

اثربخشی بازی درمان‌گری با رویکرد کودک‌محور بر مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده
کودکان
Effectiveness of child-centered play therapy on internalizing problems in
children

Leila Afzali
Somayeh Esmaili
Hooman Rajabi
Samira vakili

لیلا افزالی*
سمیه اسماعیلی**
هومن رجبی*
سمیرا وکیلی***

Abstract

The purpose of this research is determination of the effectiveness of child-centered play therapy on internalizing problems in children. For this purpose, 30 students who had behavioral problems were identified by interviewing with Parent and were evaluated by using the Child Behavior Checklist (CBCL). Among them, 10 students gain score above of cutoff point. Finally, 5 students accidentally were been in experimental group and 5 students in control group. The experimental group received 16 sessions of child-centered play therapy and the control group received no intervention. The results of covariance analysis showed that child-centered play therapy reduces internalizing problems in children.

Keywords: play therapy, Child-centered approach, internalizing problems

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی بازی‌درمانی با رویکرد کودک‌محور بر مشکلات درونی‌سازی شده کودکان پیش دبستانی است. برای این منظور، ۳۰ کودک با مشکلات رفتاری طی مصاحبه با والدین شناسایی شده و با استفاده از سیاهه رفتاری کودک (CBCL، ۲۰۰۷) مورد ارزیابی قرار گرفتند. از میان این دانش‌آموزان، ۱۰ نفر نمره بالاتر از نمره برش را کسب کردند و در نهایت از این تعداد ۵ نفر به‌صورت تصادفی در گروه آزمایشی و ۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایشی تحت ۱۶ جلسه بازی‌درمانی کودک‌محور قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بازی‌درمانی با رویکرد کودک‌محور منجر به کاهش مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده کودکان می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: بازی‌درمانی، رویکرد کودک‌محور، مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده

email: l84afzali@yahoo.com

* دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه تهران

** مدرس دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اسلامشهر

*** دکتری روانشناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنائی،

استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، گروه

روانشناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنائی، تهران، ایران

دریافت: ۹۴/۲/۱۷ پذیرش: ۹۴/۱۱/۲۹

Received: 2 May 2015 Accepted: 18 Feb 2016

مقدمه

اختلالات هیجانی رفتاری در کودکان به شرایطی اطلاق می‌شود که در آن پاسخ‌های هیجانی رفتاری در مدرسه و خانه با هنجارهای جامعه تفاوت داشته باشد. به طوری که بر سازگاری فرد، عملکرد در مدرسه، مراقبت از خود و روابط اجتماعی تأثیر منفی می‌گذارد. اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی شده دو دسته کلی از الگوی اختلالات دوران کودکی هستند. بر طبق آمارها ۱۰ تا ۲۰ درصد از کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات درونی‌سازی شده هستند (فکس و همکاران، ۲۰۰۸). اختلالات درونی‌سازی شده بیشتر درون‌فردی و شامل مشکلاتی همچون کناره‌گیری از تعامل‌های اجتماعی، بازداری، اضطراب و افسردگی است (آشنیباخ و همکاران، ۲۰۰۱؛ چن و همکاران، ۲۰۱۱). مشکلات درونی‌سازی شده می‌توانند بسیار زود و از سنین بسیار پایین (افسردگی از نوزادی و اضطراب از هفت سالگی) آغاز شوند (پرل و همکاران، ۲۰۱۳). به علاوه مطالعات متعددی حاکی از آن هستند که هم‌چنان درصد قابل توجهی از اختلالات درونی‌سازی شده در طول تحول و تا سال‌های بزرگسالی پایدار می‌مانند و پیامدهای زیانباری برای فرد به همراه می‌آورند (کلمن و همکاران، ۲۰۰۸؛ هادسون و همکاران، ۲۰۰۵). اضطراب عبارت است از یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم هراس و دلواپسی با منشأ ناشناخته که فرد تجربه می‌کند و آن شامل عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژیکی است (لطفی و امیری، ۱۳۹۰). اضطراب دارای هیجان منفی است و یک احساس نگرانی در مورد خطری که احتمال بروز دارد، در برمی‌گیرد. نشانه‌های اضطراب در کودکان و بزرگسالان تقریباً مشابه است، اما تظاهرات آن در سنین گوناگون متفاوت می‌باشد (پاچر، مونیکا و هال، ۲۰۰۹). اختلالات اضطرابی جزء شایع‌ترین اختلالات رایج در کودکان می‌باشد که منجر به اختلال در عملکرد تحصیلی، سازگاری اجتماعی، زندگی خانوادگی و روابط با همسالان می‌گردد (وارنر، ریگاد، فیشر، سابرسی و بنکو، ۲۰۰۹). از طرفی اختلال افسردگی نیز یکی از رایج‌ترین مشکلات دوران کودکی است (واتس و مارکان، ۲۰۰۵). اختلال افسردگی به‌عنوان یک مسأله روانی که در آن شخص به گونه پایدار ناراحتی عمیق و مداوم و علاقه کاسته شده‌ای را در تمام فعالیت‌ها برای دوره‌ای حداقل دو هفته‌ای تجربه می‌کند، تعریف شده است (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۱). اختلال افسردگی کودکی به گونه منفی عملکرد شخصی و خانوادگی به هنجار کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد و اغلب تا بزرگسالی به صورت متناوب ادامه می‌یابد (سواف و همکاران، ۲۰۰۱).

با توجه به میزان شیوع و تأثیرات بلند مدت اختلالات فوق‌الذکر در سال‌های اخیر، یافتن درمان‌های مؤثر و راهبردهای پیشگیری از گسترش مشکلات کودکان در معرض خطر، مورد توجه درمان‌گران و محققان بسیاری قرار گرفته است. روش‌های بسیاری برای درمان این اختلالات به کار می‌رود که بنا بر پژوهش‌های انجام شده در این میان بازی‌درمانی یکی از شاخص‌ترین این روش‌ها است (براتون و همکاران، ۲۰۰۵)، و از آنجا کودکان به دلیل پایین بودن سطح تفکر انتزاعی قادر به بیان هیجانات و

احساسات خود نیستند، سرکوب و عدم مهارت در بیان احساسات به‌ویژه از نوع منفی آن بهداشت روانی کودک را به مخاطره می‌اندازد. لذا بازی ابزاری است که کودک به کمک آن خود را بیان می‌کند (رای و همکاران، ۲۰۰۷). بازی درمانی رویکردی با ساختار و مبتنی بر نظریه درمان است که فرایندهای یادگیری و ارتباط طبیعی و بهنجار کودکان را پایه‌ریزی می‌کند (کارمیخاییل، ۲۰۰۶، لندرت، ۲۰۰۲). این روش، یکی از روش‌های موثر برای آماده‌سازی کودکان برای مواجهه با موضوعات دردناک و اضطراب‌آور است (چیلماکور و همکاران، ۲۰۱۴). قدرت درمانی که در بازی‌درمانی نهفته است به طرق گوناگون مورد استفاده قرار می‌گیرد. درمانگران از طریق بازی به کودکانی که مهارت‌های اجتماعی یا عاطفی‌شان ضعیف است، رفتارهای سازگارانه‌تری می‌آموزند (پدرو- کارول و ردی، ۲۰۰۵). رابطه حسنه‌ای که بین درمانگر و کودک در طول جلسه‌های بازی‌درمانی شکل می‌گیرد، تجربه مهمی را که برای درمان لازم است، فراهم می‌آورد (رای و همکاران، ۲۰۱۴). از جمله روش‌های مؤثر بازی‌درمانی، رویکرد غیررهنمودی کودک‌محور است. در بازی‌درمانی غیررهنمودی، هیچ تلاشی برای کنترل کردن یا تغییر دادن کودک نمی‌شود و فرض اصلی این است که رفتار کودک، همیشه ناشی از تمایل او به خودشکوفایی کامل است. هدف‌های بازی‌درمانی غیررهنمودی عبارتند از ایجاد خودآگاهی و هدایت خویشتن در کودک. درمانگر یک اتاق بازی مجهز دارد و کودک آزادانه می‌تواند با بازی کردن یا آرام نشستن را انتخاب کند. درمانگر به صورتی فعالانه افکار و احساسات کودک را منعکس می‌کند و بر این باور است، زمانی که احساسات کودک بیان، شناسایی و پذیرفته شدند، کودک می‌تواند آن‌ها را بپذیرد و سپس برای مقابله با آن احساسات آزاد عمل کند (لندرت، ۲۰۱۲؛ ترجمه شهناز محمدی، ۱۳۹۳). استفاده از رویکرد کودک‌محور، مستلزم آن است که جلسه درمان بر اساس رفتارها، خواسته‌ها و علائق کودک شکل گیرد. همین امر می‌تواند اثرات مثبتی بر افکار و هیجانات کودک دچار افسردگی و اضطراب داشته باشد. کودکان دچار اختلال افسردگی و اضطراب، در درک کامل هیجانات و افکار خود با تحریف شناختی روبرو هستند (رای و همکاران، ۲۰۱۴)، اما در جریان بازی‌درمانی کودک‌محور، آن‌ها در قالب رفتارهای خود و تجربی انتخابی، به برون‌ریزی هیجانات می‌پردازند. در بازی‌درمانی، اسباب بازی‌ها مثل کلمات کودک و بازی، زبان کودک است (لندرت، ۲۰۰۲). این امر امکان تشخیص مشکل و ابعاد آن و همچنین شناخت ویژگی‌ها و علائق کودک جهت انتخاب برنامه کودک‌محور را فراهم می‌سازد. در جریان بازی‌درمانی در پژوهش حاضر تلاش شده است که چند حوزه در جریان بازی‌درمانی مورد توجه قرار گیرد: ۱. علی‌رغم اجرای آزمون تشخیصی CBCL، قبل از شروع جلسات درمانی، تشخیص قطعی درباره مشکلات درونی‌سازی شده کودکان در جلسه بازی‌درمانی صورت گرفته است. ۲. در رویکرد کودک‌محور در پژوهش حاضر از مدل تناسب تجربه و بیان بهره گرفته شده است. این مدل متعلق به رای، جین و استول میکر (۲۰۱۴) می‌باشد. در این مدل، تلاش شده است تناسبی بین اصالت فردی کودک و طراحی ارتباط درمانی

با تاکید بر نیازهای خاص هر کودک ایجاد شود (رای و همکاران، ۲۰۱۴). فرایند ایجاد ارتباط با کودکان در چارچوب درمان کودک محور مبتنی بر اصولی است که چارچوبی برای درمانگر فراهم می‌کند تا یک نگرش خود- فرافکنانه تجربی درباره کودکان داشته باشد. این اصول عبارتند از: ۱- کودکان، بزرگسالان کوچک نیستند. ۲- کودکان انسان هستند. ۳- کودکان موجوداتی یگانه و سزاوار احترام هستند. ۴- کودکان انعطاف پذیرند. ۵- کودکان دارای گرایش ذاتی به رشد و پختگی هستند. ۶- کودکان مستعد خودگردانی^۱ مثبت هستند. ۷- زبان طبیعی کودکان بازی است. ۸- کودکان حق دارند سکوت کنند (لنردت، ۲۰۱۲؛ ترجمه شهناز محمدی، ۱۳۹۳). مهمترین اصل این است که برای کودک در حضور بزرگسالی حمایت‌گر و فهیم، امکان رشد مثبت فراهم شود تا کودک بتواند توانایی‌های درونی خود را کشف کند. از آنجاکه تمرکز بازی درمانی کودک محور بر شخص کودک است نه بر مشکل او، در آن بر تسهیل تلاش‌های کودک برای تبدیل شدن به فردی کارآمدتر تأکید می‌شود تا بتواند با مشکلات فعلی و آتی که بر زندگی‌اش اثر می‌گذارند، مقابله کند. اهداف بازی درمانگری کودک محور برای دستیابی به این مقصود آن است که به کودک در چندین زمینه از جمله شکل دادن به خودپنداره مثبت‌تر، پذیرفتن شخصی بیشتر، افزایش هدایت خود، افزایش پذیرش خود، افزایش اتکا به خود، قاطعیت در تصمیم‌گیری، داشتن احساس کنترل، توجه کردن به فرایند مقابله، شکل دادن منبعی درونی برای ارزیابی و به‌دست آوردن اعتماد بیشتر به خود کمک شود (ری و همکاران، ۲۰۰۵؛ به نقل از گنجی و همکاران، ۱۳۹۰).

پژوهش‌های بسیاری از اثربخشی بازی درمانی با رویکرد کودک محور در درمان مشکلات درونی سازی شده حمایت می‌کنند (جعفری و همکاران، ۲۰۱۱ و آتاناسی دوا، ۲۰۱۲). پژوهش‌های دیگر تأثیر بازی درمانی را بر کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی (گنجی و همکارانش، ۱۳۹۰)، مشکلات درونی سازی شده (مایریک و گرین، ۲۰۱۴؛ ری، ۲۰۰۴؛ بیات، ۱۳۷۸)، اضطراب و افسردگی و افزایش سطح حرمت خود (باگرلی و لنردت، ۲۰۰۱؛ چن، ۲۰۰۲)، کاهش اختلالات رفتاری دانش‌آموزان آزار دیده جسمانی- هیجانی (کمیحانی، ۱۳۸۸) نشان دادند. باگرلی و پارکر (۲۰۰۵) دریافتند که بازی درمانی بر یادگیری، خودکنترلی، مسئولیت، ابراز احساسات، احترام گذاشتن، پذیرش خود و دیگران، بهبود مهارت‌های اجتماعی، عزت نفس، کاهش افسردگی و اضطراب مؤثر است. زارع پور و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهش خود نشان دادند که بازی درمانی منجر به کاهش افسردگی کودکان می‌شود. پژوهش دسی و ری (۲۰۱۵) نیز نشان داد بازی درمانی منجر به کاهش اضطراب و نگرانی می‌گردد. با وجود پژوهش‌های گوناگون در عرصه بازی درمانی، هنوز این روش به عنوان یکی از روش‌های کارآمد برای کودکان با مشکلات درونی سازی شده نیازمند بررسی بیشتر است. از این رو،

^۱ Self- direction

اثربخشی بازی درمان‌گری با رویکرد کودک‌محور بر مشکلات رفتاری ...

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی‌درمانی کودک‌محور بر مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده صورت گرفته است. در همین راستا، دو فرضیه مورد بررسی قرار گرفته است:
فرضیه اول: بازی‌درمانی کودک‌محور بر کاهش اضطراب کودکان پیش دبستانی تاثیر دارد.
فرضیه دوم: بازی‌درمانی کودک‌محور بر کاهش افسردگی کودکان پیش دبستانی تاثیر دارد.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش، کودکان ۶ ساله‌ای بودند که به دلیل مشکلات رفتاری به مرکز مشاوره مراجعه کردند و در ارزیابی توسط آزمون CBCL دارای مشکلات درونی‌سازی شده تشخیص داده شده‌اند. از میان این افراد ۱۰ کودک به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ۵ کودک که والدینشان جلسات درمانی را به‌صورت کامل پیگیری کردند، به‌عنوان گروه آزمایش و ۵ کودک که والدین آن‌ها تمایلی به ادامه درمان نداشتند، به‌عنوان گروه گواه انتخاب شدند.

ابزار

برای سنجش رفتار کودکان در این تحقیق نظام سنجش مبتنی تجربه آشنباخ^۱ و همکاران (CBCL^۲، ۱۹۷۹) جهت سنجش مشکلات درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده کودکان ۶-۱۸ سال مورد استفاده قرار گرفت که معروف به ASEBA^۳ و مدلی چندمحوری است و در آن اطلاعات از ۳ منبع والدین، معلم و خود کودک حاصل می‌شود. این نظام سنجشی جهت انطباق و هنجاریابی کودکان فارسی زبان، به‌وسیله مینایی و همکاران (به نقل از مینایی، ۱۳۸۴، ۱۳۸۵) مورد تحقیق قرار گرفت. سیاهه رفتاری کودکان توسط والدین یا فردی که سرپرستی کودک را بر عهده دارد و از او مراقبت می‌کند و یا هر کسی که با کودک در محیط‌های شبه خانوادگی برخورد دارد و او را به‌طور کامل می‌شناسد، تکمیل می‌گردد و نظر یا قضاوت وی را مبنی بر اینکه کودک در ۶ ماه گذشته مشکلات خاصی را از خود بروز داده است یا خیر، منعکس می‌کند و اطلاعات جمعیت شناختی، اطلاعات درجه‌بندی شده در مقیاس‌ها و اطلاعات توصیفی خاص درباره کودک مورد ارزیابی را فراهم می‌نماید. تعداد سوالات این فرم ۱۱۳ می‌باشد و با توجه به سوالات باز پاسخ و چند قسمتی به ۱۲۰ سؤال افزایش می‌یابد. این پرسشنامه دارای ۸ خرده مقیاس اضطراب/ افسردگی، گوشه‌گیری/ افسردگی، مشکلات اجتماعی، شکایات جسمانی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتارهای قانون‌شکنانه و رفتارهای پرخاشگرانه است. این خرده مقیاس‌ها در دو

^۱ Achenbach

^۲ Child Behavior Checklist

^۳ Achenbach System of Empirically Based Assessment

گروه عمده مشکلات درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده قرار می‌گیرند. قدرت سیاهه آشنیخ بیشتر برای نشان دادن همین دو بعد می‌باشد. از مجموع نمره‌های سه عامل اضطراب / افسردگی، افسردگی / انزوا و شکایات جسمانی، عامل مشکلات درونی‌سازی شده به دست می‌آید. در این پژوهش، از سؤالات مربوط به مقیاس‌های اضطراب / افسردگی و افسردگی / انزوا استفاده شده است. خدابخشی و همکاران (۱۳۹۴) برای برآورد ثبات زمانی مقیاس برونی‌سازی از ضریب همبستگی بین نمرات دو اجرا استفاده کردند که برای کل آزمون ۰/۹۷ و برای خرده‌مقیاس‌های رفتارهای قانون‌شکنانه و پرخاشگرانه به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۹۲ به دست آمد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از شاخص‌های توصیفی و آزمون‌های استنباطی مورد بررسی قرار گرفته است. در بخش توصیفی، میانگین مربوط به متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و آزمون ارائه شده و در بخش استنباطی، از آنجا که طرح تحقیق حاضر از نوع شبه آزمایشی با گروه‌های ناهمسان و پیش‌آزمون- پس‌آزمون است، بهترین روش آماری برای بررسی داده‌ها تحلیل کوواریانس می‌باشد. علت استفاده از تحلیل کوواریانس کنترل تأثیر متغیر تصادفی کمکی (پیش‌آزمون) می‌باشد.

شیوه اجرا: رویکرد بازی درمان‌گری کودک‌محور در هشت هفته و هر هفته دو جلسه به مدت ۴۵ دقیقه برگزار شد. ساختار دوره: **جلسه ۱ تا ۴:** جلسات اول صرف برقراری ارتباط بین کودک و درمانگر می‌شود. درمانگر قوانین را برای کودک بیان کرده و کودک نسبت به محیط و قوانین بازی شناخت پیدا می‌کند. **جلسات ۴ تا ۱۲:** در این جلسات کودک به بیان مشکلات خود از طریق بازی می‌پردازد و درمانگر بدون آن که سعی کند موضوعی بر کودک تحمیل کند و یا رفتار کودک را به سمت خاصی هدایت کند، تلاش می‌کند به کودک باری رساند به بینش کافی نسبت به مشکل خود و راه حل آن دست یابد. **جلسات ۱۲ تا ۱۶:** کودک‌ان برای خاتمه درمانی آماده می‌شوند.

یافته‌ها

جدول ۱- میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	شاخص‌ها		میانگین‌ها
	آزمون‌ها	آزمایش	
اضطراب	پیش‌آزمون	۷۲٫۸	۷۰٫۳
	پس‌آزمون	۴۹٫۳	۷۱٫۲
افسردگی	پیش‌آزمون	۷۰٫۵	۷۲٫۱
	پس‌آزمون	۵۵٫۸	۷۱٫۴

اثر بخشی بازی درمان گری با رویکرد کودک محور بر مشکلات رفتاری ...

با توجه به اینکه در هر دو متغیر پژوهش، رقم ۷۰ به عنوان نقطه برش در نظر گرفته شده است، مقادیر مربوط به میانگین پیش‌آزمون نشان می‌دهد که در هر دو متغیر اضطراب و افسردگی میانگین نمرات پیش‌آزمون بالاتر از نقطه برش بوده و آزمودنی‌ها دچار اختلال رفتاری تشخیص داده شده‌اند. در گروه آزمایش، در متغیر اضطراب میانگین نمرات پس‌آزمون ۲۳,۵ نمره کاهش داشته و به نمره ۴۹,۳ رسیده است و در متغیر افسردگی میانگین نمرات پس‌آزمون با ۱۴,۷ کاهش نمره به ۵۵,۸ رسیده است.

فرضیه اول

بازی درمانی کودک محور بر کاهش اضطراب کودکان پیش دبستانی تاثیر دارد. قبل از اجرای آزمون کوواریانس، به بررسی پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس در قالب بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون پرداخته شده است.

جدول ۲- بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون- بررسی اثر گروه- آزمون بر اضطراب

مشخصه آماری منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
گروه-آزمون	۲۴,۷۸	۱	۲۴,۷۸	۰,۸۷	۰,۴۱

تعامل بین متغیر تصادفی کمکی (پیش‌آزمون) و متغیر مستقل در سطح $P \leq 0,05$ معنادار نیست در نتیجه، شیب رگرسیون گروه و آزمون تقریباً موازی بوده و پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون مورد تایید می‌باشد.

جدول ۳- تحلیل کوواریانس- بررسی اثر گروه بر اضطراب

مشخصه آماری منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
گروه	۱۸۳,۳۰	۱	۱۸۳,۳۰	۱۳,۷۴	۰,۰۰۰۱

مقدار F در متغیر اضطراب برابر ۱۳,۷۴ است که در سطح $P \leq 0,01$ معنادار می‌باشد. بنابراین، عمل آزمایشی بر متغیر وابسته اثر معنادار دارد. با توجه به کاهش نمره گروه آزمایش در پس‌آزمون (۲۳,۵) کاهش نمره) می‌توان گفت، استفاده از بازی درمانی به طور معناداری موجب کاهش اضطراب در کودکان شده است.

فرضیه دوم

بازی‌درمانی کودک‌محور بر کاهش افسردگی کودکان پیش دبستانی تاثیر دارد. در ابتدا به منظور بررسی پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس به بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون پرداخته شده است.

جدول ۴- بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون- بررسی اثر گروه-آزمون بر افسردگی

مشخصه آماری منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری
گروه - آزمون	۱۹,۲۰	۱	۱۹,۲۰	۰,۷۳	۰,۵۵

جدول فوق نشان می‌دهد که که تعامل بین متغیر تصادفی کمکی (پیش‌آزمون) و متغیر مستقل در سطح $P \leq 0,05$ معنادار نیست. در نتیجه شیب رگرسیون گروه و آزمون تقریباً موازی بوده و پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون مورد تایید می‌باشد.

جدول ۵- تحلیل کوواریانس- بررسی اثر گروه بر افسردگی

مشخصه آماری منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری
گروه	۱۳۹,۹۹	۱	۱۳۹,۹۹	۱۰,۴۷	۰,۰۰۰۱

مقدار F در متغیر افسردگی برابر ۱۰,۴۷ است که در سطح $P \leq 0,01$ معنادار می‌باشد. بنابراین، عمل آزمایشی بر متغیر وابسته اثر معنادار دارد. با توجه به کاهش نمره گروه آزمایش در پس‌آزمون (۱۴,۷) کاهش نمره) می‌توان گفت، استفاده از بازی‌درمانی به‌طور معناداری موجب کاهش افسردگی شده است.

بحث و نتیجه گیری

در بررسی فرضیه‌های پژوهش مشخص شد که مداخلات بازی‌درمانی با رویکرد کودک‌محور بر کاهش میزان اضطراب کودکان مؤثر می‌باشد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های التی (۲۰۰۵)، جی یوم شین (۲۰۰۲)، اصلی آزاد (۱۳۹۱)، دسی و ری (۲۰۱۵)، باگرلی و لندرث (۲۰۰۲) و اکاوا (۲۰۰۴) همسو می‌باشد. در جریان بازی‌درمانی مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی کودکان گسترش می‌یابد و الگوی دلبستگی ایمن بر روابط کودک و درمانگر حاکم می‌شود. کودکان در چنین چارچوبی می‌توانند با بازپیداوری مکرر موضوع‌ها و رویدادهای مهم، احساسات و هیجان‌های خود را برون‌ریزی کنند، به بینش جدیدی دست یابند و شیوه‌های سازش یافته‌تر حل مسأله را برگزینند. بازی‌درمانی به کودکان در

تنظیم و تعدیل حالت‌های عاطفی و هیجانی و استفاده از پاسخ‌های رفتاری دقیق‌تر و ظریف‌تر در موقعیت‌های مختلف کمک می‌کند. در نهایت به نظر می‌رسد که مجموعه این عوامل می‌توانند دریچه تازه‌ای از امکانات و ظرفیت‌های شناختی و عاطفی را پیش روی کودکان بگشایند و آن‌ها را قادر سازند تا هدف‌های جدیدی را برای خود تعیین و برای به ثمر رساندن آن‌ها تلاش کنند (دادستان، بیات و عسگری، ۱۳۸۸). همچنین از آنجا که کودکان هنوز به تفکر انتزاعی دست نیافته‌اند تا بتوانند به بیان هیجانات و احساسات بپردازند، 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 آن‌ها پی برد و چون بازی برای کودکان همانند کلام برای بزرگسالان است، بنابراین 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 وی می‌شود (پریچ و اولندیچ، ۲۰۰۳).

بخش دیگری از نتایج نشان می‌دهد که مداخلات بازی‌درمانی با رویکرد کودک‌محور بر کاهش میزان اضطراب و افسردگی کودکان مؤثر می‌باشد. باکرلی و پاکر (۲۰۰۵) نیز در پژوهش خود نشان داده‌اند که بازی‌درمانی به بهبود مهارت‌های اجتماعی و کاهش افسردگی می‌انجامد. لندرت، ری و براتون (۲۰۰۹) مطرح نمودند که بازی‌درمانی کودک‌محور تأثیر مثبتی بر رفتار و هیجانات دارد. در جریان بازی‌درمانی 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 می‌شود)، به مشکلات درونی و دل‌مشغولی‌های ذهنی وی پی می‌برد (اصلی آزاد، ۱۳۹۱). در جریان بازی‌درمانی، ایجاد ارتباط مؤثر بین درمانگر و کودک، منجر به افزایش احساس امنیت در کودک و تغییر افکار منفی در او می‌شود (رای و همکاران، ۲۰۱۴).

بر مبنای یافته‌های این پژوهش و پژوهش‌های مشابه می‌توان مطرح نمود که بازی‌درمانی نقش کم نظیری در درمان اختلالات کودکان از جمله افسردگی و اضطراب دارد و پیشنهاد می‌گردد که والدین به این امر مهم توجه نموده و مراکز مشاوره به تجهیز بخش بازی‌درمانی بیشتر توجه نمایند، تا به این ترتیب گامی در جهت کاهش اختلالات روان‌شناختی و رفتاری کودکان برداشته شود. از محدودیت‌های این پژوهش نیز می‌توان به تعداد حداقلی در حجم نمونه اشاره نمود. تعداد والدین مراجعه کننده به مراکز درمانی به دلیل مشکلات رفتاری کودکان بسیار است. اما تشخیص مشکلات کودکان با استفاده از پرسشنامه CBCL نشان می‌دهد که حدود نیمی از مراجعات، نمره کمتر از نقطه برش اخذ نموده‌اند و این امر تعداد کودکان دچار اختلالات رفتاری که مایل به تکمیل فرایند درمان هستند را کاهش می‌دهد.

بر اساس نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود که بخش مهمی از فرایند درمان با حضور والدین در تیم درمان صورت پذیرد. از آنجا که بخش مهمی از افکار و احساسات کودک درباره خود به بازخورد والدین گره خورده است، ضروری است که والدین جهت بازخورد مطلوب‌تر به کودکان، انجام بازی،

صحبت با کودک درباره احساسات و افکار و ... تحت آموزش قرار بگیرند. ضمن اینکه حضور آن‌ها در برخی جلسات بازی‌درمانی نیز توصیه می‌شود. این امر به حفظ و استمرار پیامدهای مثبت حاصل از بازی‌درمانی منجر خواهد شد. به‌علاوه می‌توان جلساتی مشابه جلسات بازی‌درمانی با مبنای پیشگیرانه در مدارس تشکیل داد تا به کمک آن از بروز برخی اختلالات در کودکان جلوگیری نموده و طی آن بتوان آموزش‌های مربوط به مدیریت هیجانات و رفتارها را به کودکان آموزش داد. از سوی دیگر، به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که بسته‌های درمانی مبتنی بر بازی‌درمانی در تلفیق با سایر روش‌ها نظیر درمان‌های گروهی، طراحی نمایند تا پیامد مطلوب استفاده از این روش ارتقا یابد. همچنین با توجه به اهمیت مهارت درمان‌گران در جریان بازی‌درمانی، روش‌های ارزیابی درمان‌گران استانداردسازی شود و معیارهای ارزیابی مشخصی تدوین شود تا امکان تعیین سطح عملکرد آنان فراهم شود.

منابع

- اصلی آزاد، مسلم، عارفی، مژگان، فرهادی، طاهره، شیخ محمدی، روح اله (۱۳۹۱). اثربخشی بازی‌درمانی کودک‌محور بر اضطراب و افسردگی کودکان دختر دارای اختلال اضطراب و افسردگی در دوره دبستان. روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، ۲(۹): ۷۱-۹۰.
- باچر، ج: منیکا، س: هول، ج. (۱۳۸۸). آسیب‌شناسی روانی، جلد دوم. ترجمه سید محمدی، ی، تهران: ارسباران بیات، م، (۱۳۷۸). بازی‌درمانگری بی‌رهنمود در کودکان مبتلا به مشکلات دورنی سازی شده. فصلنامه روان‌شناسان ایرانی، ۱۵ (۴)، ۲۶۷-۲۷۶.
- خدابخشی کولایی، آ، شاهی، ع، نویدیان، ع، مصلی نژاد، ل، (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت به مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در کاهش مشکلات برونی سازی کودک. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۷ (۳)، ۳۷-۴۳.
- دادستان، پ، بیات، م، عسگری، ع، (۱۳۸۸). تأثیر بازی‌درمانگری کودک‌محور بر کاهش مشکلات برونی سازی شده کودکان. مجله علوم رفتاری، دوره ۳، شماره ۴، ۲۶۴-۲۵۷.
- زارع‌پور، الف، فلاحی‌خشک‌ناب، م، کاشانی‌نیا، ز، بیگلریان، الف، باباشاهی، ر، (۱۳۸۸). بررسی تأثیر بازی‌درمانی گروهی بر میزان افسردگی کودکان مبتلا به سرطان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دوره چهاردهم، ۶۴-۷۲.
- کمیجانی، ز، هاشمی، آ، (۱۳۸۸). بررسی تأثیر بازی‌درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری دانش‌آموزان آزار دیده جسمانی-هیجانی ۹-۱۲ ساله شهر تهران، روانشناسی تربیتی، (۱۵)، ۱۹-۳۲.
- گنجی، ک، ذبیحی، ر، خدابخش، ر، کراسکیان، آ، (۱۳۹۰). تأثیر بازی‌درمانگری کودک‌محور بر کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی. مجله روانشناسی بالینی، ۳ (۴)، ۱۵-۲۵.
- لنדרت، گ، ال، (۱۳۹۳). بازی‌درمانی (هنر ارتباط با کودکان). ترجمه شهناز محمدی و کبری جمشیدی، تهران: روان.
- مینایی، الف، (۱۳۸۴). انطباق و هنجاریابی نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA). تهران: انتشارات سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی.
- مینایی، الف، (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسش‌نامه خودسنجی گزارش معلم. مجله کودکان استثنایی، ۱(۱)، ۵۲۹-۵۵۸.

- Achenbach TM, Rescorla LA. (2001). ASEBA school age forms profiles. Burlington: University of Vermont, research center for children, youth & families.
- Althy, A.L. (2005). Effects of a trained therapy dog in child- centered play therapy on children bio behavioral measures of anxiety. Dissertation. University of north Texas.
- Athanassiadoua E, Giannakopoulou G, Kolaitisa G, Tsiantisa J, Christogiorgosa S. (2012). Preparing the Child Facing Surgery: The Use of Play Therapy. *Psychoanal Soc Work*; 19(1):91-100.
- Baggerly J, Landreth G. (2001). Training children to help children: A new dimension in play therapy. *The*
- 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.
- Baggerly, J. (2004). 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, 31-51.
- Bayat, M. (2008). Nondirective play-therapy for children with internalized problems. *Journal of Iranian Psychologists*, 4, 267-276.
- Bratton S, Ray D, Rhin T, 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.
- Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 54, 877-885.
- Chen X, Lewis G, Liu J. (2011). Childhood internalizing behavior: analysis and implications. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* . 18(10):884-94.
- Chilamakuri S, Nuvvula S, Sunkara N. (2014). Play Therapy in Pediatric Dentistry. *Journal of Paediatr Dent*; 2(1):28.
- Colman I, Wadsworth MEJ, Croudace TJ, Jones PB. (2008). Forty-Year Psychiatric Outcomes Following Assessment for Internalizing Disorder in adolescence. *The American journal of psychiatry* . 164(1): 126-33.
- Fox J, Halpern L, Forsyth J. (2008). Mental health checkups for children and adolescents: A means to identify, prevent and minimize suffering associated with anxiety and mood disorders. *Clinical Psychology* . 15(3): 182-211.
- Hudson J, Deveny C, Taylor L. (2005) Nature, assessment and treatment of general anxiety disorder in children. *Pediatric annals* . 34(2): 97-106.
- Jafari, N., Mohammadi, M.R., Khanbani, M., Farid, S & Chiti, P. (2011). Effect of Play Therapy on Behavioural Problems of Maladjusted Preschool Children. *Iranian Journal of Psychiatry*, 6, 1, 37-42.

- Landreth, G. L. (2002). *Play therapy: The art of relationship*. New York, N.Y: Brunner- Rutledge.
- Landreth, G.L, Ray, D.C, Bratton, S. (2009). Play therapy in elementary school psychology in the school. 46 (3):1-9.
- Myrick, A.C. & Green, E.J. (2014). Establishing Safety and Stabilization in Traumatized Youth: Clinical Implications for Play Therapists, *International Journal of Play Therapy*, Vol. 23, No. 2, 100–113
- Ogawa, T. (2004). Childhood Trauma and play therapy intervention for traumatized children. *Journal of professional counseling: practice, theory & research*, 32 (1):19-29.
- Peer Facilitator Quarterly. (1): 6-14.
- Perle JG, Levine AB, Odland AP, Ketterer JL, Cannon MA, Marker CD. (2013). The Association between Internalizing Symptomology and Risky Behaviors. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse* . 22(1): 1-24.
- Prins PJ, Ollendich T.H.(2003). Cognitive change and enhanced coping: missing meditational links in cognitive behavior therapy with anxiety. *Disordered children. Clinical children family psychology Review*: 6(2): 87-105.
- Ray D.(2004). Supervision of basic and advanced skills in play therapy. *J Prof Couns: Pract Theor and Res*. (2): 28-41. 32
- Ray, D., Schottelkorb, A., & Tsai, M. (2007). Play therapy with children exhibiting symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Play therapy*, 16, 95-111.
- Ray, D.C., Jayne, K, M., Stulmaker H. L. (2014). A Way of Being in the Playroom: ExperienceExpression Congruence Model (EECM), *International Journal of Play Therapy*, 2014, Vol. 23, No. 1, 18–30.
- Ray,D,C.,Armstrong.S,A,Balkin R,s.& Jayne ,K.M.(2015).child centered play therapy in the schools:Review and Meta-Analysis. *psychology in the schools*,52(2),107-123.
- Shen, Y. (2002). Short-term group play therapy with chinese earthquake victims: Effects on anxiety, depression, and adjustment. *International Journal of Play Therapy*, 11, 43-63.
- Shoaf , Thomas L, Emslie, Graham J, Mayes, Taryn L(2001). Childhood depression: Diagnosis and treatment strategies in general pediatrics. *Pediatric Annals*, 30(3).
- Warner. C.M, Reigade, C. Fisher, P.H, Saborsky, A.L & Benkov, K.J (2009). CBT for anxiety and associated somatic complaints in pediatric medical setting: An open pilot study *journal of clinical psychology mediation* 16: 169-177.
- Watts, S. Markham, R. (2005). Etiology of depression in children *journal of Instructional psychology*, 32(3).