

بررسی تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر پرخاشگری، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در دانش آموزان پسر دوره دبستان

The effect of play therapy with cognitive-behavioral approach on aggression, coping disobedience disorder, attention deficit-hyperactivity disorder in primary school male students

Abbas Rouhani (Corresponding author)

Department of Psychology, mobareke Branch, Islamic Azad University, mobareke, Iran
Email: abas1345r@yahoo.com

Sabura Izadi

Department of Psychology, mobareke Branch, Islamic Azad University, mobareke, Iran

Abstract

Aim: The aim of this study was to investigate the effect of play therapy with a cognitive-behavioral approach on behavioral problems (aggression, confrontational disobedience disorder, attention deficit-hyperactivity disorder) in primary school male students in Zarrinshahr. **Method:** This is an experimental study. And a pre-test-post-test design with a control group was used. For this purpose, using multi-stage random sampling method, among the male students of primary schools in Zarrinshahr in the academic year 2017-2017, 30 people who met the inclusion criteria were randomly selected and divided into experimental and control groups. Were appointed. Data collection tools were SNAP-IV questionnaire and Rutter Form Parent (1964) Behavioral Problems Questionnaire which was completed by parents of children in the pre-test and post-test stages. Then, the children in the experimental group participated in 10 one-hour play therapy sessions (4 individual sessions and 6 group sessions). In order to statistically analyze the data, covariance analysis was used. Data analysis showed that play therapy intervention with cognitive-behavioral approach could lead to a significant improvement in the performance of the experimental group compared to the control group in the post-test phase. **Results:** The independent variable in the dependent variables of aggression, confrontational disobedience and attention-deficit hyperactivity disorder explains 74, 68 and 92% of the variance of changes, respectively. Statistical power in all three variables indicates the adequacy of the sample size in the use of analyzes. **Conclusion:** According to the findings of this study, play therapy with cognitive-behavioral approach reduces the symptoms of aggression, coping disobedience and attention deficit-hyperactivity disorder in children. They suffer from these disorders and can be used in clinical and therapeutic situations to treat or reduce the symptoms of this disorder.

Keywords: Play Therapy, Aggression, Coping Disobedience, Attention Deficit Hyperactivity Disorder

عباس روحانی (نویسنده مسئول)

استادیار گروه روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مبارکه، مبارکه، اصفهان، ایران

Email: abas1345r@yahoo.com

صبورا ایزدی

دانشجوی گروه روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مبارکه، اصفهان، ایران

چکیده

هدف: از انجام پژوهش حاضر بررسی تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر مشکلات رفتاری (پرخاشگری، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی) در دانش آموزان پسر مقطع دبستان شهر زرین شهر بود. روش: این پژوهش از نوع آزمایشی بوده و از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. بدین منظور با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای، از میان دانش آموزان پسر دبستان‌های شهر زرین شهر در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ تعداد ۳۰ نفر که ملاکهای ورود به پژوهش را دارا بودند به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌های SNAP-IV و پرسشنامه مشکلات رفتاری راتر فرم والد (۱۹۶۴) بود که توسط والدین کودکان در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل گردید. سپس کودکان گروه آزمایش در ۱۰ جلسه یکساعته بازی درمانی (۴ جلسه انفرادی و ۶ جلسه گروهی) شرکت داده شدند. به منظور تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها نیز از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد مداخله بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری توانسته منجر به بهبود معنادار عملکرد گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون گردد. متغیر مستقل در متغیرهای وابسته‌ی پرخاشگری، نافرمانی مقابله‌ای و نقص توجه-بیش‌فعالی به ترتیب ۷۴، ۶۸ و ۹۲ درصد واریانس تغییرات را تبیین می‌نماید. توان آماری در هر سه متغیر گویای کفایت حجم نمونه در استفاده از تحلیل‌ها را دارد. نتیجه‌گیری: بنابر یافته‌های این مطالعه، روش بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری، سبب کاهش نشانه‌های پرخاشگری، نافرمانی مقابله‌ای و نقص توجه-بیش‌فعالی در کودکان مبتلا به این اختلالات می‌شود و می‌توان از این روش در موقعیت‌های بالینی و درمانی برای درمان یا کاهش نشانه‌های این اختلال سود جست.

واژه‌های کلیدی: بازی درمانی، پرخاشگری، نافرمانی مقابله‌ای، نقص توجه، بیش‌فعالی

مقدمه

اختلالات برونی‌سازی رفتارهایی هستند که نمودهای رفتاری بیرون از وجود کودک دارند، مثل پرخاشگری^۱، اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه^۲، اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۳ و اختلال سلوک^۴. امروزه این گروه بیشتر تحت عنوان اختلالات رفتاری اخلاص‌گرا^۵ شناخته می‌شوند. کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری برای والدین چالش برانگیزند. این کودکان دارای رفتارهایی هستند که تاثیر منفی بر افراد و محیط پیرامونشان می‌گذارد و معمولاً نتیجه انجام این رفتارهای منفی نیز به خود آنها باز می‌گردد (فورمارک و همکاران^۶، ۲۰۱۴). از این بین، اختلال نافرمانی مقابله‌ای از جمله رایج‌ترین اختلالات رفتاری است که در کودکان پیش دبستانی یا اوایل سن مدرسه و پیش از نوجوانی بروز می‌کند. این اختلال به عنوان الگویی از سطوح نامناسب و عودکننده‌ای از منفی‌کاری، مخالفت، سرکشی و رفتار خصمانه نسبت به مراجع قدرت تعریف شده است. کودکان مبتلا به این اختلال، اساساً در روابط با والدین، معلمان و همسالان دارای نقص هستند و از نظر مهارت‌های اجتماعی و صلاحیت تحصیلی در سطح پایین‌تری از همسالان خود قرار دارند، این اختلال، مشکلات فزاینده‌ای در زندگی کودک و خانواده وی ایجاد می‌کند و فرد مبتلا را در خطر ابتلا به اختلالات وخیم‌تر در دوران بزرگسالی قرار می‌دهد (اسکلوس و تریون^۷، ۲۰۱۵). شیشه‌فر، عطاریان، کارگربرزی، درویش نارنج بن و محمدلو (۱۳۹۶) پژوهشی تحت عنوان مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی با بازی درمانی شناختی - رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی کودکان با اختلالات رفتار ایدایی انجام دادند. روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان پایه اول و دوم ابتدایی مناطق ۱، ۲، و ۳ شهر کرج در سال ۱۳۹۵ بودند. ۶۶ کودک به شیوه نمونه‌گیری تصادفی و در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش (دو گروه) و کنترل (یک گروه) جایگزین شدند. گروه آزمایش اول، ۱۰ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای تحت آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی و گروه آزمایش دوم، نیز ۱۰ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای تحت آموزش بازی درمانی شناختی رفتاری قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه علائم مرضی کودکان و مقیاس مهارت‌های اجتماعی و مقیاس مقبولیت اجتماعی بود. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که دو گروه از نظر شدت تأثیر دو مداخله تفاوت معناداری باهم ندارند، ولی هر دو مداخله مهارت‌های شناختی اجتماعی و بازی درمانی شناختی - رفتاری، موجب تحول مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی در دو گروه آزمایش شد. پژوهشی با عنوان اثربخشی بازی درمانی شناختی - رفتاری بر پرخاشگری و اختلال املا در کودکان دبستانی توسط نجفی و سرپولکی (۱۳۹۵) انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با گروه کنترل بود و شامل ۲۴ دانش‌آموز با روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. نتایج تحقیق نشان داد که بازی درمانی شناختی رفتاری موجب کاهش پرخاشگری کودکان گروه آزمایش در هر سه مؤلفه جسمانی، رابطه‌ای

¹ Aggression

² Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD)

³ Oppositional defiant disorder (ODD)

⁴ Conduct disorder (CD)

⁵ Disruptive behavior disorder

⁶ - Furmark & et al

⁷ Skoulos & Tryon

و واکنشی شده بود. همچنین مداخله آموزشی موجب کاهش اختلال املاء در گروه آزمایش شده است. آریان پور و اسکندری (۱۳۹۵) پژوهشی تحت عنوان اثربخشی بازی درمانی گروهی بر علایم نافرمانی مقابله‌ای و اختلال رفتار در کودکان ۶ تا ۹ ساله‌ی دارای علائم بیش‌فعالی-کاستی توجه انجام دادند. در این مطالعه مداخله‌ای بیست پسر دارای علائم اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه در شهر اصفهان به طور تصادفی در گروه شاهد و مداخله جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی علایم مرضی کودکان (CSI-4) استفاده شد. گروه آزمایش، بازی‌درمانی گروهی (بازی کلمات احساسی، بازی صندلی‌ها و بازی بادکنک خشم) را در طول ۱۰ جلسه دریافت نمودند، درحالی‌که گروه شاهد هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که بازی‌درمانی گروهی بر کاهش علایم نافرمانی مقابله‌ای و اختلال رفتار در کودکان مبتلا به بیش‌فعالی تأثیر معنی‌دار داشته است. پژوهشی تحت عنوان مقایسه اثربخشی بازی درمانی و قصه درمانی در کاهش پرخاشگری کودکان دختر پیش‌دبستانی توسط اکبری و حاجی بابایی (۱۳۹۵) انجام شد. این پژوهش به صورت نیمه تجربی، با گروه آزمایش و کنترل همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و انتساب تصادفی انجام شد. بدین منظور ۵۱ نفر از کودکان دختر مقطع پیش‌دبستانی شهر مشهد پس از تکمیل پرسشنامه پرخاشگری پیش‌دبستانی توسط والدین، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۷ نفر) و یک گروه کنترل (۱۷ نفر) قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش به مدت ۱۱ جلسه، هفته‌ای دو بار، به مدت ۴۵ دقیقه تحت بازی درمانی و قصه درمانی قرار گرفتند. داده‌های جمع‌آوری شده با تحلیل کواریانس تک‌متغیری و چندمتغیری مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که بین میزان پرخاشگری گروه‌های آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشت. بدین معنی که پرخاشگری گروه‌های آزمایشی بعد از انجام بازی درمانی و قصه درمانی پایین‌تر از گروه کنترل بود. بر اساس این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که بازی درمانی و قصه درمانی به طور معناداری باعث کاهش میزان پرخاشگری کودکان دختر پیش‌دبستانی می‌شود. اما بین این روش‌ها تفاوت معناداری بر کاهش ابعاد پرخاشگری شامل کلامی، فیزیکی، رابطه‌ای و تکانشی وجود ندارد. آزادی منش، حسین خانزاده، حکیم جوادی و وطن‌خواه (۱۳۹۵) پژوهشی تحت عنوان اثربخشی بازی درمانی عروسکی بر پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه انجام دادند. مطالعه حاضر شبه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه کودکان سن ۸ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی شهر کرمانشاه بود که بر اساس شرایط ورود به پژوهش تعداد ۲۴ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس از میان مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های روان‌درمانی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزار این پژوهش شامل پرسشنامه پرخاشگری رابطه‌ای و آشکار کودکان دبستانی فرنج و همکاران (۲۰۰۲) بود. از تحلیل واریانس و آزمون تی مستقل، جهت تجزیه و تحلیل یافته‌ها استفاده شد. نتایج نشان داد که نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل در مقیاس‌های پرخاشگری کل، پرخاشگری رابطه‌ای و پرخاشگری واکنشی کاهش یافتند اما در مقیاس پرخاشگری جسمانی تفاوتی در دو گروه مشاهده نشد. عسگریان (۱۳۹۳) پژوهشی تحت عنوان اثربخشی بازی درمانی در بازداري کودکان مبتلا به اختلال سلوک انجام دادند. پژوهش شبه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل

است. جامعه آماری شامل دانش آموزان پسر سنین ۹-۱۲ ساله مبتلا به اختلال سلوک مراجعه کننده به مرکز مشاوره آموزش و پرورش ناحیه ۵ مشهد و نمونه آماری ۱۲ دانش آموز با اختلال تایید شده توسط روانپزشک بودند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند از هر دو گروه در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون، آزمون استروپ گرفته شد. گروه آزمایش ۸ جلسه بازی درمانی را دریافت نمودند. برای تجزیه و تحلیل داده ها آزمون تحلیل کوواریانس انجام گرفت نتایج نشان داد که بازی درمانی به صورت معنادار در بهبود توان بازداری کودکان مبتلا به اختلال سلوک اثربخش بوده است. بنابراین این رویکرد می تواند مداخله ای موثر در بهبود عملکرد بازداری در کودکان مبتلا به این اختلال محسوب شود. پژوهشی تحت عنوان اثربخشی بازی درمانی بر پرخاشگری و اضطراب کودکان دارای مشکلات رفتاری توسط استالماکرو ری^۱ (۲۰۱۵) انجام شد. طرح این پژوهش آزمایشی با روش پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. کودکان با روش تصادفی خوشه‌ای در دو گروه کنترل و آزمایش گمارده شدند. داده های بدست آمده با روش واریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند. یافته ها نشان دادند این روش منجر به کاهش پرخاشگری و بهبود سطح اضطراب در کودکان دارای مشکلات رفتاری در گروه آزمایش شد. آلمرایسی (۲۰۱۳) در یک مطالعه موردی فرایند درمان یک کودک ۴ ساله مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای را مورد بررسی قرار دادند. آنها گزارش کردند که رفتار کودک پس از جلسات معمول درمان که در آن زمانی برای بازی کودک با مادرش برنامه ریزی شده بود، بهبودی قابل ملاحظه ای داشت. آنها بر این باورند که برخی از کودکان به جلسات درمانی بدون ساختار که در آن می‌توانند هیجانانگیزان را ابراز کرده و بر تعامل خود با والدین تا حدی کنترل داشته باشند، بهتر پاسخ می‌دهند. اسکافر (۲۰۱۱) تاثیر بازیهای تخیلی را برای ۳۴ کودک پیش دبستانی پرخاشگر که سابقه ای از سوء رفتار یا بی توجهی جسمانی داشتند را مورد ارزیابی قرار داد. در ۱۰ جلسه بازی تخیلی، مربیان کودکان را بر می‌انگیزتند تا در بازی خیالی با عروسک‌های خیمه شب بازی و بازیهای نمایشی- اجتماعی^۲ با همسالانشان شرکت کنند. بازی نمایشی- اجتماعی شامل پذیرش نقشها و اجرای یک قطعه سناریو و داستانهایی مانند "سفری به ماه" بود. در مقایسه با گروه کنترل، رفتارهای مشارکتی با همسالان، در کودکان گروه آزمایش به طور معناداری افزایش و پرخاشگری آنها کاهش داشت. در مطالعه حاضر فرضیه پژوهشی عبارت بود از: بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر بهبود مشکلات رفتاری (پرخاشگری، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و نقص توجه-بیش فعالی) کودکان موثر می‌باشد.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. متغیر مستقل بازی درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری و متغیر وابسته مشکلات رفتاری (پرخاشگری، اختلال نافرمانی مقابله ای و اختلال نقص توجه و بیش فعالی) کودکان پسر مقطع ابتدایی می‌باشد. دیاگرام طرح پژوهش در جدول ۱ آمده است.

¹ Stulmaker & Ray

² sociodramatic

جدول ۱: دیاگرام طرح پژوهش

گروهها	گزینش تصادفی	پیش آزمون	مداخله	پس آزمون
آزمایش	R	T1	X	T2
کنترل	R	T1	--	T2

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان پسر مقطع ابتدایی شهر زرین شهر برابر با ۲۴۳۵ نفر در سال ۹۷-۱۳۹۶ بوده است. براساس نظر دلاور (۱۳۹۳) در تحقیقات آزمایشی جهت تامین اعتبار درونی و بیرونی تعداد ۳۰ نفر برای دو گروه آزمایش و کنترل کفایت می کند، ۳۰ دانش آموز از میان جامعه آماری بصورت نمونه گیری تصادفی خوشه ای چندمرحله ای انتخاب و سپس به همین شیوه در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده خواهند شد و دانش آموزان گروه آزمایش تحت درمان بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری قرار خواهند گرفت.

ابزار

مصاحبه بالینی: از این ابزار برای تشخیص بالینی مشکلات رفتاری کودکان استفاده خواهد شد. بدین صورت کودکانی که توسط معلمین مدرسه به علت مشکلات رفتاری به مشاور ارجاع داده می شوند توسط یک روان شناس متخصص کودک در مراکز مشاوره مدرسه مورد مصاحبه قرار می گیرند تا تشخیص قطعی مشکلات رفتاری را دریافت نمایند.

مقیاس درجه بندی SNAP-IV: این مقیاس توسط سوانسون، نولان و پلهام^۱ و برای کمی کردن نشانه های اختلال بیش فعالی/ نقص توجه و نافرمانی مقابله ای ساخته شده است. این مقیاس ابتدا در سال ۱۹۸۰ توسط سه مولف به نام های سوانسون نولان و پلهام بر اساس DSM ساخته و با حروف اول نام سازندگان آزمون به نام SNAP شناخته شد. همزمان با تجدید نظر در ملاک های DSM و تدوین DSM-IV مقیاس مذکور نیز بازنویسی شد و در سال ۲۰۰۱ منتشر گردید. فرم کوتاه این مقیاس دارای ۳۰ آیتم بوده که ۲۰ سوال نخست برای تشخیص اختلال ADHD و ۱۰ آیتم دیگر برای تشخیص اختلال نافرمانی مقابله ای به کار می رود. مطالعات همسانی درونی این مقیاس را خوب تا عالی گزارش کرده اند. تحلیل عاملی نشان داده است که این مقیاس از سه عامل تشکیل شده است. این سه عامل عبارتند از: نقص توجه، بیش فعالی/ تکانشگری و اختلال نافرمانی مقابله ای (بتیش^۲، ۲۰۰۷). در ایران نیز هوشیاری در سال ۱۳۸۴ این مقیاس را بر روی کودکان ۷-۱۲ سال شهر تهران هنجاریابی نمود. یافته های این پژوهش نشان داد روایی ملاکی آزمون ۰/۴۸ است و ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و دونیمه کردن ۰/۷۶ می باشد. همچنین صدر السادات در سال ۱۳۸۹ فرم معلم این مقیاس را بر روی دانش آموزان شهر تهران هنجاریابی کردند و بر اساس آن ضریب روایی ملاکی آزمون ۰/۵۵، ضریب پایایی به روش بازآزمون برابر با ۰/۸۸، آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و ضریب حاصل از دو نیمه کردن ۰/۷۳ بود. روایی محتوا نیز مورد تأیید متخصصان قرار گرفت (محمدی، ۱۳۸۹). در این پژوهش از فرم والدین مقیاس درجه بندی SNAP-IV استفاده خواهد شد.

¹ Swanson, Nolan & Pelham

² Bathiche

ارزیابی مشکلات رفتاری راتر^۱ فرم والدین: راتر (۱۹۶۴) این پرسشنامه را برای تشخیص اختلالات رفتاری کودکان طراحی نمودند. پرسشنامه توسط والدین کودک (ترجیحاً مادر) تکمیل می‌گردد که بدون وجود ابزار خاص رفتار کودکشان را در ۱۲ ماه گذشته مدنظر قرار داده و سؤالات لازم را پاسخ می‌دهند. در مقابل هر یک از ماده‌های پرسشنامه عدد ۱، ۰ نوشته شده است. روش نمره‌گذاری به این صورت است که اگر عبارتی در مورد کودک صدق می‌کند و بیانگر رفتار اوست عدد ۲ (بیانگر اختلال رفتاری آن ماده مخصوص بوده و کودک علامت اختلال را بطور کامل دارد) اگر عبارت فقط تا حدی در باره رفتار معرف کودک باشد عدد ۱ (به این معنی است که آن ماده خاص تا حدودی درباره کودک صدق می‌کند) و اگر ماده مذکور اصلاً درباره رفتار کودک صادق نباشد عدد ۰ را می‌گیرد (کودک مشمول موضوع آن عبارت نمی‌شود و اصلاً "علائم اختلال رفتاری در وی مشاهده نمی‌شود) پایایی و روایی این پرسشنامه به بررسی‌های متعددی در ایران و سایر کشورها مورد قابلیت اعتبار بالایی قرار گرفته که اکثریت آن‌ها ضریب اطمینان بالایی را نشان می‌دهد. راتر پایایی این آزمون را به روش بازآزمایی به فاصله دو ماه ۰/۷۴ گزارش نمودند. مطالعات انجام شده در داخل کشور کرمی (۱۳۷۳) در پژوهشی روی ۶۰ نفر دختر و پسر فرم والدین را با ارزیابی روانپزشک مقایسه نمود. حساسیت آزمون برابر با ۰/۹۷ بود. اعتبار آزمون نیز از طریق موافقت پرسشنامه و تشخیص روانپزشک در پژوهش مذکور ارزیابی گردید. از ۳۶ کودکی که توسط پرسشنامه و تشخیص روانپزشک ارجاع شدند ۳۴ نفر بیمار و ۲ نفر سالم بودند. نتیجه این پژوهش نشان داد که میزان موافقت بین نظر روانپزشک و پرسشنامه بالاست. همچنین پایایی آزمون والدی بر روی ۳۶ نفر از افراد نمونه را ۰/۹۲ گزارش کرده اند (سعادت و قمرانی، ۱۳۹۳).

^۱ Rutter

بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری

جدول ۲: خلاصه جلسات روش بازی درمانی شناختی - رفتاری

تواتر جلسات	شرح فعالیتهای هر جلسه
جلسه اول	در این جلسه هدف این است که کودک با درمانگر و اتاق بازی آشنا شود. درمانگر کودک را به سوی بررسی لوازم و اسباب بازیهای اتاق راهنمایی می‌کند و در عین حال برقراری رابطه ای گرم مدنظر است. در این جلسه کودک می‌تواند هر بازی که خواست انجام دهد و درباره هر چه که می‌خواهد، صحبت کند. همچنین درمانگر، هدف از تشکیل این جلسات را به زبانی ساده، برای کودک بیان می‌کند.
جلسه دوم	یکی از اهداف این جلسه سازگاری بیشتر کودک با محیط است، به طوری که بتواند در این محیط احساس امنیت کند. در این جلسه درمانگر از کودک می‌خواهد که درباره دنیای خود فکر کرده و آنرا بر روی کاغذ نقاشی کند. سپس از وی خواسته می‌شود که درباره آنچه کشیده صحبت کند. کودک از این طریق می‌تواند تصویری نمادین از محیط خود به وجود آورد و موقعیت خود را در این محیط بشناسد. همچنین به کودک کمک می‌کند تا احساسات شدید و سرکوب شده خود را از این طریق بیان کرده و هیجانات منفی خویش را تجربه و آزمون کند. به علاوه نقاشی کردن به کودک کمک می‌کند تا نسبت به وقایع تجربه شده زندگی اش احساس تسلط کند.
جلسه سوم	هدف این جلسه نزدیک شدن به احساسات کودک است و در جریان بازیهایی که انجام می‌شود، درمانگر با پرسیدن سوالاتی در مورد احساس و فکر کودک به این هدف نزدیک می‌شود. در این جلسه درمانگر بیشتر در بازی کودک وارد می‌شود. فعالیت اصلی در این جلسه، کار با گل است و از کودک خواسته می‌شود که با گل شکلی بسازد که بیان کننده حالت و احساسات درونی اوست. گاهی درمانگر می‌تواند با شکل دادن به یک تکه گِل و صحبت درباره آن برای کودک یک الگو باشد. کار با گل به کودک کمک می‌کند که احساساتش را بر روی گل برون افکنی کرده و احساسات و مسایل درونی اش را بشناسد.
جلسه چهارم	در این جلسه نیز هدف، شناخت احساسات، به ویژه احساسات منفی در ارتباط با دیگران و ابراز آنهاست. در این جلسه از حیوانات کوچک عروسکی برای بازی استفاده شد. در جریان بازی با حیوانات کوچک عروسکی، درمانگر کودک را به تمرکز بر روی روابط مهم در زندگی اش و می‌دارد و از او می‌خواهد که قصه ای در این زمینه برایش بگوید و از این طریق به کودک در شناسایی مسایل مهم کمک کرده و به وی اجازه می‌دهد تا هیجانهای برخاسته از قصه اش را تجربه کند. بدین ترتیب کودک از نوع روابطی که با دیگران دارد، از موقعیت خود در این ارتباطات و احساسات خود در رابطه با دیگران آگاه می‌شود و به جستجوی راه حل‌های اجتماعی برای حل این مسایل تشویق می‌شود.
جلسه پنجم	در این جلسه که نخستین جلسه درمان گروهی است. پس از آشنا ساختن اعضا گروه با یکدیگر به منظور ایجاد احساس تعلق و امنیت در کودکان، مجدداً از گل برای بازی استفاده شد. کار با گل می‌تواند هم در درمانهای فردی و هم در درمانهای گروهی به کار رود. در این جلسه درمانگر از هر کودک می‌خواهد تا شکلی بسازد که دیگر کودکان گروه از احساسی که او در این لحظه دارد، آگاه شوند. یا شکلی بسازند که نمایانگر خود او باشد. سپس درمانگر از کودکان می‌خواهد که به مجسمه یک نفر نگاه کرده و درباره آن صحبت کنند و بدین ترتیب تعامل میان کودکان گروه تشویق می‌شود.
جلسه ششم تا هشتم	هدف اصلی این جلسات گسترش مهارتهای حل مساله و تصمیم گیری و یادگیری رفتارهای مثبت به جای رفتارهای نکانشی است. بدین منظور از عروسک‌های خیمه شب بازی که ابزارهای مناسبی برای اجرای نمایش‌های عروسکی اند، استفاده شد و نمایشهایی ترتیب داده می‌شد که کودکان خود نقش‌های آن را ایفا می‌کردند. محتوای نمایشها، مسایل و مشکلات اجتماعی ای که کودکان معمولاً با آن درگیر هستند و شیوه حل این مشکلات و تصمیم گیری در مورد بهترین راه حل ممکن را در بر می‌گرفت و شامل موقعیت‌هایی بود که لازم می‌شد هر کودک با عروسک خود واکنش نشان دهد. قبول یا عدم قبول این واکنش از سوی عروسک مقابل سبب می‌شد که کودک به طور غیر مستقیم مناسب بودن یا نبودن رفتار اجتماعی خود را بررسی کرده و راه‌های بهتری برای مسایل پیدا کند. در این جلسات ارتباط کلامی بیشتر می‌شود، شناخت‌های کودک درگیر می‌شوند و کودک فعالانه در فرایند حل مسایلش درگیر می‌شود.
جلسه نهم تا دهم	هدف این جلسات، بیان آزاد احساسات کودک نسبت به درمان است. در این جلسات، چند بازی و نمایش متفاوت با شرکت عروسکها و یا خود کودکان و همچنین ایفای نقشهای متفاوت، به منظور تعمیم آموخته‌های کودکان به شرایط و موقعیت‌های متفاوت و افزایش حس اعتماد به نفس در آنها، انجام می‌شود. برای کودکان توضیح داده می‌شود که فعالیت‌هایی که در این جلسات انجام شد، چه هدفی را دنبال می‌کرده است و مهارتهایی که کودکان در طی این جلسات کسب کرده اند مجدداً به بیانی ساده و با ارایه مثالهای مختلف و یادآوری بازیهایی که در این زمینه انجام شد، مرور می‌شود و بدین ترتیب کودک برای ترک فضای درمان آماده می‌شود. بسیار مهم است که کودک احساس نکند، رها شده است. مسایل اخلاقی مستلزم این است که مطالعات و درمان به مراجع صدمه نزنند و نیازهای وی به بهترین شکل ممکن در نظر گرفته شود.

یافته ها

آماره های توصیفی گروه ها از لحاظ متغیرهای وابسته پژوهش که شامل توجه، مهارت گوش دادن و مهارت های کلامی می باشد، در جداول (۴-۱ تا ۴-۳) ارائه شده است. ابتدا به بررسی شاخص های توصیفی پژوهش پرداخته می شود که در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص های توصیفی عملکرد توجه (تکمیل تصاویر و محاسبات) دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش و پس آزمون

مغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین
پرخاشگری	آزمایش	۱۵	۱۵/۴۶	۱/۱۸	۱۱/۹۳
	کنترل	۱۵	۱۵/۹۳	۱/۳۸	۱۵/۶
نافرمانی مقابله ای	آزمایش	۱۵	۸/۴۶	۱/۰۶	۵/۷۳
	کنترل	۱۵	۸/۴۰	۰/۹۸	۸/۵۳
نقص توجه و بیش فعالی	آزمایش	۱۵	۲۹/۱۳	۱/۹۹	۱۹/۱۳
	کنترل	۱۵	۲۹/۳۳	۱/۷۹	۲۹

با بررسی جدول ۲ مشخص می گردد که در مرحله پس آزمون نمرات میانگین متغیرهای پرخاشگری، نافرمانی مقابله ای و نقص توجه - بیش فعالی کاهش و بهبود داشته است. حال باید معناداری تغییر نمرات را با آزمون های مربوطه مورد تحلیل قرار داد.

بررسی پیش فرض ها

نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز برای جمعیت زیر ۲۰۰ نفر در مورد پیش فرض نرمال بودن نمرات کلیه متغیرها در جامعه، در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز گروه آزمایش در مورد پیش فرض نرمال بودن نمرات در مرحله پیش و پس آزمون

شاپیرو-ویلکز

مرحله	متغیر	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
پیش آزمون	پرخاشگری	۰/۸۹	۱۵	۰/۰۹
	نافرمانی مقابله ای	۰/۸۹	۱۵	۰/۰۸
پس آزمون	نقص توجه-بیش فعالی	۰/۹۳	۱۵	۰/۳۳
	پرخاشگری	۰/۹۲	۱۵	۰/۲۰
	نافرمانی مقابله ای	۰/۹۲	۱۵	۰/۲۶
	نقص توجه-بیش فعالی	۰/۹۷	۱۵	۰/۳۵

جدول ۴: نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز گروه کنترل در مورد پیش فرض نرمال بودن نمرات در مرحله پیش و پس آزمون

شاپیرو-ویلکز

مرحله	متغیر	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
پیش آزمون	پرخاشگری	۰/۸۹	۱۵	۰/۰۷
	نافرمانی مقابله ای	۰/۸۹	۱۵	۰/۰۸
پس آزمون	نقص توجه-بیش فعالی	۰/۹۲	۱۵	۰/۲۲
	پرخاشگری	۰/۹۲	۱۵	۰/۲۰
	نافرمانی مقابله ای	۰/۸۹	۱۵	۰/۰۸
	نقص توجه-بیش فعالی	۰/۹۳	۱۵	۰/۳۵

با توجه به نتایج جداول فوق، توزیع نمرات در مراحل پیش و پس آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ برای همه خرده مقیاس ها نرمال بوده و لذا می توان از آزمون های پارامتریک استفاده نمود.

جدول ۵: آزمون باکس برای بررسی پیش فرض های یکسانی ماتریس کواریانس ها

آزمون باکس	نمره f	سطح معنی داری
۱۳/۲۲۸	۱/۹۴۶	۰/۰۷

با بررسی جدول فوق مشخص می گردد، شرط یکسانی ماتریس کواریانس ها رعایت گردیده و با رعایت سایر پیش فرض ها آزمون F با محدودیتی روبرو نمی باشد. بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر بهبود مشکلات رفتاری (پرخاشگری، اختلال نافرمانی مقابله ای و بیش فعالی) کودکان موثر می باشد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر بهبود مشکلات رفتاری (پرخاشگری، اختلال نافرمانی مقابله ای و بیش فعالی)

متغیر	شاخص آماری	ارزش	F	Df1	Df2	sig	اندازه اثر	توان آزمون
گروه بندی	اثر پیلائی	۰/۹۳	۱۰۱/۸۶۵	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۰۷	۱۰۱/۸۶۵	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱
	اثر هتلینگ	۱۳/۲۸۷	۱۰۱/۸۶۵	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱
	بزرگترین ریشه روی	۱۳/۲۸۷	۱۰۱/۸۶۵	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱

بر اساس نتایج بدست آمده در تحلیل کواریانس ($P=0/001, F(3,23)=101/865$) باید اذعان داشت که این روش آموزشی بر حداقل یکی از متغیرها تأثیر مثبت و معناداری دارد ($P<0/05$)، بنابراین برای بررسی این معناداری، به تحلیل کواریانس تک متغیره پرداخته می شود که خلاصه نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره جهت بررسی اثرات کاربردی آزمایشی بر بهبود مشکلات رفتاری (پرخاشگری، اختلال نافرمانی مقابله ای و بیش فعالی)

منبع	متغیر	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	sig	اندازه اثر	توان آزمون
گروه	پرخاشگری	۹۰/۷۴۰	۱	۹۰/۷۴۰	۷۴/۵۹۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱
	نافرمانی مقابله ای	۵۲/۱۵۹	۱	۵۲/۱۵۹	۵۴/۷۶۸	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱
	نقص توجه-بیش فعالی	۷۰۳/۵۷۶	۱	۷۰۳/۵۷۶	۲۹۲/۰۷۷	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱
خطا	پرخاشگری	۳۰/۴۱۲	۲۵	۱/۲۱۶				
	نافرمانی مقابله ای	۲۳/۸۰۹	۲۵	۰/۹۵۲				
	نقص توجه-بیش فعالی	۶۰/۲۲۲	۲۵	۲/۴۰۹				
کل	پرخاشگری	۵۸۵۸	۳۰					
	نافرمانی مقابله ای	۱۶۱۶	۳۰					
	نقص توجه-بیش فعالی	۱۸۱۹۴	۳۰					

همانطور که جدول ۶ نشان می دهد مداخله بازی درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری توانسته منجر به بهبود معنادار عملکرد در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون گردد. متغیر مستقل در متغیرهای وابسته پرخاشگری، نافرمانی مقابله ای و نقص توجه-بیش فعالی به ترتیب ۷۴، ۶۸ و ۹۲ درصد واریانس تغییرات را تبیین می نماید. توان آماری در هر سه متغیر گویای کفایت حجم نمونه در استفاده از تحلیل ها را دارد.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر مشکلات رفتاری (پرخاشگری، اختلال نافرمانی مقابله ای و اختلال نقص توجه-بیش فعالی) در دانش آموزان پسر مقطع دبستان شهر زرین شهر اجرا

شد. برای انجام این پژوهش پس از کسب موافقت والدین و اولیاء مدرسه، در مورد شرکت کودکان در جلسات درمان، با معلمان و روان‌شناسان این مدارس مصاحبه به عمل آمد و با توجه به ملاک‌های DSM-5، دانش آموزان دارای اختلالات رفتاری معرفی شدند. سپس برای کودکان مورد نظر، پرسشنامه SNAP-IV و مشکلات رفتاری راتر کودکان تکمیل گردید. پس از نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها، کودکانی که بر اساس نتایج بدست آمده، ملاکهای DSM-5 برای پرخاشگری، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی را داشتند، شناسایی شده و از بین آنها ۳۰ نفر به تصادف انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل). سپس کودکان گروه آزمایش در ۱۰ جلسه یک ساعته بازی درمانی شرکت کردند. یافته‌های پژوهش نشان دهنده تایید فرضیه‌های پژوهش در اثربخشی برنامه درمانی بوده است و بیانگر این است که بازی درمانی باعث کاهش نشانه‌های پرخاشگری، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در کودکان شده است. بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر بهبود مشکلات رفتاری (پرخاشگری، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و بیش‌فعالی) کودکان موثر می‌باشد. همانطور که جداول پیشین نشان داده شد مداخله بازی درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری توانسته منجر به بهبود معنادار عملکرد در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون گردد. متغیر مستقل در متغیرهای وابسته‌ی پرخاشگری، نافرمانی مقابله‌ای و نقص توجه-بیش‌فعالی به ترتیب ۷۴، ۶۸ و ۹۲ درصد واریانس تغییرات را تبیین می‌نماید. که همسوی با یافته‌های پژوهشی اکبری و حاجی بابایی (۱۳۹۵)، آزادی منش، حسین خانزاده، حکیم جوادی و وطن خواه (۱۳۹۵)؛ شهبازی راد، محمدی و منظر (۱۳۹۴)؛ صریحی، پورنسایی و نیک اخلاق (۱۳۹۴)؛ کهریزی، مومنی و مرادی (۱۳۹۳)؛ استالماکرو ری (۲۰۱۵)؛ آل‌مرایسی (۲۰۱۳)؛ مایر، سلیم پور، گری و منون (۲۰۱۱)؛ کینسوردی و گرزا (۲۰۱۰) و تیگز (۲۰۱۰) می‌باشد. در تبیین یافته‌های پژوهشی فوق باید اذعان داشت که کودکان به دلیل پایین بودن سطح تفکر انتزاعی، قادر به بیان هیجانات و احساسات خود نیستند، سرکوب و عدم مهارت در بیان احساسات به ویژه از نوع منفی آن بهداشت روانی کودک را به مخاطره می‌اندازد. لذا بازی ابزاری است که کودک به کمک آن خود را بیان می‌کند. بازی درمانی عبارت است از یک ارتباط جاری بین یک درمانگر آموزش دیده و یک کودک که مشکلات رفتاری و هیجانی دارد، با استفاده از فعالیت‌های متنوع و مختلف در بازی که منجر به ایجاد تغییرات درمانی در مراجع می‌گردد. بازی درمانی کاری خلاقانه در روان‌درمانی کودک است. پژوهشگران عمده‌ترین ویژگی بازی را لذت بخش بودن آن می‌دانند. 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 و احساساتشان را بهتر نشان دهند. از آنجا که بازی برای کودکان همانند کلام برای بزرگسالان است، وسیله‌ای است برای بیان احساسات، برقراری روابط، توصیف تجربیات، آشکار کردن آرزوها و خودشکوفایی، و از طرفی باعث ارتباط افکار درونی کودک با دنیای خارجی کودک می‌شود. در فرایند بازی درمانی طبیعت کودکان به صورت بیانی معنی می‌شود و روشی است برای مقابله با استرس‌های هیجانی و همچنین برای کودکانی که دچار آشفتگی‌هایی هستند، آموخته می‌شود. این تکنیک به کودکان اجازه می‌دهد مسائلی را که نمی‌توانند در محیط اطرافشان مطرح نمایند، در قالب بازی ارائه دهند و هیجانات منفی خود را نمایان سازند. شافر به نقل

از تامپسون و رودلف (۲۰۰۸) در خصوص اثرات بازی درمانی بر کودکان، معتقد است که در هم شکستن مقاومت در کودک، ایجاد لیاقت و توانایی، پلایش، تفکر خلاق، تخلیه هیجانی، ایفای نقش، خیال پرداری، آموزش نمادین، ایجاد و ارتقای رابطه و دلبستگی، هیجان مثبت و غلبه بر ترس های مربوط به دوران رشد از فواید بازی درمانی برای کودک می باشد. بازی درمانی یک شیوه موثر برای کاهش رفتارهای مخرب و تکانشی کودکان در طول زمان است (آلتی، ۲۰۰۵). بازی با نقش درمانی خود فرصتی را برای کودک فراهم می آورد تا بتواند نگرانی ها و نارضایتی هایش از محیط را تخلیه و عواطفش را بیان کند. بازی درمانی هم چنین نقش پالاینده روانی 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. پژوهش هایی درباره کارآمدی بازی درمانی روی اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان انجام گرفته است که از آن جمله می توان به مطالعات اکبری و حاجی بابایی (۱۳۹۵)، آزادی منش، حسین خانزاده، حکیم جوادی و وطن خواه (۱۳۹۵) و استالماکرو ری (۲۰۱۵) اشاره کرد. اکبری و حاجی بابایی (۱۳۹۵) در پژوهشی تحت عنوان مقایسه اثربخشی بازی درمانی و قصه درمانی در کاهش پرخاشگری کودکان دختر پیش دبستانی نشان دادند که بین میزان پرخاشگری گروه های آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشت. بدین معنی که پرخاشگری گروه های آزمایشی بعد از انجام بازی درمانی و قصه درمانی پایین تر از گروه کنترل بود. بر اساس این پژوهش می توان نتیجه گرفت که بازی درمانی و قصه درمانی به طور معناداری باعث کاهش میزان پرخاشگری کودکان دختر پیش دبستانی می شود. اما بین این روش ها تفاوت معناداری بر کاهش ابعاد پرخاشگری شامل کلامی، فیزیکی، رابطه ای و تکانشی وجود ندارد. همچنین آزادی منش، حسین خانزاده، حکیم جوادی و وطن خواه (۱۳۹۵) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی بازی درمانی عروسکی بر پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی / نارسایی توجه نشان دادند که نمرات گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به گروه کنترل در مقیاسهای پرخاشگری کل، پرخاشگری رابطه ای و پرخاشگری واکنشی کاهش یافتند اما در مقیاس پرخاشگری جسمانی تفاوتی در دو گروه مشاهده نشد. ضمن اینکه در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی بازی درمانی بر پرخاشگری و اضطراب کودکان دارای مشکلات رفتاری توسط استالماکرو ری (۲۰۱۵) نشان داده شد که این روش منجر به کاهش پرخاشگری و بهبود سطح اضطراب در کودکان دارای مشکلات رفتاری در گروه آزمایش شد. چون کودکان هنوز به تفکر انتزاعی دست نیافته اند تا بتوانند به بیان هیجانات و احساسات پردازند، بنابراین باید به دنبال راهی بود تا کودکان به وسیله آن هیجانات و احساسات مثبت و منفی خود را نمایان سازند تا بتوان به چرایی رفتار آنان پی برد. از آنجا که بازی برای کودکان همانند کلام برای بزرگسالان است، بنابراین وسیله ای است برای بیان احساسات، برقراری روابط، توصیف تجربیات، آشکار کردن آرزوها و خودشکوفایی، و از طرفی باعث ارتباط افکار درونی کودک با دنیای خارجی وی می شود. نکته قابل توجه اینکه کودکان در جریان بازی درمانی هیجانات منفی خود نسبت به محیط خود را به سطح قابل مشاهده انتقال میدهند و درمانگر با مشاهده این رفتارهای آشکار (که در قالب بازی نمایان می شود) به مشکلات درونی و دل مشغولی های ذهنی وی پی می برد. نقش بازی درمانی تنها در به سطح آوری مشکلات درونی کودکان خلاصه نمی گردد. چنانکه وقتی درمانگر با یک کودک دارای اختلالات رفتاری مواجه می گردد علت ها و یا فرضیه های مختلفی را می تواند برای چرایی و ریشه این مشکلات متصور گردد که این

فرضیات با انتخاب نوع اسباب بازی، شیوه و محتوای سخنان کودک با اسباب بازی یا گروه حالت منسجم تری را برای تشخیص پیدا می‌کند. وقتی کودکی به بیان مشکلات و چرایی آنها به زبان نمادین می‌پردازد این ظرفیت در وی به وجود می‌آید که با پذیرش اصول جدید به بازاندهی افکار خود بپردازد و از طرفی با بکارگیری راه‌های جایگزین منسجم و جامع‌تر با مسئله چالش برانگیز جدید روبرو گردد. از این روست که بازی درمانی قدرت حل مسئله را در کودکان افزایش می‌دهد. کودکان در جریان بازی درمانی تجربه‌های سخت و آسیب‌زای گذشته را در بازی‌های خود دوباره به نمایش می‌گذارند تا درک درست‌تری از آن‌ها به دست آورند و بتوانند تسلط بیشتری بر آینده داشته باشند. همچنین می‌آموزند که چگونه روابط و کشمکش‌های شان را با شیوه‌های بهتری مدیریت کنند. بازی درمانی می‌تواند نتایج کلی، مانند کاهش اضطراب و افزایش اعتماد به نفس یا نتایج خاص، همچون تغییر رفتار و بهبود روابط با اعضای خانواده و دوستان داشته باشد. به نحوی که در این راستا صریحی، پورنسایی و نیک اخلاق (۱۳۹۴) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی بازی درمانی گروهی بر مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی نشان دادند که میانگین نمرات مشکلات رفتاری در گروه آزمایش، کاهش معنی‌داری در مرحله پس‌آزمون، نسبت به گروه کنترل داشته است. یافته‌های پژوهش حاکی از اثربخشی بازی درمانی گروهی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان سنین پیش دبستانی است. همچنین آلمرایسی (۲۰۱۳) در یک مطالعه موردی فرایند درمان یک کودک ۴ ساله مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای را مورد بررسی قرار داد. آنها گزارش کردند که رفتار کودک پس از جلسات معمول درمان که در آن زمانی برای بازی کودک با مادرش برنامه‌ریزی شده بود، بهبودی قابل ملاحظه‌ای داشت. آنها بر این باورند که برخی از کودکان به جلسات درمانی بدون ساختار که در آن می‌توانند هیجان‌اتشان را ابراز کرده و بر تعامل خود با والدین تا حدی کنترل داشته باشند، بهتر پاسخ می‌دهند.

منابع

- آزادی منش، پگاه؛ حسین خانزاده، عباسعلی؛ حکیم جوادی، منصور و وطن خواه، محمد. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی عروسکی بر پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه. *مجله پزشکی ارومیه*، دوره بیست و هشتم، شماره دوم، صص ۸۳-۹۰.
- آریان پور، سعید و اسکندری، آرزو. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی گروهی بر علائم نافرمانی مقابله‌ای و اختلال رفتار در کودکان ۶ تا ۹ ساله‌ی دارای علائم بیش‌فعالی-کاستی توجه. *مجله پرستاری کودکان*، جلد دوم، شماره ۴، صص ۴۴-۵۰.
- اکبری، ساناز و حاجی اربابی، فاطمه. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی بازی درمانی و قصه درمانی در کاهش پرخاشگری کودکان دختر پیش دبستانی، *چهارمین همایش ملی مشاوره و سلامت روان، قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان*.
- سعادت، الهام و قمرانی، امیر. (۱۳۹۳). *رابطه احساس گرفتاری و فقدان لذت جویی در مادران دارای کودکان با مشکلات رفتاری*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان.
- شیشه فر، سپیده؛ عطاریان، فائزه؛ کارگربرزی، حمید؛ درویش نارنج بن، سپیده و محمدلو، هادی. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی با بازی درمانی شناختی-رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی کودکان با اختلالات رفتار ایدایی. *فصلنامه کودکان استثنایی*، سال هفدهم، شماره ۴، صص ۸۷-۱۰۰.
- عسکریان، سمیه. (۱۳۹۳). *اثربخشی بازی درمانی در بازداری کودکان مبتلا به اختلال سلوک، نخستین همایش ملی علوم تربیتی و روان‌شناسی، مرودشت، شرکت اندیشه سازان مبتکر جوان*.
- گنجی، کامران؛ ذبیحی، رزیتا؛ خدابخش، روشنک و کراسکیان، آدیس. (۱۳۹۰). تأثیر بازی درمانگری کودک محور بر کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، سال سوم، شماره ۴، صص ۳۱-۵۰.

نجفی، محمود و سرپولکی، بیتا. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر پرخاشگری و اختلال املاء در کودکان دبستانی. *روانشناسی افراد استثنایی*، دوره ۶، شماره ۲۱، صص ۱۱۷-۱۰۱.

- Almeraisi, M.J. (2013). Effectiveness of Cognitive- Behavioral Play Therapy with Children Who Have Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Dissertation of Doctor of Psychology. Alliant International University.
- Baskerville, T. A., & Douglas, A. J. (2010). Dopamine and oxytocin interactions underlying behaviors: potential contributions to behavioral disorders. *CNS neuroscience & therapeutics*, 16(3).
- Bathiche, M. (2007). The Prevalence of ADHD Symptoms in a Culturally Diverse and Developing Country, Lebanon. Dissertation of Doctor of Philosophy. McGill University.
- Bradley, M. C., Mandell, D. (2015). Oppositional defiant disorder: A systematic review of evidence of intervention effectiveness. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 343-365.
- Furmark, T., Carlbring, P., Hammer, S., Wahlgren, I., Ekselius, L., Eriksson, E., & Andersson, G. (2014). Effects of serotonin transporter and tryptophan hydroxylase-2 gene variation on the response to cognitive-behavior therapy in patients with social anxiety disorder. In 65th Annual Convention of the Society of Biological Psychiatry, May 20-22 2010, New Orleans (Vol. 67, No. 9, pp. 114S-114S).
- Landreth, G. L. (2011). *Play therapy: The art of the relationship*. Routledge.
- Matthys, W., & Lochman, J. E. (2015). Social problem solving in aggressive children. *Social problem solving and offending*, 51-66.
- Meyer L, Salimpoor N, Geary C, Menon V.(2011). Differential Contribution of specific working memory components to mathematical achievement in 2nd and 3rd graders. *Learn Individl Differ* 2011; 20: 101-9.
- Schumann, C. E.(2014). *Play therapy for preschool children*. American psychological associations publication.
- Schaefer, C.E. (2010). *Play therapy for preschool children*. American Psychological Association's Publication.
- Snow, M. S., Buckley, M. R., & Williams, S. C. (1999). Case study using Adlerian play therapy. *Individual Psychology*, 55(3), 328.
- Stulmaker HL, Ray DC.(2015). Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Children Youth Serv Rev* 2015; 57: 127-33.
- Swanson, J. M., Nolan, S., Pelham, M. M.,(1980). Categorical and Dimensional Definitions and Evaluations of Symptoms of ADHD: History of the SNAP and the SWAN Rating Scales. *The International journal of educational and psychological assessment*, 10(1), 51.
- Tiggs, P.L. (2010). *Play Therapy Techniques for African American Elementary School-Aged Children Diagnosed with Oppositional Defiant Disorders*. Dissertation of Doctor of Philosophy, Capella University.