

بررسی تاثیر بازی درمانی شناختی رفتاری بر مشکلات هیجانی-اجتماعی دانش آموزان دارای اختلال نافرمانی مقابله ای در شهر اصفهان

مدیا ده بزرگی^۱، عباس روحانی^۲

دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد مبارکه، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

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

چکیده

زمینه: اختلال نافرمانی مقابله ای از مهمترین اختلال های رفتاری در کودکان و جزء اختلال های برونی سازی محسوب می شود. **هدف:** هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر بازی درمانی شناختی رفتاری بر مشکلات هیجانی-اجتماعی دانش آموزان دارای اختلال نافرمانی مقابله ای در شهر اصفهان بوده است. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش ازمون- پس ازمون با گروه کنترل بود. جامعه ی مورد مطالعه در این پژوهش کلیه دانش آموزان دارای اختلال نافرمانی مقابله ای مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روانشناسی شامل نفر در شهر اصفهان بود که از بین آنها ۳۰ نفر به عنوان نمونه و با توجه به ملاک های ورود و خروج و با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفت. روش گردآوری اطلاعات در بخش تئوری ها کتابخانه ای بوده و در بخش میدانی به منظور گردآوری داده های پژوهش با استفاده از پرسشنامه مشکلات هیجانی- اجتماعی گودمن (۱۹۹۷) جمع آوری شد. تجزیه و تحلیل داده ها در پژوهش با استفاده از نرم افزار spss۲۶ در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام گرفت که در سطح توصیفی از شاخص های میانگین، انحراف معیار (استاندارد)، فراوانی و درصد فراوانی و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس استفاده شد. **یافته ها:** مقدار F بدست آمده، برای تمامی مولفه های مشکلات هیجانی-اجتماعی کل در سطح $0/05$ معنی دار می باشد ($P < 0/05$). بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش مورد تایید قرار می گیرد. **نتیجه گیری:** نتایج پژوهش نشان داد که با توجه به پایین تر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پس ازمون، در خصوص مشکلات هیجانی-اجتماعی چنین نتیجه می شود که بازی درمانی شناختی- رفتاری بر مشکلات هیجانی-اجتماعی کودکان دبستانی تاثیر معناداری دارد.

واژه های کلیدی: بازی درمانی شناختی رفتاری، مشکلات هیجانی-اجتماعی، اختلال نافرمانی مقابله ای، دانش آموزان.

مقدمه

در دوره کودکی شالوده کفایت اجتماعی شکل می گیرد و در این دوره است که افراد مهارت های اجتماعی را فرا می گیرند. این در حالی است که امروزه، کودکان از نظر هیجانی نابالغ هستند. آن ها دوستان کمی دارند و روابطشان با همسالان و بزرگسالان محدود است. این موضوع پیامدهای مخربی چون کاهش سطح سازگاری اجتماعی، بروز مشکلات رفتاری، طرد شدن از سوی همسالان، کاهش اعتماد به نفس و جرات ورزی و خودابرازی و در نتیجه، عملکرد تحصیلی ضعیف، اضطراب و استرس را برای آن ها به دنبال داشته است. بنابراین کفایت اجتماعی، می تواند موفقیت فرد را در زندگی اجتماعی تضمین نماید و کیفیت روابط او را ارتقا بخشد (یوسفی، ۱۴۰۲).

اختلال های رفتاری کودکان، اختلال های شایع و ناتوان کننده ای هستند که برای معلمان، خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری ایجاد می کنند و با بسیاری از معضلات اجتماعی همراه اند، محققان دریافته اند که اختلال های رفتاری معمولاً نخستین بار در سال های آغازین دبستان مشاهده می شوند. اختلال های رفتاری به طور چشمگیری بر عملکرد تحصیلی-اجتماعی کودکان تاثیر منفی می گذارند و احتمال ابتلا به بیماری های روانی در دوره بزرگسالی را افزایش می دهند (صفری و همکاران، ۱۳۹۳). اختلال نافرمانی مقابله ای^۱ از مهمترین اختلال های رفتاری در کودکان و جزء اختلال های برونی سازی محسوب می شود. مهمترین مشخصه های اختلال نافرمانی مقابله ای وجود دو دسته نشانه های هیجانی و رفتاری مانند: الگوهایی از رفتارهای تخصصی، نافرمانی، منفی گرایی، عدم اطاعت پذیری، خلق و خوی عصبی، مشاجره با بزرگسالان، رفتارهای انحرافی، رد درخواست ها و قواعد بزرگسالان و والدین، انجام کارهایی بدون تفکر که موجب رنجش دیگران می شود، سرزنش دیگران به دلیل اشتباه ها یا رفتارهای نابجای خود، زود رنج و حساس بودن، پرخاشگر و کینه توز و مغرضانه رفتار کردن است که حداقل چهار مورد از نشانه ها به مدت شش ماه تداوم داشته باشد (قدرتی میرکوفی و مشعوف فرد، ۱۳۹۶). رفتار کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای به این دلیل که دارای علائم از کوره در رفتن، سرپیچی از دستورات و نافرمانی و رفتارهای ایدایی است، در مقایسه با همسالان فراتر از حد انتظار است (کلزدیک^۲، ۲۰۱۱، به نقل از حداد کاشانی، ۱۳۹۸). نتایج فراتحلیلی که توسط دمر^۳ و همکاران (۲۰۱۷) انجام شده است نشان می دهد که به طور کلی شیوع اختلال نافرمانی مقابله ای در پسران به طور معناداری بیشتر از دختران است. مشکلات روان شناختی این کودکان نه تنها مسائل زندگی، آموزشی و اجتماعی خود آنها را تحت الشعاع قرار داده، بلکه وجود این کودکان در خانواده تأثیرات معناداری بر عملکرد دیگر اعضای خانواده داشته و حتی تغییرات اساسی در مسائل روزمره آنها ایجاد می کند.

این اختلال جزء پانزدهمین طبقه ی تشخیصی و جدید در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی بوده که شامل اختلالات اخلاص گر، کنترل تکانه و سلوک هستند و اختلالاتی را شامل می شود که مشکلاتی در زمینه ی خویشن داری هیجانات و رفتارها را شامل می شوند. این طبقه ی تشخیصی شامل هفت اختلال است. اختلال بی اعتنائی مقابله ای، آتش افروزی بیمارگون، دزدی بیمارگون، اختلال انفجاری متناوب و اختلال سلوک، اختلالات اخلاص گر، کنترل تکانه و سلوک مشخص، اختلالات اخلاص گر، کنترل تکانه و رفتار هنجاری نامشخص مهم ترین اختلالات در این طبقه ی تشخیصی هستند که در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی در زیر گروه اختلالاتی که برای نخستین بار معمولاً در شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می شوند و اختلالات کنترل تکانه که به گونه ای دیگر طبقه بندی نشده اند، قرار دارند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

والدین مهم ترین افرادی هستند که تاثیر زیادی از مشکلات روانشناختی کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله ای می پذیرند و گاهی این مسائل به حدی پیش رفته که آسیب های جبران ناپذیری بر آنها داشته است. به خطر افتادن سلامت

^۱ - Oppositional defiant disorder

^۲. Kledzik

^۳. Demmer

روانی والدین از جمله این آسیب ها است که تبعاتی چون احساس محرومیت و سطوح بالایی از مشکلات هیجانی-اجتماعی^۱ مانند اضطراب، تنیدگی^۲ و افسردگی را نسبت به والدین کودکان بهنجار تجربه می کنند (دایسون^۳، ۲۰۰۵؛ به نقل از شیخ الاسلامی و همکاران، ۱۳۹۵). مشکلات هیجانی-اجتماعی به شرایطی گفته می شود که در آن پاسخ هیجانی و رفتاری در مدرسه با هنجارهای فرهنگی، سنی و قومی تفاوت داشته باشد. به طوری که بر عملکرد تحصیلی، مراقبت از خود، روابط اجتماعی، سازش یافتگی فردی، رفتار در کلاس و سازش یافتگی در محیط اجتماعی تاثیر منفی بگذارد. این مشکلات شامل پاسخ های قابل قبول کودک و نوجوان به عوامل تنش زای محیطی نمی شود و باید دست کم در دو موقعیت متفاوت که یکی از آنها مدرسه است ظهور کند. این اختلال ها می تواند به طور همزمان با سایر ناتوانی ها همراه باشد (شورای کودکان استثنایی^۴، ۱۹۹۱؛ به نقل از سیمبر، ۱۳۹۶).

کودکان مبتلا به مشکلات هیجانی-اجتماعی، رفتار های نامناسب با سن خود را نشان می دهند و در نتیجه با کشمکش های اجتماعی، ناراحتی های شخصی و شکست های درسی رو به رو می شوند. این کودکان برای دیگران مشکل می آفرینند و ممکن است انواع رفتارهای اخلاص گرایانه (مخل کننده) را انجام دهند و باعث ناراحتی دیگران شود. ناراحتی شدید هیجانی می تواند صرفاً نشانه غم و ناراحتی شخصی باشد و باعث ایجاد ناتوانی در یادگیری، ناتوانی در ایجاد یا حفظ رابطه رضایت بخش با دیگران، رفتارها یا احساسات غیر عادی و احساس غم یا افسردگی فراگیر و دائم شود (فدایی، ۱۴۰۰). علاوه بر این در پژوهش ها آورده شده است که کودکان دارای مهارت اجتماعی ناکافی، در ایجاد رابطه با همسالان و یادگیری در محیط آموزشی با شکست های زیادی مواجه می شوند. پژوهش های طولی نیز در این راستا مؤید تاثیر منفی نقص مهارت اجتماعی بر سلامت روانی کودک است. مهارت اجتماعی به کودک کمک می کند تا با دیگران سازگاری بیشتر و رابطه اثر بخش داشته باشد (کوهی، ۱۳۹۸).

رواندرمانگران از درمان های متفاوتی برای مشکلات هیجانی-اجتماعی کودکان استفاده می کنند که برخی از آنها عبارتند از درمان شناختی-رفتاری، خانواده درمانی، بازی درمانی، کتاب درمانی و... (قربانی، ۱۴۰۲). درمان شناختی رفتاری ازجمله مؤثرترین راهبردهای درمانی مورد استفاده برای درمان اختلال اضطراب جدایی، ترس از مدرسه و مشکلات ارتباطی است. مفروضه اصلی این درمان این است که شناخت ها واسطه پاسخ های رفتارها هستند؛ بنابراین برای تغییر رفتارهای ناسازگارانه لازم است که شناخت ها ناسازگار را اصلاح کنیم (ایساو^۵ و همکاران، ۲۰۱۸). در درمان شناختی رفتاری فنون رفتاردرمانی با فرایندهای شناختی ترکیب می شوند. در این رویکرد کودک می آموزد که اضطراب خود را درک کند و کاملاً آن را بشناسد. همچنین با علائم جسمانی اضطراب آشنا می شود. کودک با افکاری که سبب اضطراب او می شوند و او را به این سمت می کشانند نیز آشنا می شود. درنهایت با استفاده از راهبردهای آموزشی چگونگی مقابله و مدیریت افکار اضطرابی و احساس اضطراب خود را می آموزد و یاد می گیرد که چگونه با هیجانات منفی خود سازگار شود و تنظیم هیجانی داشته باشد (پیرزادی، ۱۳۹۷).

برای فهم شناخت درمانی به خردسالان، می توان از عروسک های نمایشی، حیوانات عروسکی، کتاب و دیگر اسباب بازی ها استفاده کرد تا به وسیله آن راهبردهای شناختی را دستکاری کرده و الگوهای ذهنی را ارائه داد. در درمان های شناختی رفتاری، سعی بر آن است که عینی گرایی، ارزیابی و سنجش از یک سو و دخالت دادن نقش حافظه و شناخت در بازسازی و تفسیر اطلاعات از سوی دیگر به صورت یک پیکره درآیند. از طرف دیگر کودک در هر موقعیتی نیازمند بازی است. بازی باعث ارتباط افکار درونی کودک با دنیای خارجی او می شود و باعث می شود کودک بتواند اشیای خارجی را تحت مهار خود درآورد. او در طی بازی پدیده ها را درک می کند، روابط را می فهمد و احساس راحتی می کند و از آن به عنوان

۱ - education on emotional-social problems

۲. Stress

۳. Daison

۴ - Council for Exceptional Children

۵ - Essau

ابزاری برای ایجاد ارتباط، مبادله و آزمایش و تسلط بر واقعیت های بیرونی استفاده می کند. یکی از کارکردهای بازی در رشد و تحول کودکان، نقش درمانی آن است (جولانی اوجاق، ۱۳۹۹). بنابراین می توان درمان های شناختی رفتاری را برای کودکان در یک مدل بازی درمانی ترکیب کرد. بازی درمانی به عنوان یک رابطه میان فردی پویا بین یک کودک و یک درمانگر آموزش دیده تعریف می شود و با فراهم کردن ابزار مناسبی برای بازی کودک، ایجاد یک رابطه ایمن را به منظور کشف و بیان کامل خود از طریق بازی طبیعی بیان کودک است، تسهیل می کند (لنדרث^۱، ۲۰۰۲؛ به نقل از مک گی^۲، ۲۰۱۰). بنابراین باتوجه به مطالب گفته شده، اهمیت موضوع و اینکه تابحال پژوهشی با این عنوان صورت نگرفته است، هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر بازی درمانی شناختی رفتاری بر مشکلات هیجانی-اجتماعی دانش آموزان دارای اختلال نافرمانی مقابله ای در شهر اصفهان می باشد.

روش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش های نیمه آزمایشی بوده است که در قالب یک طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه صورت می پذیرد. به این صورت که آزمودنی ها در قالب دو گروه آزمایش و گواه دسته بندی شده و گروه آزمایش با استفاده از بازی درمانی شناختی-رفتاری آموزش دیده و گروه دیگر آموزشی دریافت نکرد. جامعه ی مورد مطالعه در این پژوهش کلیه دانش آموزان دارای اختلال نافرمانی مقابله ای مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روانشناسی در شهر اصفهان بود. از بین دانش آموزان دارای اختلال نافرمانی مقابله ای ۳۰ نفر به عنوان نمونه و با توجه به ملاک های ورود و خروج و با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از انتخاب نمونه مورد نظر (با توجه به ملاک های ورود و خروج) از والدین و کودکان ۶ تا ۱۲ سال دعوت به عمل آمده و در یک جلسه توجیهی شرح کلیه مراحل پژوهش برای آنها توضیح داده شد. تمام اطلاعات آنها محرمانه بوده و به شرکت کنندگان، این اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه و بدون نام می باشد. بعد از اجرای پیش آزمون در بین افراد نمونه، جلسات آموزشی با استفاده از پروتکل درمان شناختی رفتاری بازی محور برگزار شد. پس از پایان جلسات نیز مجددا پرسشنامه ها توسط شرکت کنندگان هر دو گروه تکمیل شده و داده ها برای تجزیه و تحلیل آماده سازی شد.

جدول ۱: محتوای جلسات آموزشی بازی درمانی شناختی-رفتاری

جلسه	عنوان جلسه آموزشی
اول	معارفه و برقراری ارتباط و قانون گذاری پانتومیم نمایش من: شغل مورد علاقه توپ خودشناسی: معرفی + ویژگی مثبت تمرین: ساختن روزنامه دیواری توانمندی ها
دوم	رفتار مطلوب-نامطلوب همراه با نقش بازی کردن تمرین: لیستی از رفتار مطلوب و نامطلوب در هفته
سوم	مشکل دوست را حل کن: حل مساله تمرین: چتر نجات
چهارم	فعالیت ترسیمی و شناخت هیجانات، پانتومیم احساسات تاس احساسات: کجا؟

۱-Lanruth

۲-McGee

تمرین: کاردستی احساسات	
پنجم	بازی رام کردن شیر: حل مساله بادکنک خشم+گل /شمع(تکنیک آرام سازی)
ششم	آتش نشان خشم سفر تنفس تمرین: نقاشی چراغ راهنمایی
هفتم	کی آدم تره؟/ نقاشی من خشمگین
هشتم	ابرهای فکر: یک مشکل+راه حل+بازی ایست تمرین: ساخت کارت های مقابله
نهم	کلاغ پر: فکر نامطلوب+مطلوب تمرین: مکعب من(نوشتن توانمندی)
دهم	استفاده از تصاویر: موقعیت یکسان/۲ فکر مختلف طوفان راه حل +تکنیک لاک پشت تمرین: فوق من-توانایی من
یازدهم	شن بازی همراه با اسباب بازی تمرین: وقتی عصبانی هستم چکار کنم؟
دوازدهم	چه خوب چه خوب نقاشی آینده
سیزدهم	بازی مار و پله خشم سنج

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی در قالب پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود که با استفاده از پرسشنامه های مشکلات اجتماعی-هیجانی گودمن (۱۹۹۷) و پرسشنامه اختلال نافرمانی مقابله ای اسپیرافکین و گادو به انجام رسید.

پرسشنامه مشکلات هیجانی-اجتماعی

برای بررسی مشکلات هیجانی-اجتماعی کودکان در گروه ها از پرسشنامه مشکلات هیجانی- اجتماعی استفاده شد. پرسشنامه مذکور که توسط گودمن (۱۹۹۷) طراحی شده است برای غربالگری مشکلات کودکان و نوجوانان دامنه سنی ۳ تا ۱۷ سال(تا پیش از سال ۲۰۱۴ این دامنه سنی بین ۳ تا ۱۶ سال در نظر گرفته می شد) به کار می رود. این پرسشنامه شامل ۵ بعد بیش فعالی، مشکلات هیجانی، مشکلات سلوک، مشکل ارتباط با همسالان، رفتار مطلوب اجتماعی می باشد. این پرسشنامه در سه نسخه والد، معلم و دانش آموز تنظیم شده است و دارای ۲۵ سوال می باشد. سوالات آن به صورت ۳ گزینه ای (درست نیست: یک، کمی درست است: ۲، حتما درست است: ۳) بوده و گویه های ۷، ۱۱، ۱۴، ۲۱ و ۲۵ معکوس نمره گذاری می شوند. حداقل نمرات آزمودنی در این پرسشنامه ۲۵ و حداکثر ۷۵ می باشد. روایی این پرسشنامه توسط تهرانی دوست و همکاران(۱۳۸۵) بر روی ۶۰۰ کودک دبستانی ۶ تا ۱۲ سال بررسی شد و مشخصات روان سنجی قابل قبولی برای آن ذکر شد. همچنین این پرسشنامه در سال ۱۳۸۶ توسط غنی زاده، ایزدپناه و عبداللهی ترجمه شده و ضریب همسانی درونی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش شده است. در کل پژوهشگران روایی و اعتبار آن را رضایت بخش و قابل قبول ارزیابی کرده و استفاده از آن را در موقعیت های بالینی و پژوهشی مورد تایید قرار داده اند.

پرسشنامه نافرمانی مقابله ای

پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-۴) یک مقیاس درجه بندی رفتار است که اولین بار در سال ۱۹۸۴ توسط اسپیرافکین و گادو بر اساس طبقه بندی سومین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی با نام SLUG به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ سال طراحی شد. این پرسشنامه دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والدین دارای ۱۱۲ سوال است که برای ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافی از اختلالات رفتاری تنظیم شده و فرم معلم دارای ۸۷ سوال است که ۹ گروه عمده از اختلالات رفتاری را در بر می گیرد. برای پرسشنامه علائم مرضی کودک دو شیوه نمره گذاری طراحی شده است. شیوه نمره برش غربال کننده و شیوه نمره گذاری بر حسب شدت نشانه های مرضی. شیوه نمره برش غربال کننده در اکثر پژوهش ها مورد استفاده قرار گرفته و در یک مقیاس ۴ امتیازی هرگز -، بعضی اوقات -، اغلب -۱، و بیشتر اوقات -۱ نمره گذاری می شود. شیوه نمره گذاری بر حسب شدت نشانه های مرضی در یک مقیاس ۴ امتیازی هرگز -، گاهی -۱، اغلب -۲، بیشتر اوقات -۳ نمره گذاری می شود و سپس از حاصل جمع نمرات هر سوال نمره شدت به دست می آید. از این روش به منظور تشخیص میزان انحراف رفتاری کودکان با یک گروه بهنجار مورد استفاده قرار می گیرد. به نحوی که نمره های T از ۶۰ تا ۶۹ نشانه های مرضی متوسط رو به شدید و نمره های T=۷۰ و بالاتر نشانه های شدید رو به بالا را نشان می دهد. در مطالعه ای که توسط اسپیرافکین و گادو (۱۹۹۴) بر روی فرم علائم مرضی کودک انجام شد، اعتبار پرسشنامه برای ۳۶ کودک دارای اختلال هیجانی به روش اجرای مجدد تست و با فاصله زمانی ۶ هفته به ترتیب برای اختلال نارسایی توجه با و بدون فزون کنشی، اختلال لجبازی، اختلال رفتار هنجاری با و بدون پرخاشگری از ۰/۷ تا ۰/۸۹ گزارش شد. علاوه بر اعتبار، در بررسی ها که در مورد روایی همگرای فرم مقیاس درجه بندی کانرزو نمره های شدت نشانه های مرضی اختلال لجبازی-نافرمانی، اختلال رفتار هنجاری با و بدون پرخاشگری از ۰/۳۲ تا ۰/۳۹ گزارش شد. در مطالعه دیگری که توسط گادو و اسپیرافکین (۱۹۹۷) انجام گرفت، اعتبار پرسشنامه علائم مرضی کودک به روش اجرای مجدد تست و با فاصله زمانی ۶ هفته بر روی ۷۵ پسر سنین ۶ و ۱۰ سال مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از تحلیل داده ها و همبستگی های بدست آمده از دو بار اجرای پرسشنامه علائم مرضی کودک هم در مورد نمره های شدت و هم غربال کننده برای ۱۲ اختلال پرسشنامه CSI-۴ به ترتیب به شکل زیر گزارش شد: نوع عدم توجه (r=۰/۶۷ و r=۰/۷۷)، نوع تکانشی-بیش فعالی نارسایی توجه-فزون کنشی (r=۰/۷۵ و r=۰/۷۰)، اختلال رفتار هنجاری (r=۰/۶۷ و r=۰/۶۴)، اختلال اضطراب فراگیر (r=۰/۶۵ و r=۰/۶۲)، اختلال افسردگی اساسی (r=۰/۵۶ و r=۰/۴۳)، اختلال افسرده-خوبی (r=۰/۵۴ و r=۰/۴۱)، اسکیزوفرنی (r=۰/۳۷ و NS و r=۰/۲)، اختلال اتیستیک (r=۰/۷۴ و r=۰/۵)، هراس اجتماعی (r=۰/۶۵ و r=۰/۶۲) و اختلال اضطراب جدایی (r=۰/۷۲ و r=۰/۵). در پژوهشی که توسط قهاری و مهریار (۱۳۷۵) انجام شد، درجه همبستگی بین نتایج داده های مرحله اول معلم با مرحله دوم برابر با ۰/۹۶ می باشد که با ۹۹ درصد اطمینان، پایائی چک لیست معلم، تایید شد. با ۹۹ درصد اطمینان، پایائی چک لیست والدین تایید شد. از طرف دیگر، جهت تعیین درجه اعتبار همبستگی بین نتایج داده های مرحله اول معلم با داده های مرحله اول والدین محاسبه شده که برابر با ۸۹ درصد می باشد که با ۹۵ درصد اطمینان، اعتبار چک لیست تایید شد. همچنین درجه همبستگی بین نتایج داده های مرحله دوم معلم با مرحله دوم والدین برابر ۰/۹۳ می باشد که با ۹۹ درصد اطمینان، اعتبار چک لیست تایید شد. همچنین در پژوهشی که توسط توکلی زاده (۱۳۷۵) انجام گرفت، پایائی چک لیست والدین و معلمان از طریق بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۲ تعیین گردید. شواهد آماری تهیه شده در رابطه با مقیاس علائم مرضی کودکان حاکی از این است که هم-بستگی درونی فرم والد این مقیاس ۰/۹۴ و فرم معلم ۰/۹۶ است که هماهنگی درونی بالایی را نشان می دهد. لازم به ذکر است که به دلیل سطح پایین اقتصادی و اجتماعی والدین دانش آموزان، فرم والد از روایی سازه کافی برخوردار نبود، به همین دلیل در تجزیه و تحلیل داده ها، روایی سازه پرسشنامه (تحلیل عاملی) حذف شد.

تجزیه و تحلیل داده ها در پژوهش حاضر با استفاده از نرم افزار **SPSS ۲۶** در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام گرفت که در سطح توصیفی از شاخص های میانگین، انحراف معیار (استاندارد)، فراوانی و درصد فراوانی و در سطح استنباطی از کوواریانس استفاده شد.

یافته ها

جدول ۲ توزیع فراوانی جنسیت دانش آموزان

سن	آزمایش		کنترل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
دختر	۱۰	۶۶/۷	۹	۶۰
پسر	۲	۳۳/۳	۶	۴۰
کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰

همان گونه که در جدول ۲ دیده می شود، در هر دو گروه آزمایش تعداد بیشتر دانش آموزان با جنسیت دختر و با فراوانی ۱۰ و ۶۶/۷ درصد در گروه آزمایش و با فراوانی ۹ و ۶۰ درصد بوده است. به منظور بررسی تاثیر بازی درمانی شناختی-رفتاری بر مشکلات هیجانی-اجتماعی کودکان دبستانی نیز از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد. نتایج مربوط به اجرای این آزمون در ادامه آورده شده است.

جدول ۳: نتیجه آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
بیش فعالی	۴	۱	۲۸	۰/۰۵۵
مشکلات هیجانی	۰/۰۰۴	۱	۲۸	۰/۹۵۲
مشکلات سلوک	۱۰/۹۶۳	۱	۲۸	۰/۱۰۳
مشکل ارتباط با همسالان	۰/۰۰۰	۱	۲۸	۰/۹۸۴
رفتار مطلوب اجتماعی	۱/۵۸۴	۱	۲۸	۰/۲۱۹
مشکلات هیجانی-اجتماعی کل	۲/۵۴۶	۱	۲۸	۰/۱۲۲

همانطور که در جدول ۳ نشان داده شده است، نتایج آزمون لوین در هیچ یک از متغیرها معنا دار (بزرگتر از ۰/۰۱) نمی باشد. از این رو فرض صفر ما مبنی برای همگنی واریانس متغیرها مورد تایید قرار می گیرد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری برای مقایسه مشکلات هیجانی-اجتماعی و مولفه های آن در گروه آزمایش و کنترل

اثر	آزمونها	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	اثر پیلایی	۰/۹۸۶	۲۶۵/۶۶۸	۵	۱۹	۰/۰۰۰	۰/۹۸۶
	لامبدای ویلکز	۰/۰۱۴	۲۶۵/۶۶۸	۵	۱۹	۰/۰۰۰	۰/۹۸۶
	اثر هتلینگ	۶۹/۹۱۳	۲۶۵/۶۶۸	۵	۱۹	۰/۰۰۰	۰/۹۸۶
	بزرگترین ریشه روی	۶۹/۹۱۳	۲۶۵/۶۶۸	۵	۱۹	۰/۰۰۰	۰/۹۸۶

همانطور که مشاهده می گردد سطح معنی داری هر چهار آماره چند متغیری مربوطه یعنی اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی، کوچکتر از ۰/۰۱ است ($p < 0.01$). بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می گردد که بین دو گروه آزمایش و کنترل، در نمرات مربوط به مشکلات هیجانی-اجتماعی، در پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت بازی درمانی شناختی-رفتاری بر مشکلات هیجانی-اجتماعی و مولفه های آن موثر بوده است.

به منظور بررسی تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در هر یک از مولفه های مشکلات هیجانی-اجتماعی، آزمون اثرات بین آزمودنی مورد استفاده قرار گرفت که نتایج حاصل در ادامه ارائه شده است.

جدول ۵: آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه مشکلات هیجانی-اجتماعی گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
بیش فعالی	گروه	۳۶۶/۲۶۰	۱	۳۶۶/۲۶۰	۴۳۵/۹۹۷	۰/۰۰۰	۰/۹۵۰
	خطا	۱۹/۳۲۱	۲۳	۰/۸۴۰			
	کل	۳۰۳۱	۳۰				
مشکلات هیجانی	گروه	۲۴۹/۷۱۵	۱	۲۴۹/۷۱۵	۲۵۳/۲۷۶	۰/۰۰۰	۰/۹۱۷
	خطا	۲۲/۶۷۷	۲۳	۰/۹۸۶			
	کل	۳۰۵۰	۳۰				
مشکلات سلوک	گروه	۲۸۴/۹۶۴	۱	۲۸۴/۹۶۴	۱۸۳/۵۵۲	۰/۰۰۰	۰/۹۵۷
	خطا	۳۵/۷۰۷	۲۳	۱/۵۵۲			
	کل	۳۰۱۱	۳۰				
مشکل ارتباط با همسالان	گروه	۳۶۵/۴۷۷	۱	۳۶۵/۴۷۷	۵۰۸/۳۸۷	۰/۰۰۰	۰/۸۸۹
	خطا	۱۶/۵۳۵	۲۳	۰/۷۱۹			
	کل	۳۰۲۱	۳۰				
رفتار مطلوب اجتماعی	گروه	۳۸۲/۹۹۶	۱	۳۸۲/۹۹۶	۵۸۹/۵۵۸	۰/۰۰۰	۰/۹۶۲
	خطا	۱۴/۹۴۲	۲۳	۰/۶۵۰			
	کل	۳۲۲۳	۳۰				

مشکلات هیجانی- اجتماعی کل	گروه	۸۱۹۱/۸۶۰	۱	۸۱۹۱/۸۶۰	۱۳۶۲/۱۳۹	۰/۰۰۰	۰/۹۸۳
	خطا	۳۶۶/۲۶۰	۲۳	۶/۰۱۴			
	کل	۷۶۱۱۸	۳۰				

در جدول ۵ نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه مشکلات هیجانی-اجتماعی کل، در گروه های آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون نشان داده شده است. با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۵، مقدار F بدست آمده، برای تمامی مولفه های مشکلات هیجانی-اجتماعی کل در سطح $0/05$ معنی دار می باشد ($P < 0/05$). بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش مورد تایید قرار می گیرد. با توجه به پایین تر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، چنین نتیجه می شود که بازی درمانی شناختی-رفتاری بر مشکلات هیجانی-اجتماعی کودکان دبستانی تاثیر معناداری دارد.

نتیجه گیری

نتایج تجزیه و تحلیل داده ها در خصوص فرضیه حاضر نشان می دهد مقدار F بدست آمده، برای تمامی مولفه های مشکلات هیجانی-اجتماعی کل در سطح $0/05$ معنی دار می باشد ($P < 0/05$). بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش مورد تایید قرار می گیرد. با توجه به پایین تر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، چنین نتیجه می شود که بازی درمانی شناختی-رفتاری بر مشکلات هیجانی-اجتماعی کودکان دبستانی تاثیر معناداری دارد.

نتایج به دست آمده در مورد این فرضیه با نتایج پژوهش های مختلف به طور مستقیم و غیر مستقیم همخوانی دارد. از جمله این پژوهش ها می توان به قربانی (۱۴۰۲)، جولانی اوجاق (۱۳۹۹)، محمدی کمال آبادی (۱۳۹۹)، اوبیولوزو و همکاران (۲۰۲۱)، بلالوک و همکاران (۲۰۱۹) اشاره کرد.

در تبیین نتایج این فرضیه می توان گفت یکی از شیوه های جدید درمان که برای رفع مشکلات رفتاری استفاده می شود بازی درمانی است. این شیوه از درمان، احساسات و هوش کودک را درگیر می کند و موجب می شود کودک یاد بگیرد احساسات خود را ابراز کند و هیجانات را کنترل کند. فرد درمانگر که در زمینه ی بازی درمانی آموزش کافی دیده باشد می تواند هنگام بازی رفتارهای کودک را به دقت مشاهده کند و آن ها را بفهمد و به وی کمک کند تا آسیب های حل نشده و احساسات خود را بروز بدهد. به این ترتیب ذهن کودک نیز درگیر حل مسئله می شود و سعی می کند رفتارهای مناسب را جایگزین رفتارهای پیشین کند. البته ممکن است در شروع بازی درمانی کودک کمی مقاومت کند و رفتارهای خود را تغییر ندهد اما با صبر و حوصله ی درمانگر و مداومت بر انجام بازی کم کم یاد می گیرد هیجانات خود را کنترل کند و احساسات رو به شکل مناسب بروز بدهد و مناسب ترین رفتار را انجام دهد.

یکی از مهمترین فواید بازی درمانی افزایش اعتماد به نفس کودکان است. با بازی درمانی کودک مهارت های اجتماعی را یاد می گیرد. مشکلات رفتاری و عملکرد تحصیلی کودک با بازی درمانی بهبود می یابد. کودک با بازی درمانی مسئولیت پذیری را یاد می گیرد. در خانواده های فرزند خوانده روابط والدین و فرزندان بهبود می یابد. مهارت های خلاقانه و راهکارهای مقابله ای برای حل مسئله در کودکان تقویت می شود. کودکان با بازی درمانی یاد می گیرند به دیگران احترام بگذارند و همدلی کنند. بازی درمانی موجب مستحکم شدن روابط خانوادگی می شود. اما پژوهش ها و کارهای عملی که تاکنون انجام شده هیچ شواهدی از زیان آور بودن بازی درمانی را اثبات نکرده است.

بازی درمانی شناختی رفتاری کودکان به حل چالش های روانی اجتماعی مثل مشکلات هیجانی-اجتماعی می پردازد. در بازی شناختی رفتاری، کودکان قادر به بیان تجربیات و احساسات خود از طریق یک روند طبیعی، خود هدایت کننده و خود ترمیم کننده هستند. با متدهای بازی کودک می تواند در مکانی امن و جذاب، بسیاری از افکار و احساسات خود را بروز دهد. مثلا بازی درمانگر با استفاده از بازی می تواند دلیل مشکلات هیجانی-اجتماعی کودک را کشف کند. از طریق بازی

درمانی، راهی برای درمان مشکلات هیجانی-اجتماعی کودک طراحی می شود. برنامه بازی درمانی برای کاهش مشکلات هیجانی-اجتماعی هر کودک متناسب با نقاط قوت و ضعف او و منشا مشکلات هیجانی-اجتماعی او طراحی می شود. در خصوص محدودیت های پژوهش می توان به موارد ۱- اجرای این پژوهش و شرکت کنندگان در این پژوهش صرفاً مربوط به شهر اصفهان بوده اند. ۲- شرکت کنندگان این پژوهش فقط کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای بوده اند. ۳- پژوهش حاضر فقط مربوط به سنین ۱۰ تا ۱۲ بوده است. ۴- ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر پرسشنامه بوده است، اشاره کرد و در این راستا پیشنهاد می شود که ۱- پژوهش حاضر با این موضوع در شهرهای دیگر نیز بررسی شود. ۲- پژوهش حاضر با این موضوع بر روی جامعه های پژوهشی دیگر نیز اجرا شود. ۳- پژوهش حاضر این موضوع بر روی سنین دیگر انجام گردد. ۴- پژوهش حاضر با استفاده از ابزارهای دیگر پژوهشی مانند مصاحبه نیز انجام گردد. اشاره کرد.

منابع

- انجمن روانشناسی آمریکا. (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. ویراست پنجم. ترجمه: یحیی سید محمدی. (۱۳۹۴). تهران: نشر روان.
- پیرزادی، حجت. (۱۳۹۷). اختلال اضطراب جدایی: ویژگی ها، سبب شناسی و راهکارهای درمانی. تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۸(۴).
- جولانی اوجاق، فاطمه. (۱۳۹۹). اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش اختلال اضطراب جدایی در کودکان. اولین همایش ملی آسیب شناسی روانی.
- حداد کاشانی، ستاره. (۱۳۹۸). مقایسه تنیدگی والدگری و سرمایه روانشناختی والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسائی توجه-فزون کنشی، نافرمانی مقابله ای و کودکان بهنجار. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه گیلان.
- سیمبر، ثنا. (۱۳۹۶). مقایسه امید به آینده، سبک های دلبستگی و مشکلات هیجانی رفتاری در کودکان کار با سایر همسالان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه گیلان.
- شیخ الاسلامی، علی، محمدی، نسیم، سید اسماعیلی قمی، نسترن. (۱۳۹۵). مقایسه ی تنیدگی والدگری، شادکامی و انعطاف پذیری شناختی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی و ناتوان یادگیری. مجله ی ناتوان های یادگیری، ۵(۴)، ۲۵-۴۲.
- صفری، سهیلا، فرامرزی، سالار، عابدی، احمد. (۱۳۹۳). تاثیر بازی درمانی شناختی-رفتاری بر نشانه های رفتاری دانش آموزان نافرمان. مجله پزشکی ارومیه، ۲۵(۳)، ۲۶۷-۲۵۸.
- فدایی، شکیلا. (۱۴۰۰). بررسی اثر بخشی درمان راه حل محور بر مشکلات هیجانی-اجتماعی و ابراز وجود کودکان دبستانی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد مبارکه.
- قدرتی میرکوهی، مهدی، مشعوف فرد، نگار. (۱۳۹۶). اثربخشی برنامه قدرت مقابله بر اختلال نافرمانی مقابله ای، مشکلات توجه و مهارتهای ارتباطی. مجله روانشناسی بالینی، ۹(۲).
- قربانی سینی، زهرا. (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب جدایی کودکان ۶ تا ۱۲ سال. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه غیرانتفاعی راغب.
- کوهی، زهرا. (۱۳۹۸). اثر بخشی بازی درمانی بر مشکلات رفتاری-هیجانی و مهارت های اجتماعی کودکان مبتلا به صرع. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اردبیل.
- محمدی کمال آبادی، هما. (۱۳۹۹). اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر اعتیاد به بازی های رایانه ای، انزوای و هیجان مثبت و منفی کودکان ۱۰ تا ۱۲ ساله شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد خوراسگان.
- یوسفی، فائزه. (۱۴۰۲). بررسی وضعیت کتب دوره اول ابتدایی از نظر آموزش شایستگی اجتماعی کودکان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه پیام نور زرین شهر.

- Blalock S, Lindo N, Ray D. (۲۰۱۹). Individual and Group Child-Centered Play Therapy: Impact on Social-Emotional Competencies. *Journal of Counseling & Development*. ۹۷ (۳).
- Demmer, D. H., Hooley, M., Sheen, J., McGillivray, J. A., & Lum, J. A. (۲۰۱۶). Sex Differences in the Prevalence of Oppositional Defiant Disorder During Middle Childhood: a MetaAnalysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, ۱-۱۳.
- Essau CA, Lewinsohn PM, Lim JX, Moon-ho RH, Rohde P.(۲۰۱۸). Incidence, recurrence and comorbidity of anxiety disorders in four major developmental stages. *Journal of affective disorders*. ۱; ۲۲۸:۲۴۸-۵۳.
- McGee, LV. (۲۰۱۰). The efficacy of child- centered play therapy with hispanic spanish-speaking children when conducted by a monolingual englishspeaking counselor. (Dissertation). Texas: A&M University.
- Obiweluozo, P. E., Ede, M. O., Onwurah, C. N., Uzodinma, U. E., Dike, I. C., & Ejiofor, J. N.(۲۰۲۱). Impact of cognitive behavioural play therapy on social anxiety among school children with stuttering deficit: A cluster randomised trial with three months follow-up. *Medicine*, ۱۰۰(۱۹), e۲۴۳۵۰.