

## The Effectiveness of Play Therapy on Symptoms of Emotional, Behavioral and Problem-Solving Skills in Foster Care Children

Sakineh Jalali Dizaji\*<sup>1</sup>, Parviz Karimi Sani<sup>2</sup>

### Article Info:

#### Article History:

Received: 12/13/2017

Accepted: 06/21/2018

Published: 09/21/2018

#### Keywords:

Play Therapy

Emotion

Behavior

Problem-Solving

### Abstract

**Background and Objectives:** Play is defined as any type of targeted physical or mental activity which is done individually or in group and develops children needs. This study aimed at effectiveness of play therapy on symptoms of emotional, behavioral and problem-solving skills in children in foster care centers.

**Material and Methods:** The study population included all 7-10 years old children (a total of 1284) residing in foster care centers in Tabriz in 2017. A sample of 30 was selected by convenience-random method and were divided in to experimental and control groups equally (15 in each group). The research tools included play therapy package, computer-based problem-solving test, and Children's Symptoms Questionnaire scale. Experimental group received 10 play therapy sessions according to Hansen, Meissler, and Ovens protocol but control group received no intervention. The scale of the problem and components hyperactivity, conduct, behavior, disease, generalized anxiety, phobia, obsessive-compulsive, post-traumatic stress and tick scale was Children's Symptoms Questionnaire scale. The experimental group received 8 sessions each individually.

**Results:** Analysis of the data showed that play therapy promotes problem-solving, reduces hyperactivity, conduct, abnormal behavior, generalized anxiety, phobia and tics ( $P < 0.001$ ), but it had no significant impact on the obsessive-compulsive disorder of the subjects ( $P > 0.005$ ).

**Conclusion:** It can be concluded that play therapy is an effective method for behavioral and emotional disorders and improves problem-solving performance.

**Citation:** Jalali-Dizaji S, Karimi-Sani P. The Effectiveness of Play Therapy on Symptoms of Emotional, Behavioral and Problem-Solving Skills in Foster Care Children. *Depiction of Health* 2018; 9(2): 116-124.

1. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Azad University, Shabestar Branch, Iran (Email: [tjalaly@yahoo.com](mailto:tjalaly@yahoo.com))

2. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Azad University, Shabestar Branch, Iran



## اثربخشی بازی‌درمانی بر نشانگان هیجانی رفتاری و مهارت‌های حل مسئله در کودکان مراکز شبه‌خانواده

سکینه جلالی‌دیزجی<sup>۱\*</sup>، پرویز کریمی‌ثانی<sup>۲</sup>

### چکیده

**زمینه و اهداف:** بازی به‌هرگونه فعالیت جسمی یا ذهنی هدف‌دار که به‌صورت فردی یا گروهی انجام پذیرد و موجب بروز نیازهای کودک شود، گفته می‌شود. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی بازی‌درمانی بر نشانگان هیجانی-رفتاری و مهارت‌های حل مسئله در کودکان مراکز شبه‌خانواده انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** جامعه آماری شامل کلیه کودکان ۷ تا ۱۰ ساله ساکن مراکز شبه‌خانواده شهر تبریز در سال ۱۳۹۵ بودند، که تعداد آنها ۱۲۸۴ نفر بود. نمونه پژوهش ۳۰ نفر از جامعه آماری بود، که به‌صورت در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش شامل پکیج بازی‌درمانی، آزمون کامپیوتری حل مسئله و مقیاس علائم مرضی کودکان بود. گروه آزمایش ۱۰ جلسه بازی‌درمانی طبق پروتکل هانسن، میسلر و اوونز دریافت نمودند، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند.

**یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها نشان داد که بازی‌درمانی باعث ارتقای حل مسئله، و کاهش بیش‌فعالی، سلوک، رفتار مرضی، اضطراب تعمیم‌یافته، ترس مرضی و تیک می‌شود ( $P < 0.001$ )، اما در وسواس آزمودنی‌ها تاثیری نداشته است ( $P > 0.005$ ).

**نتیجه‌گیری:** بنابراین طبق یافته‌های پژوهش نتیجه می‌شود که بازی‌درمانی یک روش مؤثر برای کاهش اختلالات هیجانی-رفتاری و بهبود عملکرد حل مسئله می‌باشد.

**کلیدواژه‌ها:** بازی‌درمانی، هیجان، رفتار، حل مسئله

نحوه استناد به این مقاله: جلالی‌دیزجی س، کریمی‌ثانی پ. اثربخشی بازی‌درمانی بر نشانگان هیجانی-رفتاری و مهارت‌های حل مسئله در کودکان مراکز شبه‌خانواده ۱۳۹۷؛ ۹(۲): ۱۲۴-۱۱۶.

<sup>۱</sup> گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد، واحد شبستر، ایران (Email: tjalaly@yahoo.com)

<sup>۲</sup> گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد، واحد شبستر، ایران

تحول روانی در چارچوب تحول شناختی، عاطفی و رفتاری تغییراتی صورت می‌گیرد که ریشه‌های اولیه رفتارهای مشکل را تقویت می‌کنند و همچنین موجب استمرار و تکرار رفتارهای مشکل می‌گردد (۵).

در این راستا، بازی‌درمانی یکی از روش‌های است که باعث کاهش مشکلات هیجانی-رفتاری در کودکان می‌شود (۶ و ۷). پژوهش نصرت‌آبادی و همکاران (۸) نشان داد که بازی‌درمانی منجر به کاهش اضطراب بیماران بستری مبتلا به اختلال خلقی نمی‌شود. در پژوهشی کیم (Kim) و اومیزو (Omizo) (۹) به بررسی تاثیر بازی‌درمانی کودک‌محور بر روی دو کودک مقطع ابتدایی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی به مدت ۱۲ جلسه پرداختند که نتایج به دست آمده حاکی از کاهش نشانگان نقص توجه/بیش-فعالی پس از پایان جلسات درمانی بوده است. ری (Ray) و همکاران (۱۰) اثربخشی بازی‌درمانی را بر روی ۶۰ کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی در ۱۶ جلسه مورد بررسی قرار دادند. نتایج به دست آمده کاهش اضطراب و فشارهای عاطفی را نشان داد. همچنین بازی‌درمانی اثر مثبتی بر روی کاهش مشکلات رفتاری و افزایش خودکارآمدی کودکان مبتلا داشته است. در پژوهشی دیگر الهه (Elahe) (۱۱) به بررسی تاثیر بازی‌درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری پرداخت که نتایج حاصل نشانگر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا پس از پایان جلسات بازی‌درمانی بوده است. کاترین (Katherin) و جانسون (Janson) (۱۲) در پژوهشی تاثیر بازی‌درمانی را بر روی کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری مورد بررسی قرار داد. یافته‌های به دست آمده بیانگر کاهش رفتارهای تکانشی و بهبود عزت‌نفس بوده است. تحقیقات نشان می‌دهند که بیان غیرکلامی احساسات و اعمال تاثیر سریع‌تری نسبت به استفاده از کلمات دارد و می‌تواند از طریق مداخلات حسی فعال گردد.

از جمله اثرات منفی اختلال رفتاری کودکان مراکز شبه-خانواده، آسیب و تنش در روابط آنها با مراقبان در مراکز شبه-دولتی است به همین دلیل ضرورت انجام این پژوهش برای کسب راه‌حلی در جلوگیری از بروز این آسیب‌ها از سوی محقق احساس می‌شود. از طرف دیگر مطالعاتی که در این راستا انجام شده و در بالا به آنها اشاره شد، عمدتاً اثربخشی بازی‌درمانی را بر کودکان عادی یا مبتلا به اختلالات زیستی انجام داده‌اند، اما بر روی کودکان مراکز شبه‌خانواده انجام نشده است. در واقع نکته‌ای که ضرورت این پژوهش را توجیه می‌کند، بررسی اثربخشی بازی‌درمانی بر روی افراد مراکز شبه‌خانواده است. از این رو در این پژوهش هدف محقق بررسی تاثیر اثربخشی بازی‌درمانی بر نشانگان هیجانی-رفتاری و مهارت‌های حل مسئله در کودکان مراکز شبه‌خانواده بود.

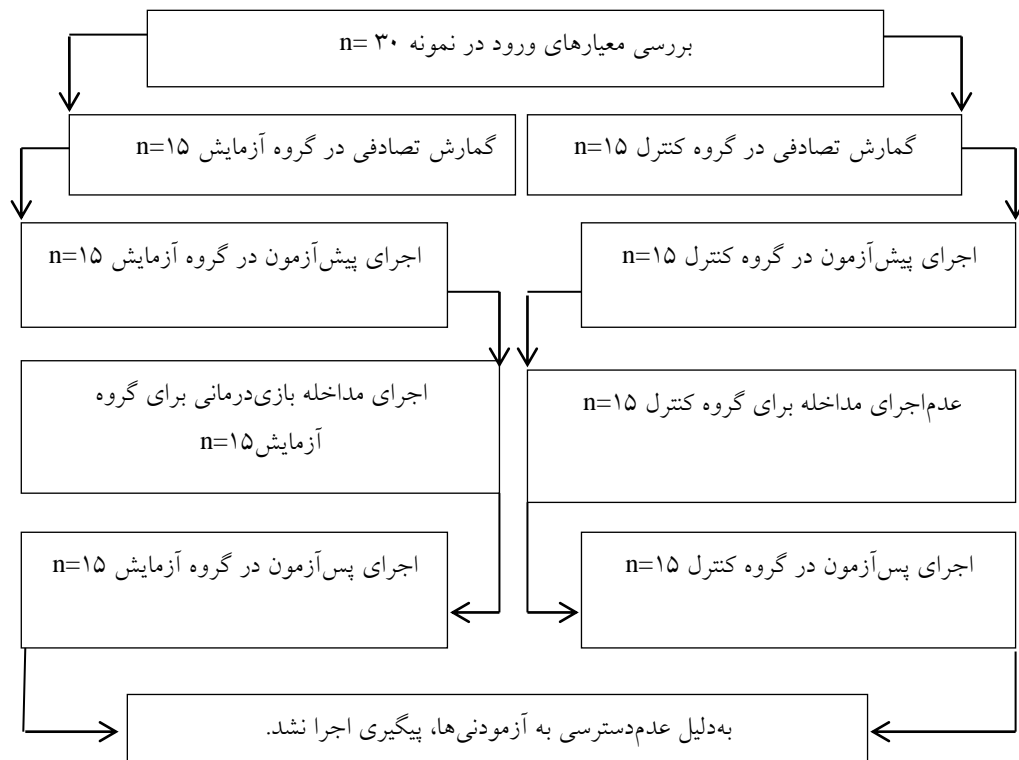
کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست به افراد زیر هجده سالی می‌گویند که از حضور تربیتی، روانشناختی و حمایتی مؤثر والدین و زندگی در خانواده محروم هستند. فقر، فوت والدین، اعتیاد به مواد، الکلیسم، ابتلای والدین به بیماری لاعلاج جسمانی و یا اختلال روانی، زندانی شدن، غیبت یکی از والدین (معمولاً پدر و مادران خیابانی) از عوامل مؤثر بر بی‌سرپرستی و بدسرپرستی کودکان در جهان است (۱). این کودکان با معرفی مقام قضایی به سازمان بهزیستی سپرده می‌شوند. در واقع وقتی که تمام تلاش‌های حرفه‌ای در زمینه بازگشت کودک نزد والدین یا خانواده جایگزین، مؤثر واقع نشود، پرورش کودکان تحت-سرپرستی سازمان بهزیستی در مراکز شبه‌خانواده به‌عنوان آخرین راه‌حل در نظر گرفته می‌شود (۲).

نیازهای روان‌شناختی کودکان مراکز شبه‌خانواده همواره به-عنوان یکی از نخستین اولویت‌های این مراکز مطرح بوده است (۱). از مسائل روان‌شناختی این کودکان در زمینه رشد اجتماعی حل مسئله می‌باشد. برای حل یک مسئله ابتدا فرد باید از ماهیت مسئله آگاه شود و این کار با ایجاد یک بازنمایی ذهنی از مسئله آغاز می‌شود که به پیدا کردن راه‌حل برای مسئله ارائه‌شده کمک می‌کند (۳). تصور می‌شود که این بازنمایی‌ها براساس میزان درک فرد از مسئله و تحت‌تاثیر دانش و تجربه‌های قبلی او استوار است و این بازنمایی‌های ذهنی به تجربه‌های ثبت‌شده در حافظه فعال فرد بستگی دارد (۴). حل مسئله، نه تنها عالی‌ترین شکل یادگیری محسوب می‌شود، بلکه شامل فرایندی است که طی آن یادگیرنده از راه ترکیب قواعد از قبل آموخته‌شده به یادگیری جدید نیز می‌رسد. حل مسئله تنها به کارگیری قاعده‌ها، تکنیک‌ها، مهارت‌ها و مفاهیم یادگرفته‌شده قبلی در یک موقعیت جدید نیست، بلکه فرایندی است که یادگیری جدید ایجاد می‌کند. هنگامی که فراگیرنده در برابر مسئله‌ای قرار می‌گیرد با یادآوری دانش و تجربه خود می‌کوشد تا راه‌حلی پیدا کند و در فرایند تفکرش در واقع ترکیبی از قاعده‌ها و مهارت‌های یادگرفته‌شده خود را بررسی می‌کند، که می‌تواند با وضعیت جدید منطبق شود و راه-حل مسئله او باشد. بنابراین، نه تنها مسئله موردنظر را حل می‌کند، بلکه چیزهای جدیدی را نیز می‌آموزد (۳). یکی دیگر از مشکلات کودکان در مراکز شبه‌خانواده مشکلات رفتاری و هیجانی می‌باشد (۲). مشکلات روانی-عاطفی-رفتاری کودکان و نوجوانان طی یک فرایندی در راستای فرآیند تحول شناختی، عاطفی و رفتاری آنان شکل می‌گیرد. بنابراین عوامل نامناسب و ناکارآمد اولیه مرتبط با دوران کودکی سنگ‌بنای پیدایش رفتارهای مشکل‌ساز و ناپه‌نچار در کودکان ایجاد می‌کنند. برخی از عوامل خانوادگی و ویژگی‌های فردی و شخصیتی این کودکان-که البته اینها هم بیشتر برگرفته از عوامل خانوادگی می‌باشند-زمینه‌ساز و شکل‌دهنده ریشه‌های اولیه رفتارهای مشکل می‌باشد. در فرآیند

## مواد و روش‌ها

نوع پژوهش مطالعه مداخله‌ای شاهددار تصادفی بود، که در سال ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کودکان دارای اختلال‌های رفتاری-هیجانی ۱۰-۷ ساله ساکن در مراکز شبه‌خانواده بود، که در سال ۱۳۹۵ در این مراکز ساکن بودند. ۳۰ نفر از کودکان ساکن در مراکز شبه‌خانواده در شهر تبریز به‌عنوان نمونه و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به روش تصادفی ساده به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند (یعنی از بین ۳۰ نفر تصادفی به صورت یکی-درمیان، یک نفر برای گروه آزمایش و یک نفر برای گروه کنترل انتخاب شد). تشخیص کودکان دارای اختلال‌های رفتاری-هیجانی توسط روانپزشک و براساس معیارهای راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی، ویراست پنجم و مصاحبه بالینی توسط روانشناس انجام شد. رسیدن به این تشخیص (نداشتن بیماری روانی) از طریق مصاحبه با روانشناس، بررسی اطلاعات مندرج در پرونده کودک و مصاحبه با سرپرستان کودک توسط روانشناس بالینی شاغل در یکی از مراکز درمانی اختلالات روانپزشکی کودکان صورت گرفت. پس از تشخیص و انتخاب کودکان دارای اختلال‌های رفتاری-هیجانی و جلب رضایت از

آنها برای همکاری و همچنین اخذ رضایت‌نامه اخلاقی از آزمودنی‌ها، پرسش‌نامه‌های نشانگان اختلال‌های رفتاری-هیجانی و آزمون کامپیوتری حل مسئله در اختیار هر دو گروه کودکان قرار داده شد. در مرحله پیش‌آزمون برای مشخص کردن سطح پایه نمرات آزمودنی‌ها، پرسش‌نامه‌ها بین آنها پخش شد. در مرحله دوم، گروه آزمایش، آموزش‌های مرتبط با بسته آموزشی را دریافت کردند ولی گروه کنترل چنین آموزش‌هایی را دریافت نکردند. بعد از اتمام آموزش، مجدداً از دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و میزان تغییرات حاصله در دو مرحله با استفاده از روش‌های آماری مناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بعد از گروه‌بندی، در ابتدا از گروه‌های آزمایش و گروه کنترل پیش‌آزمون به‌عمل آمد. سپس بسته آموزشی، بعد از تایید اعتبار محتوایی آن توسط اساتید و متخصصان مربوطه به‌صورت مداخله بر روی گروه آزمایش اعمال شد و گروه گواه این آموزش را دریافت نکردند. بعد از اتمام جلسات آموزشی برای کودکان بلافاصله پس‌آزمون گرفته شد و نشانگان رفتاری-هیجانی و آزمون حل مسئله کودکان در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون باهم مقایسه شد. و همچنین لازم به ذکر است که در این پژوهش هیچ ریزشی وجود نداشته است.



نمودار ۱. نمودار روش نمونه‌گیری و اجرای روش درمانی (CONSORT)

**پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (CSI-4)**

پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان CSI-4 از ابزارهای غربال-گری رایج برای اختلال‌های روانپزشکی است که براساس ملاک-های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ساخته شده است. نسخه اولیه پرسش‌نامه را اسپرافکین (Sparafcine)، لانی (Luny)، یونیتات (Unitat) و گادو (Gado)، در سال ۱۹۸۴، بر-اساس طبقه‌بندی سومین ویرایش راهنمای تشخیص آماری اختلال‌های روانی تهیه کردند و بعدها، به‌دنبال تجدیدنظر در سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی در سال ۱۹۸۷، نسخه سوم (CSI-3R) آن نیز ساخته شد. تا اینکه نسخه چهارم (CSI-4) در سال ۱۹۹۴ با انتشار چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، با تغییرات اندکی نسبت به نسخه‌های قبلی، توسط گادو و اسپرافکین تجدیدنظر شد. آخرین نسخه ویرایش پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان همان نسخه قبلی دارای دو فرم والد و معلم است. دو فرم والد و معلم به ترتیب حاوی ۱۱۲ و ۷۷ سؤال است و ۸ گروه اختلالات رفتاری را دربرمی‌گیرد. برای پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان، دو شیوه نمره‌گذاری طراحی شده است. این مقیاس در پژوهش-های متعددی بررسی و اعتبار و پایایی و حساسیت آن محاسبه شده است، و شامل مؤلفه‌های بیش‌فعالی، سلوک، رفتار مرضی،

اضطراب تعمیم‌یافته، ترس مرضی، وسواس، استرس پس از سانحه و تیک بود. در پژوهش الهه (۱۱) اعتبار این پرسش‌نامه با استفاده از روش تصنیف، برای فرم معلمان ۰/۹۱ و برای فرم والدین ۰/۸۵ به‌دست آمد (۲). روایی و پایایی محتوایی پرسش-نامه CSI-4 را ۹ نفر از روانپزشکان تایید کرده‌اند (۸). و آلفای کرونباخ از طریق بازآزمایی ۰/۹۰ تعیین شده است (۸).

**آزمون برج لندن (Tower of London)**

یکی از پرکاربردترین آزمون‌های فیزیولوژی عصبی برای تعیین توانایی حل مسئله و برنامه‌ریزی می‌باشد. این آزمون برای اندازه‌گیری بهینه عملکرد حل مسئله و ویژگی‌های حل مسئله و حل مسئله با کمترین حرکت‌های مورد نیاز به‌طور سریع و کارآمد مورد استفاده قرار می‌گیرد. به‌عبارت‌دیگر در این آزمون که به‌صورت کامپیوتری اجرا می‌شود سه سری حلقه‌ها و میله‌ها وجود دارد که وظیفه آزمودنی است در کمترین زمان ممکن همانند الگویی که به وی نشان داده می‌شود، حلقه‌ها را داخل میله‌ها قرار دهد. اعتبار این آزمون مورد قبول و ۰/۷۹ گزارش شده است. در مطالعات مختلفی نیز در ایران این آزمون مورد استفاده قرار گرفته است (۱۳).

**پکیج بازی درمانی**

محتوای پکیج آموزشی استفاده‌شده در این پژوهش به‌صورت مختصر در جدول شماره ۱ درج شده است.

**جدول ۱. مراحل مداخله بازی درمانی طبق پروتکل هانسن (Hansen)، میسلر (Missler) و اوونز (Ovens)، (۱۴)**

جلسه اول: اجرای پیش‌آزمون و تعیین چارچوب جلسات.
جلسه دوم: هدف‌گیری (پرتاب توپ در حلقه و بولینگ).
جلسه سوم: بازی تعادلی لی‌لی آپارتمانی و دارت. همچنین آزمودنی‌ها می‌بایست آموزش‌های جلسات قبل را تمرین کنند (هدف، ایجاد مهارت حرکتی و افزایش تمرکز).
جلسه چهارم: راه رفتن روی یک پا، حرکت روی تیرک‌های چوبی (هدف حفظ تعادل و هماهنگی حسی و حرکتی).
جلسه پنجم: کار با پازل، لگو، مگنت‌های مغناطیسی. همچنین آزمودنی‌ها می‌بایست آموزش‌های جلسات قبل را تمرین کنند (هدف ایجاد مهارت ظریف انگشتان دست و افزایش تمرکز).
جلسه ششم: کار با لونیوس و دوز فضایی انجام شود (هدف افزایش تجسم فضایی).
جلسه هفتم: بازی‌های مربوط به حافظه مستقیم و معکوس؛ دانش‌آموز می‌بایست ابتدا به شمارش مستقیم اعداد درخواستی از سوی آزمونگر بپردازد و سپس اعداد جدید را به‌شکل معکوس بیان کند (هدف کاهش رفتارهای تکانشی).
جلسه هشتم: بازی بشین‌وپاشو به‌صورت مستقیم و معکوس؛ دانش‌آموز می‌بایست دستورات ناگهانی آزمونگر را فوراً و به‌صورت دسته‌جمعی اجرا کرده و بعد از یادگیری آن را به‌صورت معکوس انجام دهند و آموزش‌های جلسات قبل را تمرین کنند (هدف تسلط بر مهارت‌های آموخته-شده قبلی).
جلسه نهم: بازداري چشم‌درچشم؛ کودک دست‌های خود را در دست آزمونگر قرار می‌دهد و به چشمان او نگاه می‌کند. آزمونگر سؤال می‌پرسد و تا وقتی که او دست‌های دانش‌آموز را فشار نداده است، او نباید پاسخ بگوید. آموزش‌های جلسات قبل را تمرین کنند.
جلسه دهم: جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون.

نرم‌افزار SPSS19 و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

در جدول شماره ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش درج گردیده است.

### روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای طبقه‌بندی و نمایش داده‌ها ابتدا از آمار توصیفی استفاده شد. برای آزمون فرضیه‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. داده‌های حاصل از متغیرهای مورد مطالعه از طریق

جدول ۲. توزیع فراوانی افراد شرکت‌کننده در پژوهش براساس سن

سن آزمودنی‌ها	درصد فراوانی
۷ ساله	۶
۸ ساله	۸
۹ ساله	۱۲
۱۰ ساله	۴

آزمون تفاوت‌های چشمگیری با یکدیگر نداشته‌اند. چراکه میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها، تقریباً به هم نزدیک بوده است، ولی در مرحله پس‌آزمون، این کمیت‌ها با واریانس بیشتری مواجه شده‌اند، به نحوی که میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها تغییر فاحش کرده است. از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون استفاده شد.

بیشتر آزمودنی‌ها در محدوده سنی ۹ سال قرار داشتند. همچنین برای مقایسه دو گروه از نظر سن و جنس آزمون T به کار گرفته شد که نتایج نشان داد بین دو گروه از نظر سن و جنس تفاوتی وجود ندارد.

همان‌گونه که مندرجات جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای مورد مطالعه در مرحله پیش-

جدول ۳. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نشانگان هیجانی-رفتاری و حل مسئله در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایشی و کنترل

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
حل مسئله	۱۳/۴۶	۲/۸۴	۱۴/۷۳	۳/۳۴	۱۷/۳۳	۵/۵۳	۱۴/۴۶	۴/۱۵
بیش‌فعالی	۲۰/۱۳	۲/۸۹	۲۱/۱۳	۴/۳۴	۱۷/۶۶	۳/۷۵	۲۰/۴۶	۳/۸۱
سلوک	۴/۲۰	۱/۲۰	۴/۹۳	۱/۰۹	۲/۹۳	۱/۳۸	۴/۸۰	۰/۸۶
رفتار	۱۸/۲۶	۲/۱۸	۱۹/۴۶	۲/۰۳	۱۳/۴۰	۱/۹۹	۱۹/۵۳	۲/۱۶
اضطراب تعمیم‌یافته	۵/۶۰	۱/۸۰	۶/۰۰	۲/۱۰	۲/۸۰	۱/۵۶	۶/۰۰	۲/۱۰
ترس مرضی	۱/۹۳	۰/۸۸	۱/۶۰	۱/۲۴	۰/۸۰	۰/۵۶	۱/۵۳	۰/۸۳
وسواس	۱/۸۰	۱/۰۱	۱/۲۰	۰/۷۷	۰/۸۰	۰/۵۶	۱/۳۳	۰/۷۴
استرس پس از سانحه	۱/۴۶	۱/۰۶	۱/۲۰	۱/۰۸	۰/۶۶	۰/۴۸	۱/۳۳	۰/۸۹
تیک	۱/۵۳	۱/۱۲	۱/۲۶	۱/۳۳	۰/۶۰	۰/۸۲	۱/۲۰	۱/۲۶

ترس مرضی، استرس پس از سانحه، و حل مسئله دارد، اما بر وسواس آزمودنی‌ها تأثیری نداشته است.

در راستای پاسخ به سؤال پژوهش حاضر، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده گردید. همانطور که در جدول شماره ۴ نشان داده شده، بازی درمانی تأثیر معنی داری روی مؤلفه‌های بیش‌فعالی، سلوک، رفتار مرضی، اضطراب تعمیم‌یافته،

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره جهت مقایسه گروه‌های آزمایشی و کنترل در متغیرهای وابسته

منبع پراکندگی	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
حل مسئله	۱۲۷/۷۴	۱	۱۲۷/۷۴	۱۴/۷۷	۰/۰۰۱	
بیش‌فعالی	۱۰/۹۲	۱	۱۰/۹۲	۷/۵۵	۰/۰۱۳	
سلوک	۲۰/۲۹	۱	۲۰/۲۹	۱۴/۰۳	۰/۰۰۱	
رفتار	۱۵۲/۳۱	۱	۱۵۲/۳۱	۷۰/۴۲	۰/۰۰۱	
اضطراب تعمیم‌یافته	۴۸/۹۷	۱	۴۸/۹۷	۶۷/۳۴	۰/۰۰۱	
ترس مرضی	۳/۹۴	۱	۳/۹۴	۱۳/۷۱	۰/۰۰۲	
وسواس	۰/۵۳۶	۱	۰/۵۳۶	۱/۱۶	۰/۲۹۳	
استرس پس از سانحه	۲/۸۰	۱	۲/۸۰	۸/۴۴	۰/۰۰۹	
تیک	۳/۸۲	۱	۳/۸۲	۱۴/۲۴	۰/۰۰۱	

## بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بازی درمانی باعث افزایش عملکرد حل مسئله و کاهش بیش‌فعالی، سلوک، رفتار مرضی، اضطراب تعمیم‌یافته، ترس مرضی، استرس پس از سانحه و تیک می‌شود، که با نتایج پژوهش نصرت‌آبادی و همکاران (۸)، کیم و اومیزو (۹)، ری (۱۰)، الهه (۱۱)، کاترین و جانسون (۱۲) همخوانی دارد. ری و همکاران (۱۰) اثر بخشی بازی درمانی را بر روی ۶۰ کودک مبتلا به اختلال رفتاری در ۱۶ جلسه مورد بررسی قرار دادند. نتایج به دست آمده کاهش اضطراب و فشارهای عاطفی را نشان داد. همچنین بازی درمانی اثر مثبتی بر روی کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا داشته است. به نظر می‌رسد که آزمودنی‌ها به دلیل شرکت در جلسات بازی درمانی، احساس مطلوبی کسب کرده باشند و این احساس باعث توجه و دقت بیشتری در مورد مسائل مختلف شده باشد که آنها این توجه را به سایر شرایط نیز تعمیم می‌دادند. همچنین بازی درمانی باعث شده بود که آزمودنی‌ها، مقداری از انرژی خود را در جلسات بازی صرف نمایند. این صرف انرژی سبب کمتر شدن تکانش‌وری و بیش‌فعالی آزمودنی‌ها در ساعات باقی مانده روز شده بود (۵).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، بازی بهترین وسیله برای رشد و شکوفایی احساسات و بهترین راه برای پرورش عواطف

اوست. درحین بازی است که او کیفیت بروز عواطف، کنترل و رضای مناسب آن را یاد می‌گیرد. هرچند کودک میان واقعیت و بازی تفاوت قائل نیست، درحین حال صداقت کودکانه را در بازی بروز می‌دهد. احساس‌ها، تشویش‌ها و اضطراب‌های کودک در ضمن بازی حقیقی هستند (۱). بازی کمک می‌کند تا کودک بتواند با دسترسی به حقایق و واقعیت‌های پیرامونش، با خویشتن و دیگران بهتر سازگار شود. هرچه کودک بازی و مشارکت کند بیشتر درمی‌یابد در چه سطحی از کارایی و ارزشمندی است و چه توقع و انتظاری می‌تواند از محیط اطراف خود داشته باشد. پژوهش‌های روان‌شناسی مؤید این نظر است که، آغاز رشد خلاقیت در کودکان دوره پیش از دبستان است که در آن، بازی نقش عمده‌ای در شکوفایی استعدادها ایفا می‌کند. بازی جنبه‌های خلاق شخصیت کودک را پرورش می‌دهد. بازی کودک، ممکن است به صورت ابتکاری که عناصری از تقلید بزرگسالان را نیز دربردارد صورت گیرد. نیروی خلاقه کودک از پیروی و تقلید آغاز می‌گردد. وی باید از این تمایل به نحو احسن سود جست و با کسب مهارت، روح استقلال و اعتماد به نفس را در وی پرورش دهد. بنابراین، بازی نقش عظیمی در ایجاد خلاقیت در کودک ایفا می‌کند (۱۲). باتوجه به اینکه بازی که از درون کودک نشأت می‌گیرد، بیان‌کننده پاسخ شخصی و واقعی او به محیطش می‌باشد و این که قابلیت و قدرت‌های تخیلی کودک را به‌منصه ظهور می‌-

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود، از جمله اینکه سنجش متغیرها با ابزارهای خودگزارش‌دهی صورت گرفته که ممکن است با سوگیری پاسخ‌دهندگان همراه باشد. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده از درمان‌های روان‌شناختی دیگر از جمله درمان‌های شناختی-رفتاری برای کودکان شبه‌خانواده استفاده شود.

### ملاحظات اخلاقی

پس از بیان اهداف پژوهش برای جامعه نمونه کلیه ملاحظات اخلاقی مرسوم در مطالعات رعایت شده و مطالعه با اخذ موافقت از جامعه مورد مطالعه انجام گردیده است و نتایج آن جهت استفاده به مراجع مورد نیاز اعلام گردید.

### تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافع در بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

### تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر به عمل آورند.

رساند، بازی، اعتماد به نفس کودک را افزایش می‌دهد، از اضطراب می‌کاهد و عزت‌نفس و خودپنداری مثبت و خودکارآمدی را تقویت می‌کند، بازی، سبب اجتماعی شدن، ایجاد استقلال، آموزش مهارت‌های ارتباطی، استحکام روابط خانوادگی و سهولت در دوست‌یابی می‌شود، کودک از طریق بازی با دیگر کودکان، تنهایی خود را به‌طور مطلوبی از بین می‌برد؛ بنابراین با توجه به کارکردهای مختلفی که بازی دارد و مورد علاقه بیش‌از-اندازه کودک است، می‌تواند نقش منحصر به فردی در کاهش اختلالات رفتاری-هیجانی کودکان مراکز شبه‌خانواده داشته باشد (۷).

### نتیجه‌گیری

بازی از ارزش درمانی زیادی برخوردار است. امروزه بازی-درمانی جایگاه خود را در تشخیص مسائل و مشکلات روانی کودکان و درمان آنها پیدا کرده است. متخصصان بازی‌درمانی به کمک این فن و تدارک اسباب بازی‌های ضروری و تشکیل جلسات بازی برای کودکان، رفتارهای آنان را زیر نظر می‌گیرند و ضمن بررسی ریشه‌های مشکلات کودکان، به درمان آنها می‌پردازند. با تمام فوایدی که در بازی موجود است، نباید در بازی آن حد پیش رفت که بازی به‌صورت تمام زندگی کودک درآید و سایر فعالیت‌های او را تحت الشعاع خود قرار دهد. باید بازی کودک به‌نحوی ترتیب یابد که او را از فشارهای هیجانی و روحی که خارج از توان اوست برکنار دارد.

### References

1. Baggerly J, Parker, M. Child-Centered Group Play Therapy With African American Boys at the Elementary School Level. *Journal of Counseling & Development*. 2005;83(4):387-96. doi:10.1002/j.1556-6678.2005.tb00360.x
2. van Campen C, Iedema J. Are persons with physical disabilities who participate in society healthier and happier? Structural equation modelling of objective participation and subjective well-being. *Quality of Life Research*. 2007;16(4):635-45. PMID:PMC2798044 doi:10.1007/s11136-006-9147-3
3. Robinson PW, Robinson MPW, Dunn TW. STEP Parenting: A Review of the Research. 2007. 2007;37(4):270-278.
4. Noyes JM, Garland KJ. Solving the Tower of Hanoi: does mode of presentation matter? *Computers in Human Behavior*. 2003;19(5):579-92. doi:https://doi.org/10.1016/S0747-5632(03)00002-5
5. Harrington R. Behavioural disorders in children and adolescents. *Medicine*. 2004;32(8):55-7. doi:10.1383/medc.32.8.55.43167
6. Landreth G. *Play therapy*. 2nd ed. New York: Routledge; 2012
7. Pedro-Carroll, J. L. (2005). A preventive play intervention to foster children's resilience in the aftermath of divorce. In L. A. Reddy, T. M. FilesHall, & C. E. Schaefer (Eds.), *Empirically based play interventions for children* (pp. 51-78). Washington, DC: American Psychological Association.
8. Nosratabadi, M. (2007). Using a brain wave analysis in the diagnosis and treatment of neurofeedback in ADHD; a pilot study. Master's thesis in General Psychology, Allameh Tabatabaei University. [In Persian]
9. Kim BSK, Omizo MM. Asian and European American cultural values, collective self-esteem, acculturative stress, cognitive flexibility, and general self-efficacy among Asian American college students. *Journal of counseling psychology*. 2005;52(3):412-9. doi:10.1037/0022-0167.52.3.412
10. Ray DC, Schottelkorb A, Tsai M-H. Play therapy with children exhibiting symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Play Therapy*. 2007;16(2):95-111. doi:10.1037/1555-6824.16.2.95
11. Bagwell CL, Molina BS, Pelham WE, Jr., Hoza B. Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: predictions from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2001;40(11):1285-92.



- PMID:11699802 doi:10.1097/00004583-200111000-00008
12. Johnson KA, Wiersema JR, Kuntsi J. What would Karl Popper say? Are current psychological theories of ADHD falsifiable? *Behavioral and Brain Functions*. 2009;5(1):15. doi:10.1186/1744-9081-5-15
13. Lezak M. *Neuropsychological assessment*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.
14. Matson JL, Neal D, Fodstad JC, Hess JA, Mahan S, Rivet TT. Reliability and validity of the Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters. *Behavior modification*. 2010;34(6):539-58. PMID:20935234 doi:10.1177/0145445510384844