد (وتینگتون<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۸).

بازی یک روش صحیح و درست برای درمان کودک است، زیرا کودکان اغلب در بیان شفاهی احساساتشان با مشکل روبه‌رو هستند. از طریق بازی کودکان می‌توانند موانع را کاهش دهند و احساساتشان را بهتر نشان دهند (پورتر، هرناندز - ریف و جسی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷).

بازی‌درمانی به عنوان ارتباط بین فردی پویا بین کودک و درمانگر آموزش‌دیده در فرایند بازی‌درمانی توصیف می‌شود که رشد یک ارتباط امن را برای کودک تسهیل می‌کند تا کودک به‌طور کامل خود را بیان کند (لندرت<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲؛ به نقل از ری<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴). از این طریق، کودک می‌تواند مهارت‌های کنترل خود را بهتر فراگیرد و کسب کند (پورتر، هرناندز - ریف و جسی، ۲۰۰۷).

بازی‌درمانی گروهی پیوند طبیعی دو درمان مؤثر است. این رویکرد درمانی برای کودکان فرایند روان اجتماعی برای رشد و یادگیری در مورد خودشان و دیگران فراهم می‌آورد. ترکیب بازی‌درمانی و گروه‌درمانی، 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. بازی‌درمانی گروهی برای درمانگر فرصتی را فراهم می‌کند که

- 
- |                                      |                      |
|--------------------------------------|----------------------|
| 1. Merckelback & Muris               | 2. Prins & ollendick |
| 3. Wethington                        |                      |
| 4. Porter & Hernandez- Reif & Jessee |                      |
| 5. Landreth                          | 6. Ray               |

به کودکان کمک کنند تا یاد بگیرند که تعارضات را حل نمایند (دایل جونز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). اهداف کلی از مداخله بازی‌درمانی گروهی کودکان محور، کمک به مشارکت یادگیری، خودکنترلی، مسئولیت ابراز احساسات، احترام گذاشتن، پذیرفتن خود و دیگران و بهبود رفتارهایی چون مهارت‌های اجتماعی، عزت نفس و کاهش افسردگی است (لنדרث، ۲۰۰۲؛ به نقل از باگرلی و پارکر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵).

از آنجا که بازی برای کودکان همانند کلام برای بزرگسالان است و وسیله‌ای است برای بیان احساسات، برقراری روابط، توصیف تجربیات، آشکار کردن آرزوها و خودشکوفایی (لنדרث، ۱۳۷۰)، در درمان هراس کودکان ترجیح داده شده است که از این روش استفاده شود.

محمودی قراینی، بینا، باسمی، امامی، نادری (۱۳۸۵) به بررسی تأثیر بازی‌درمانی گروهی بر نشانه‌های مرتبط با سوگ و آسیب ناشی از واقعه زلزله در کودکان ۳ تا ۶ سال بم پرداختند. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که بازی‌درمانی متمرکز بر نشانه‌های سوگ و آسیب در کاهش نشانه‌های رفتاری و نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه زلزله مؤثر است.

ممی یانلو (۱۳۷۹) به بررسی تأثیر بازی بر اضطراب کودکان دبستانی بستری در مرکز طبی کودکان تهران در سال ۷۹-۷۸ پرداخته است. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که اجرای بازی در کاهش میزان اضطراب و همچنین کاهش شاخص‌های فیزیولوژیک اضطراب در گروه آزمایش مؤثر بوده است.

جتیان (۱۳۸۵) به بررسی اثربخشی بازی در کاهش شدت علایم بیش‌فعالی دانش‌آموزان پسر پایه‌های سوم و چهارم شهر اصفهان پرداخته است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که بازی‌درمانی در مرحله پس‌آزمون باعث کاهش معنادار بیش‌فعالی همراه با کمبود توجه، و نیز خطاهای پاسخ‌دهی و افزایش معنادار زمان پاسخ‌دهی شد.

مک گیو<sup>۳</sup> (۲۰۰۰) تأثیر بازی‌درمانی گروهی را در کاهش مشکلات رفتاری، افزایش سازگاری رفتاری و عاطفی، بهبود مفهوم خود و افزایش خودکنترلی بررسی کرده است. این پژوهش که بر روی کودکان پیش‌دبستانی انجام شد، تغییر معناداری از

---

1. Dayle jones

2. Baggerly & Parker

3. Mc give

لحاظ آماری نشان نداد، ولی تمایلات مثبت در رفتار کودکان، خودکنترلی و مفهوم خود در کودکان گروه آزمایشی مشاهده گردید.

جاسینسکی<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) نشان داد که بازی‌درمانی در مرحله پیش‌عملیاتی یک روش مؤثر برای کاهش اضطراب کودکان است. بازی‌درمانی ممکن است به‌طور موفقیت‌آمیزی در ترکیب با دیگر مداخلات رفتاری به‌کار رود.

دانجر<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای نشان داد که استفاده از بازی‌درمانی گروهی به‌عنوان یک راهکار مداخله‌ای مؤثر برای کودکان، مشکلات زبانی برای رشد مهارت‌های زبان بیانی و دریافتی را بهبود می‌بخشد.

اگاو<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) بیان کرد که بازی‌درمانی یک مداخله‌ی درمانی مؤثر برای کودکان آسیب‌دیده و کودکانی است که مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شده‌اند.

باگری و پارکر (۲۰۰۵) بیان کردند که بازی‌درمانی گروهی کودک‌محور بر یادگیری، خودکنترلی، مسئولیت، ابراز احساسات، احترام گذاشتن، پذیرش خود و دیگران و بهبود مهارت‌های اجتماعی، عزت‌نفس، کاهش افسردگی و اضطراب مؤثر است.

داگرتی<sup>۴</sup> (۲۰۰۶) تأثیرات بازی‌درمانی کودک‌محور را بر روی مراحل مختلف رشد کودکان بررسی کرده است. نتایج این پژوهش، تأثیر بازی‌درمانی کودک‌محور را بر روی مراحل رشدی پیش‌عملیاتی و عملیات عینی کودکان گروه آزمایش نشان داد.

لندرث، ری و براتون<sup>۵</sup> (۲۰۰۹) بیان می‌کنند که بازی‌درمانی کودک‌محور تأثیر مثبتی بر روی رفتار و هیجانات دارد.

در این پژوهش به دلیل اینکه بازی در رشد و تحول کودک نقش بسزایی دارد و سبب بهبود و تقویت تواناییها و برطرف کردن ضعف‌ها می‌گردد و با توجه به اینکه در کشور ما به‌ندرت از بازی برای درمان و کاهش هراس کودکان استفاده شده است، انجام این پژوهش یافته‌های دقیق‌تری را به دست می‌دهد.

با توجه به آنچه بیان گردید فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر تنظیم شده است:  
فرضیه اول: بازی‌درمانی میزان هراس خاص کودکان ۵ تا ۱۱ سال را در مرحله پس‌آزمون کاهش می‌دهد.

1. Jasinski

2. Danger

3. Ogawa

4. Doughery

5. Bratton

فرضیه دوم: بازی‌درمانی میزان هراس خاص کودکان ۵ تا ۱۱ سال را در مرحله پیگیری کاهش می‌دهد.

### روش

روش پژوهش شبه‌تجربی بود. جامعه آماری تحقیق را کلیه کودکان با اختلال هراس خاص مراجعه‌کننده به درمانگاههای شهر اصفهان تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای تصادفی بود. از میان درمانگاههای علوم پزشکی اصفهان دو درمانگاه (کودک و نوجوان علوم پزشکی اصفهان و مرکز نور) انتخاب شدند. کودکانی که از روانپزشک تشخیص اختلال هراس خاص دریافت کرده بودند، انتخاب و به شیوه واگذاری تصادفی در دو گروه آزمایش (۷ دختر و ۸ پسر) و گواه (۸ دختر و ۷ پسر) قرار گرفتند. میانگین سنی گروه آزمایش ۶ سال و ۴ ماه و میانگین سنی گروه گواه ۷ سال و ۴ ماه بود. در این تحقیق از تحلیل کوواریانس استفاده شد. متغیر مستقل بازی‌درمانی به شیوه گروهی و متغیر وابسته نمرات هراس خاص کودکان بود. هیچ‌کدام از متغیرهای این پژوهش با نمرات هراس خاص رابطه معناداری نداشت، بنابراین نیاز به کنترل آنها نبود و فقط نمرات پیش‌آزمون بررسی گردید.

### ابزار پژوهش

پرسشنامه‌ی علایم مرضی کودکان (CSI-4) که ابزار غربالگری<sup>۱</sup> برای شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی بوده است و براساس ملاکهای تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تدوین شده است. این پرسشنامه شامل فهرست علایم ۲۱ اختلال رفتاری و هیجانی و براساس ملاکهای چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تهیه گردید. این پرسشنامه به دو شیوه نمره‌گذاری می‌گردد: ۱- روش نمره برش غربال‌کننده<sup>۲</sup> - روش نمره شدت علامت<sup>۳</sup>. در این پژوهش از روش نمره شدت علامت استفاده شد به این شیوه که گزینه‌های هیچ‌گاه، به‌ندرت، گاهی اوقات و بیشتر اوقات به ترتیب با کدهای ۰، ۱، ۲، ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. برای هراس

- 
1. Screening
  2. Screening cut – off score method
  3. Symptom severity score method

خاص گروه E مورد استفاده قرار گرفت. پایایی این پرسشنامه را پژوهشگر به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵۱ به دست آورد. روایی آن بر اساس پذیرش، مقبولیت و مورد استفاده زیاد آن در ایران مورد تأیید است.

### شیوه اجرا

ابتدا به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از کودکان مراجعه‌کننده به درمانگاههای شهر اصفهان دو درمانگاه (کودک و نوجوان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و روانپزشکی کودکان بیمارستان نور) انتخاب و ۳۰ نفر از کودکان به روش واگذاری تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش بازی درمانی گروهی در ۶ جلسه با مدت زمان ۶۰ دقیقه به صورت یک جلسه در هفته تحت درمان قرار گرفتند و در پایان هفته ششم از هر دو گروه 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.

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 مدنظر بود و برای ایجاد رابطه دوستی و احساس امنیت هر بازی‌یی که کودکان پیشنهاد می‌دادند، انجام شد.

جلسه دوم و سوم: بازی با عروسک‌های خیمه‌شب‌بازی و اسباب‌بازیهای نرم که به کودک کمک می‌کند تا 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 روش 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 غیرکلامی، 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 کنند و اعضای گروه راهکارهایی برای وی ارائه دهند و از این طریق خود مشکلاتشان را حل کرده و 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 و آموخته‌های خود را به محیط بیرون تعمیم دهند. (بازی‌ها برگرفته از محمد اسماعیل، ۱۳۸۳؛ گلدارد و گلدارد، ۱۳۸۲؛ کداسن و شفر، ۱۳۸۲).

### یافته‌ها

نتایج حاصل از اجرای بازی درمانی بر روی دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به شرح زیر ارائه شده است. در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس چندگانه استفاده شد. برای استفاده از این آزمون رعایت چند پیش‌فرض ضرورت دارد: (۱) پیش‌فرض عادی بودن توزیع نمرات، (۲) پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها. پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات: به علت اینکه حجم گروه‌ها هر دو ۱۵ نفر بودند این پیش‌فرض لازم نبوده است.

### پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها

این پیش‌فرض با استفاده از آزمون لوین بررسی می‌شود که برای داده‌های این پژوهش، نتایج در جدول ۱ برحسب مقیاس‌های هراس خاص در مراحل پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

جدول ۱- آزمون لوین برای پیش‌فرض برابری واریانس‌ها برای دو گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	زیرمقیاس	فراوانی	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
پس‌آزمون	هراس خاص	۰/۶۸۴	۱	۲۸	۰/۴۱۵
پیگیری	هراس خاص	۲/۱۷۹	۱	۲۸	۰/۱۵۲

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شد آزمون لوین پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها را در مقیاس هراس خاص در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری رد نکرد.

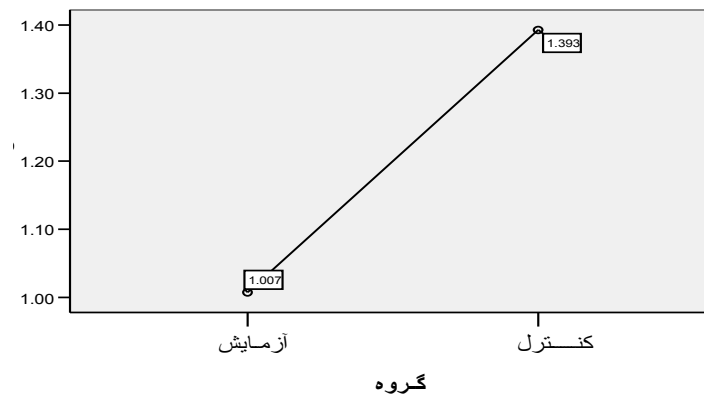
نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر بازی درمانی بر هراس خاص در مرحله پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است. در این تحلیل و همه تحلیل‌های بعدی که در ادامه می‌آیند به منظور مهار تأثیر اجرای پیش‌آزمون بر نتایج، نمرات پس‌آزمون و پیگیری بررسی گردیده و میانگین‌های پس‌آزمون تعدیل شده است.

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه میانگین‌های نمرات هراس خاص در مرحله پس‌آزمون بعد از بررسی متغیر پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	حجم اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	۱۸/۷۵۲	۱	۱۸/۷۵۲	۵۲/۰۹۶	۰/۰۰۰	۰/۶۶۷	۱/۰۰۰
عضویت گروهی	۱/۲۶۵	۱	۱/۲۶۵	۳/۵۱۵	۰/۰۹	۰/۱۱۹	۰/۵۶۰

فرضیه اول: بازی درمانی میزان هراس خاص کودکان ۵ تا ۱۱ سال را در مرحله پس‌آزمون کاهش می‌دهد. همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شد، تفاوت بین میانگین نمرات هراس خاص در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش و گواه معنادار نیست ( $P = ۰/۰۹۴$ )، بنابراین فرضیه اول تأیید نمی‌گردد.

برای نمایش بهتر عملکرد آزمودنی‌های دو گروه، میانگین‌های تعدیل شده نمرات هراس خاص در مرحله پس‌آزمون در نمودار ۱ رسم شده است.



نمودار ۱- میانگین‌های تعدیل شده نمرات هراس خاص در مرحله پس‌آزمون

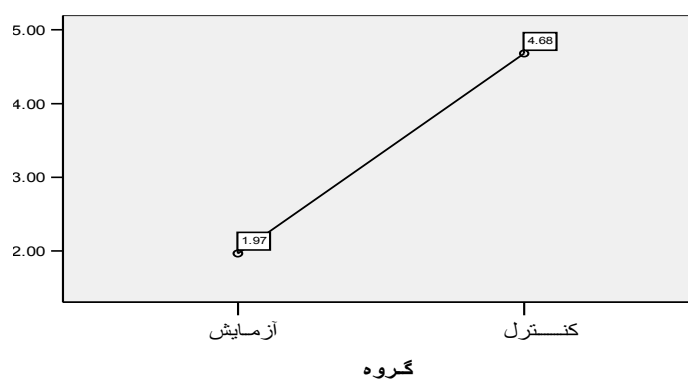
همان‌طور که نمودار ۱ نشان می‌دهد میزان هراس خاص گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه گواه کاهش معناداری نداشته است. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر بازی درمانی بر هراس خاص در مرحله پیگیری در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه میانگین‌های نمرات هراس خاص در مرحله پیگیری بعد از بررسی متغیر پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	حجم اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	۱۶/۶۶۴	۱	۱۶/۶۶۴	۴۲/۱۳۲	۰/۰۰۰	۰/۶۱۸	۱/۰۰۰
عضویت گروهی	۳/۰۳۴	۱	۳/۰۳۴	۷/۶۷۱	۰/۰۱۰	۰/۴۲	۰/۷۶۰

فرضیه دوم: بازی درمانی میزان هراس خاص کودکان ۵ تا ۱۱ سال را در مرحله پیگیری کاهش می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شد، تفاوت بین میانگین نمرات هراس خاص در مرحله پیگیری در دو گروه آزمایش و گواه معنادار است ( $P=0/01$ ) بنابراین فرضیه دوم تأیید می‌گردد. لذا بازی درمانی هراس خاص کودکان را در مرحله پیگیری کاهش داده است. میزان تأثیر بازی درمانی ۰/۲۲ است و توان آماری ۰/۷۶ است. برای نمایش بهتر عملکرد آزمودنیهای دو گروه، میانگین‌های تعدیل شده نمرات هراس خاص در مرحله پیگیری در نمودار ۲ رسم شده است.



نمودار ۲- میانگین‌های تعدیل شده نمرات هراس خاص در مرحله پیگیری

همان‌طور که نمودار ۲ نشان می‌دهد میزان هراس خاص گروه آزمایش در مرحله پیگیری به‌طور معناداری کمتر از گروه گواه است.

### بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج جدول ۲ در مورد فرضیه اول، این فرضیه مورد تأیید قرار نگرفت ( $P=0/09$ ) به این معنا که برحسب داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ی علایم مرضی کودکان در مرحله پس‌آزمون، میزان هراس خاص کودکان گروه آزمایش که مورد درمان قرار گرفتند، به‌طور معناداری کمتر از میزان این اختلال در کودکان گروه گواه نبود.

در توجیه کاهش نیافتن هراس خاص کودکان در پس‌آزمون می‌توان به کوتاه بودن مدت درمان برای این اختلال اشاره کرد، زیرا این کودکان از موقعیتهایی که باعث بروز ترس در آنها می‌شود و یا حتی احتمال ترس برای آنها وجود داشته باشد به‌شدت اجتناب می‌کنند و در این مدت (مداخله درمانی تا گرفتن پس‌آزمون) برای این کودکان زمان کمی است تا بتوانند با این موقعیت‌ها روبه‌رو شده و پاسخ‌های مناسب را بیاموزند و با تجربه کردن این موقعیت‌ها و همراه شدن با ترس و اینکه کودکان بفهمند تمامی آنچه به‌عنوان موقعیت خطرناک در نظر می‌گیرند، موقعیتهای بی‌خطر و بلکه خنثی هستند، زمان‌بر است. این فرضیه در پس‌آزمون تأیید نگردید. این یافته با پژوهش مک‌گیو (۲۰۰۰) مبنی بر اینکه بازی درمانی گروهی، مشکلات رفتاری و عاطفی و خودکنترلی کودکان را به‌طور معناداری تغییر نداده است، همسو می‌باشد. دلیل دیگر کاهش نیافتن هراس در کودکان، این مسأله بود که کودکان مبتلا به هراس در جلسات ابتدایی بازی‌درمانی نمی‌توانستند دوری از والدین خود را تحمل کنند و جلسات اولیه بیشتر صرف سازگاری و تطابق با محیط گردید. ولی بعد از گذشت چند جلسه به بی‌خطر بودن محیط پی برده و ارتباط بیشتری را با درمانگر و اعضای گروه برقرار کردند، در بازیهای بیشتر مشارکت داشتند و راهکارهایی در بازی حیوانات و عروسک‌های خیمه‌شب‌بازی ارائه می‌دادند. از آنجا که این راهکارها، عملی شدن آنها و همچنین تعمیم راه‌حل‌های ارائه شده در بازی‌ها از طریق خود کودکان نیاز به زمان و تکرار و تمرین در موقعیت‌های متعدد دارد، این فرضیه در پس‌آزمون تأیید نگردید.

با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس جدول ۳، فرضیه دوم مورد تأیید قرار گرفت ( $P<0/01$ ) به این معنا که برحسب داده‌های حاصل از پرسشنامه، علایم مرضی کودکان

در مرحله پیگیری، میزان هراس خاص کودکان گروه آزمایش که مداخله درمانی دریافت کردند، به‌طور معناداری کمتر از گروه گواه بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت دلیل تأثیر بازی‌درمانی در مرحله پیگیری نسبت به پس‌آزمون این است که کودکان زمان بیشتری نیاز دارند تا بتوانند آموخته‌های خود را به محیط بیرون تعمیم دهند و از آنجا که این نوع اختلال اضطرابی به موقعیتهای زیادی تعمیم پیدا کرده و نیز به دلیل اجتناب شدید کودکان در روبه‌رو شدن با آن موقعیتهای، در گذشت زمان بیشتر کودکان با موقعیتهای اضطرابی متعددی روبه‌رو شده و سعی در کنترل آن دارند، لندرت، ری و براتون (۲۰۰۹) بیان می‌کنند که بازی درمانی تأثیر مثبتی بر روی رفتار و هیجانات کودک دارد.

کودکان در جلسات بازی ترس‌ها و اضطراب‌های خود را به عروسک‌ها یا حیواناتی که آنها را بچه‌های خود می‌دانند که از والدین خود دور بوده و یا در یک موقعیت ترسناک قرار گرفته‌اند، فرافکنی می‌کنند. هنگامی که کودک ترس‌های کودک عروسکی یا بچه‌های حیوانات را بیان می‌کرد، از او خواسته می‌شد که راه‌حلهایی به آن کودک بدهد تا نترسد. راهکارهای هر کودک را اعضای گروه بررسی می‌کرد. این مسأله باعث بهبود مهارتهای اجتماعی و کاهش ترس در کودکان گردید. باگرلی و پارکر (۲۰۰۵) بیان کردند که بازی‌درمانی گروهی بر یادگیری، خود‌کنترلی، مسؤولیت، ابراز احساسات، احترام گذاشتن، پذیرش خود و دیگران و بهبود مهارتهای اجتماعی، عزت‌نفس، کاهش افسردگی و اضطراب مؤثر است. همچنین 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 و این عدم پاسخ در موقعیت اضطرابی به سایر موقعیتهای نیز تعمیم می‌یابد و از آنجا که درونی شدن درمان و همچنین توانایی کودکان در تعمیم راهبردهایی که در اتاق بازی آموخته‌اند به موقعیتهای دیگر زندگی به گذشت زمان و همچنین به تمرین و تکرار نیاز دارد، نتایج حاکی از آن بود که نمرات گروه آزمایش در مرحله پیگیری، کاهش داشته در صورتی که در مرحله پس‌آزمون کاهشی را نشان نداده است.

این یافته‌ها با پژوهش‌های ممی یانلو (۱۳۷۹)، مک گیو (۲۰۰۰)، دایل جونز (۲۰۰۲) و داگرته (۲۰۰۶) همخوان است.

## منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۱۳۸۱)، *متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی DSM-IV-IR*، ترجمه محمدرضا نیکخواه و هامایاک آوادیس یانس، تهران، سخن.
- جنتیان، سیما. (۱۳۸۵)، «اثر بخشی بازی در کاهش شدت علائم بیش‌فعالی / کمبود توجه دانش‌آموزان پسر پایه سوم و چهارم شهر اصفهان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد واحد خوراسگان.
- خدایی خیوای، سیامک. (۱۳۸۰)، *روان‌شناسی بازی*، تبریز، احرار.
- دادستان، پریخ. (۱۳۸۲)، *روانشناسی مرضی تحولی: از کودکی تا بزرگسالی*، جلد اول، تهران، سمت.
- سادوک، بنیامین. جیمز سادوک و ویرجینیا آلکوت. *خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک*، جلد دوم، ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیا، (۱۳۸۲)، تهران، ارجمند.
- کداسن، هایدی. و چارلز شفر. *برگزیده‌ای از روشهای بازی درمانی*، ترجمه سوسن صابری و پریوش وکیلی، (۱۳۸۲)، تهران، ارجمند.
- گلدارد، کترین. و دیوید گلدارد. *مشاوره با کودکان*، ترجمه نسترن ادیب‌راد و گلی‌نژادی، (۱۳۸۲)، تهران، ثالث.
- لندرت، گاری ال. *دینامسیم مشاوره با کودکان*، ترجمه خدیجه آرین، (۱۳۷۰)، تهران، اطلاعات.
- محمداسماعیل، الهه. (۱۳۸۳). *بازی درمانی نظریه‌ها، روشها و کاربردهای بالینی*، تهران، دانژه.
- محمداسماعیل، الهه. (۱۳۸۰). *بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسشنامه مرضی کودکان (CSI-4)*، تهران، آموزش و پرورش.
- محمودی قراینی، جواد. مهدی بینا. محمدتقی باسمی. آناهیتا امامی و فاطمه نادری. (۱۳۸۵)، «اثر بازی‌درمانی گروهی بر نشانه‌های مرتبط با سوگ و آسیب ناشی از واقعه زلزله در کودکان ۳ تا ۶ ساله»، *مرکز تحقیقات روانپزشکی و روان‌شناسی*، ۱۶۰ (۲).
- ممی یانلو، هایدی. فاطمه الحانی و فضل‌الله غفرانی‌پور. (۱۳۷۹)، «بررسی میزان تأثیر برنامه بازی بر اضطراب کودکان سن مدرسه بستری در مرکز طبی کودکان تهران»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مدرس*، دوره ۴، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۸۰.
- میرمعصومی، مسعود. (۱۳۸۱)، «هنجاریابی پرسشنامه اضطراب کودکان در ارتباط با ملاکهای فرم اختلالات رفتاری راتر و زیرمقیاس اضطراب فراگیر علائم مرضی کودکان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.

- Baggerly, J., parker, M., (2005). Child-centered group play therapy with African American boys of the elementary school level, *Journal of Counseling & Development*, 83. 387 – 396 .
- Dayle jones, k., (2002) . Group play therapy with sexually abused preschool children: Group Behavors and Interventions, *Journal For Special in Group Work*.
- Dee, R. (2004) . Supervision of Basic and Advanced skills in play therapy. *Journal of Professional Counseling*. 32(2). 28 – 41 .
- Donger, S.E., (2003) . *Child-Centered Group Play Therapy With Speech Difficulties*, Dissertation, University of North Texas.
- Dougherty, J.L., (2006) . *Impact Of Child-Centered Group Play Therapy on Children of Different Developmental Stages*, Dissertaion, University of North Texas.
- Faravelli, C. zucchi, T., perone, A. salmoria, R. viviani, B. (2001) . Social pholoia, anxiety disorder (chapter 7) . Available at: [http:// John Wiley & Sons Ltd](http://John Wiley & Sons Ltd).
- Jasinski, D.M. (2000) . *Use of Play Therapy in Some Day Pediatric Surgery:Impact on patient and Parent Anxiety and Level of Parent Satisfaction*, Dissertation, The Catholic University of America.
- Landreth, G.L, Ray, D.C, Bratton, S. (2009) . Play therapy in elementary school. *Psychology In The School*. 46(3):1 – 9 .
- Mc Give, D.E. (2000) . *Child-Centerd Group Play Therapy*. Dissertation abstract International, 61 – 3903 .
- Merckelbach, H. Muris, P. (2001) . Anxiety disorder, (Chapter6) . Available at: <http://john wiley & Sons ltd>.
- Ogawa, Y. (2004) . Childhood Trauma and play therapy intervention for traumatized children. *Journal of Professional Consseling: Practice, Theory & Reserch*, 32(1):19 – 29 .

- Porter, M.L., Hernandez- Reif, M. Jesse, P. (2007). Play therapy: a review. *Early child Development and Care*. Taylor & Francis.
- Prins, P.J., Ollendick, T.H. (2003). Cognitive change and enhanced coping: missing mediational links in cognitive behavior therapy with anxiety disorder children, *Clinical Child and Family Psychology Review*. 6(2).
- Ray, D. (2004). Supervision of basic of advanced skills in play therapy. *Journal of Profesional Counseling: Practice, Theory & Research*. 32(2): 28 – 41.
- Wethinton, H.R., Hahn, R.A., Fugua-whitley, D.S., Sipe, T.A., Crosloy, A.E., Johnson, R.L., liberman, A.M., Mosci chi, E., Price, L.N., Tuma, F.k., halra, G., chatto padhyay, S.K, (2008). The effectiveness of interventions to reduce psychology harm form troumatic events among child and adolescents. *American Journal of preventive Medicine*. 35(3). 287 – 373 .

تاریخ وصول: ۸۷/۹/۱۲

تاریخ پذیرش: ۸۸/۵/۲۶