

اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر سازگاری اجتماعی، عزت نفس و اضطراب کودکان شهر اهواز

بهادر اسفندیاری^۱، مرضیه حاتمی دزدارانی^۲

^۱ هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد فیروز آباد

چکیده

هدف این مقاله تعیین اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر سازگاری اجتماعی، عزت نفس و اضطراب کودکان شهر اهواز بود. نمونه این پژوهش شامل ۵۰ نفر از جامعه مذکور بود که به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. ۲۵ نفر در گروه آزمایش و ۲۵ نفر در گروه گواه تقسیم شدند. طرح پژوهش تجربی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و آزمایش بود. ابزار اندازه گیری شامل پرسشنامه اضطراب اسپنس (۱۹۸۸)، پرسشنامه عزت نفس کوپراسمیت (۱۹۶۷)، پرسشنامه سازگاری اجتماعی سینها و سینگ (۱۹۹۳) بود. برای اجرا، در ابتدا، از هر دو گروه پیش آزمون گرفته شد. سپس گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای روی گروه آزمایش صورت قرار گرفتند و بعد هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) و تحلیل کوواریانس یک راهه (آنکوا) صورت گرفت. نتایج نشان داد که بازی درمانی شناختی رفتاری بر سازگاری اجتماعی، عزت نفس و اضطراب کودکان شهر اهواز مؤثر بود ($\eta^2=0/53$).

واژه های کلیدی: بازی درمانی شناختی رفتاری، سازگاری اجتماعی، عزت نفس، اضطراب، کودکان.

مقدمه

دوره کودکی از مهم‌ترین دوران زندگی هر فردی است. کودکی به سه دوره طفولیت (زمان تولد تا دو سالگی)، دوره کودکی اولیه (۲ تا ۶ سالگی) و کودکی پایانی (۶ تا ۱۰ سالگی) تقسیم می‌شود (دیسوزا، پیریا، پترسن، مونفرو، سالوم و کلر، ۲۰۱۴). کودک موجودی در حال تحول است. مطالعه تحول کنش‌های مهم زیستی، شناختی، اجتماعی، عاطفی و اخلاقی در سنین مختلف ضروری است. از نظر فروید ۵ سال اول زندگی برای شکل‌گیری شخصیت اهمیت زیادی دارد. زیرا بیش‌ترین تاثیرپذیری کودک از عوامل محیطی در این دوره بوده و احتمال حفظ این نگرش‌ها، رفتارها و عادت‌های آموخته شده در این دوره برای سال‌های بعد زیاد است (زینال، مگیاتی، تن، سانگ، فانگ و هاوولین، ۲۰۱۴).

ماهیت اضطراب به شکلی است که به تدریج کودک را دنیای تنهایی خود می‌برد و میان برداشت کودک از خود واقعی و خودآرمانی اش فاصله می‌اندازد. این روند در بزرگسالی منجر به تحریف واقعیت‌ها و پایین آمدن عزت‌نفس می‌شود (برئومیلن، کروکر و بئوشمن، ۲۰۱۶). در واقع، افراد برای مبارزه با اضطراب، به عزت‌نفس نیاز دارند. بر این اساس، از عزت‌نفس به عنوان سپری در برابر اضطراب نام برده می‌شود (فیرو و بویلی، ۲۰۱۵). عزت‌نفس نیز به عنوان یکی از مولفه‌های هویت اجتماعی مورد توجه بسیاری از روان‌شناسان و روانپزشکان قرار گرفته است. برخی محققان چون فرنچ و ارگونیز وجود عزت‌نفس را یک نوع سپر فرهنگی در مقابل اضطراب دانسته‌اند (یاثو، هی، کو و پانگ، ۲۰۱۴). افراد با عزت‌نفس بالاتر، در موقعیت‌های پرسترس، احساس خودارزشمندی خود را حفظ کرده و احساس اعتماد بیشتری نسبت به مهارت‌های خود دارند و این اطمینان موجب رویارویی مؤثر آنان با مشکلات و مسایل زندگی می‌گردد (بارتون، ساندرکوک، پرتی و وئود، ۲۰۱۵). در مقابل افراد دارای عزت‌نفس پایین، به طور آشکاری به دلیل خودکم بینی به خودشان آسیب می‌رسانند و مدام از خود انتقاد می‌کنند. به گونه‌ای که خودانتقادی یکی از روش‌های معمول این افراد است و چنین افرادی با عواطفی مانند غمگینی، احساس گناه، حقارت، شرمندگی، ناکامی و عصبانیت و اضطراب و نیز سازگاری اجتماعی پایین روبرو خواهند شد (کانتویل، مئولدون و گالاگر، ۲۰۱۵).

بازی‌درمانی شناختی رفتاری 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. همچنین بازی درمانی انواع اختلالاتی را که ریشه در احساسات و هیجان‌ات کودک، سازگاری او با محیط و... دارند، می‌توان با این روش درمان کرد. افسردگی کودکان، ترس‌های کودکان، مشکلات رفتاری که ریشه اضطرابی دارند شب اداری، ناخن جویدن، دروغ گفتن، پرخاشگری و... را می‌توان با استفاده از این روش حل کرد (براتون، رای، رین و جونز، ۲۰۰۵). با توجه به مطالعات انجام شده و با دقت در تاثیر بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر سازگاری اجتماعی، عزت‌نفس و اضطراب کودکان پیش دبستانی شهر اهواز لازم است پژوهشگرها در حد توان خود در بررسی میزان تاثیر بازی‌درمانی شناختی رفتاری را بر این مسائل بچه‌ها مورد بررسی قرار دهند. در همین راستا

¹ DeSousa, Pereira, Petersen, Manfro, Salum & Koller

² Zainal, Magiati, Tan, Sung, Fung & Howlin

³ Brummelman, Crocker, & Bushman

⁴ Ferro, & Boyle

⁵ Yao, He, Ko, & Pang

⁶ Barton, Sandercock, Pretty, & Wood

⁷ Cantwell, Muldoon, & Gallagher

⁸ Bratton, Ray, Rhine & Jones

پژوهش حاضر بر این تصمیم است که با استفاده از بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر سازگاری اجتماعی، عزت‌نفس و اضطراب کودکان کودکان پیش دبستانی مؤثر می‌باشد. همچنین در صورت اثبات فرضیات تحقیق، بازی‌درمانی شناختی رفتاری می‌تواند در مراکز مشاوره و راهنمایی، کلینیک‌های درمانی، مراکز تحقیقاتی و درمانی، اساتید و پژوهشگران به کار گرفته شده و می‌تواند نقش به‌سزایی در بهبود سازگاری اجتماعی، عزت‌نفس و اضطراب کودکان داشته باشد. هدف این مقاله اثربخشی بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر سازگاری اجتماعی، عزت‌نفس و اضطراب کودکان شهر اهواز است.

مبانی نظری

اضطراب

هر کسی دچار اضطراب می‌شود و آن تشویشی فراگیر ناخوشایند و مبهم است که اغلب علایم خودکار اتونوم^۹ نظیر سردرد تعریق، تپش قلب، احساس تنگی در قفسه سینه و ناراحتی مختصر معده نیز با آن همراه است. فرد مضطرب ممکن است احساس بی‌قرار هم بکند که نشانه‌اش این است که نمی‌تواند به مدت طولانی یک جا بنشیند یا بایستد. مجموعه علایمی که در حین اضطراب وجود دارد اغلب در هر فرد به گونه‌ای متفاوت از دیگران است. انواع اختلالات اضطرابی بر اساس راهنمای آماری تشخیصی اختلالات روانپزشکی (۱۳۹۴): اختلال اضطراب جدایی^{۱۰}، وحشت زدگی^{۱۱}، فوبی مکان‌های باز^{۱۲}، فوبی خاص^{۱۳}، اضطراب اجتماعی^{۱۴}، اضطراب فراگیر^{۱۵}، اضطراب ناشی از مواد^{۱۶}، لالی انتخابی^{۱۷}، اختلالات اضطرابی اختلالاتی را شامل می‌شوند که در ویژگی‌های ترس و اضطراب بیش از حد و اختلالات رفتاری مربوط، سهیم هستند. ترس، پاسخ هیجانی به تهدید واقعی یا تصور تهدید قریب الوقوع است، در حالی که اضطراب پیش‌بینی تهدید آینده است.

احساس اضطراب دو مؤلفه دارد: با خبر شدن فرد از تغییرات جسمی خود (مثل تپش قلب و تعریق) و با خبر شدن از اینکه عصبی شده است یا ترسیده است. احساس شرم نیز ممکن است به اضطراب دامن بزند: "دیگران می‌فهمند که من ترسیده‌ام." خیلی‌ها وقتی می‌فهمند که دیگران پی به اضطراب آن‌ها نبرده‌اند یا شدت آن را در نیافته‌اند، تعجب می‌کنند. اضطراب، گذشته از اثرات حرکتی و احساسی، بر تفکر، ادراک، و یادگیری فرد هم اثر می‌گذارد. اضطراب اغلب سردرگمی و تحریف‌هایی در ادراک ایجاد می‌کند؛ تحریف‌هایی نه فقط در درک زمان و مکان، که حتی در درک افراد و معنا و اهمیت وقایع، این تحریف‌ها با کاستن از تمرکز، کم کردن قدرت یادآوری^{۱۸} و مختل ساختن قدرت ربط دادن امور به هم، یعنی تداعی کردن، می‌توانند در یادگیری اختلال ایجاد کنند (گری، هونارد، نوگنت، چو، اسکوفیلد و فرگوسن؛ ۲۰۱۹).

^۹Autonomic nervous system

^۱ Separation Anxiety Disorder^۹

^۱ panic disorder 1

^۱ agoraphobia 2

^۱ specific phobia 3

^۱ social anxiety 4

^۱ generalized anxiety disorder^۵

^۱ Substance/medication-induced anxiety disorder

^۱ Selective mutism 7

^۱ Recal 8

^۱ Geary, Hoard, Nugent, Chu, Scofield & Ferguson Hibbard

عزت نفس

عزت نفس عبارت است: از احساس ارزشمند بودن، این حس از مجموع افکار احساسات، عواطف و تجربیاتمان در طول زندگی ناشی می‌شود. همه افراد، صرف‌نظر از سن، جنسیت، زمینه فرهنگی، جهت و نوع کاری که در زندگی دارند، نیازمند عزت نفس هستند. افرادی که احساس خوبی نسبت به خود دارند، معمولاً احساس خوبی نیز به زندگی داشته و می‌توانند با اطمینان با مشکلات مواجه شده و از عهده آن‌ها برآیند (فاکس و لیندوال، ۲۰۱۳).

به طور وسیع فرض می‌شود که عزت نفس به عنوان یک صفت عمل می‌کند؛ یعنی عزت نفس در طول زمان در افراد ثابت است. با وجود این، این اصطلاح سازه رایجی است که با حیطه‌های مختلف روان‌شناسی از جمله شخصیت (خجالتی بودن)، رفتاری (عملکرد تکلیف)، شناختی (سوگیری اسنادی) و مفاهیم بالینی (اضطراب و افسردگی) در ارتباط است، به‌ویژه تعدادی از پژوهشگران بر کارکردهای انطباقی و خود حمایتی عزت نفس تأکید دارند (ارز و رابینز، ۲۰۱۳).

بهداشت روانی مؤلفه‌های بسیاری دارد که عزت نفس یکی از مؤلفه‌های مهم آن است. در واقع این مؤلفه از نیازهای اساسی انسان محسوب می‌شود. کسی که از عزت نفس بالایی برخوردار است، خودش را به‌گونه‌ای مثبت ارزیابی کرده، برخورد مناسبی نسبت به خود و دیگران دارد. در مقابل کسی که عزت نفس پایین دارد، اغلب منزوی شده و از ارتباط با دیگران اجتناب می‌کند، یا اینکه در ناامیدی تلاش می‌کند تا به دیگران و خودش نشان دهد که فرد لایقی است (برون، ۲۰۱۳).

الگوی یادگیری اجتماعی

الگویی که روش‌های افزایش میزان عزت نفس از آن منتج شده است، «الگوی یادگیری اجتماعی»، نام دارد. برای کاربردی‌تر شدن و استفاده هر چه بیشتر از این الگو، آن را به الگوهای رفتاری، شناختی، بیولوژیکی (زیستی) و عاطفی دسته‌بندی کرده‌اند. نمونه‌هایی از الگوی رفتاری مشتمل بر مهارت‌های اجتماعی مانند تعارف کردن، خندیدن، محبت کردن و جز این‌هاست. مثال‌هایی از الگوی شناختی می‌تواند توصیف خود، تصورات، باورها و تخیلات باشد. متغیرهای بیولوژیکی مرتبط با عزت نفس شامل: قیافه بدنی و نقایص خاصی مانند معلولیت و نیز رابطه رشد بیولوژیکی با سن است. عواطف نیز (احساسات روزانه در محل زندگی و کار)، نقش بااهمیتی در عزت نفس دارند. همان‌طور که قبلاً اشاره شد، ارزیابی‌های افراد از خود پنداره ایشان، تعیین‌کننده تعادل عاطفی و سلامت روانی در آن‌هاست (جوزف، رویز، بنیتز و پاکمزی، ۲۰۱۳).

سازگاری اجتماعی

سازگاری فرایندی است در حال رشد و پویا که شامل توازن بین آن چه افراد می‌خواهند و آن چه جامعه می‌پذیرد، می‌باشد. به عبارت دیگر سازگاری یک فرایند دو سویه است، از یک طرف فرد به صورت مؤثر با اجتماع تماس برقرار می‌کند و از طرف دیگر اجتماع نیز ابزارهایی را تدارک می‌بیند که فرد از طریق آن‌ها توانایی‌های بالقوه‌ی خویش را واقعیت می‌بخشد. در این تعامل فرد و جامعه دستخوش تغییر و دگرگونی شده و سازشی نسبتاً پایدار به وجود می‌آید. به طور کلی سازگاری به تسلط فرد بر محیط و احساس کنار آمدن با خود اشاره دارد. هر یک از ما به محیط و تغییراتی که در آن روی می‌دهد پاسخ می‌دهیم (گری، ویتاک، ایستون و ایسون، ۲۰۱۳).

² Fox & Lindwall 0

² Orth & Robins 1

² Brown 2

² Joseph, Roysse, Benitez & Pekmezi

² Gray, Vitak, Easton & Ellisoh

دیدگاه‌ها سازگاری اجتماعی

در دیدگاه روان پویایی، همانندسازی به فرایندی ناهشیار اطلاق می‌شود که فرد طی آن ویژگی‌های فرد دیگر (بازخوردها، الگوهای رفتاری، هیجان‌ها) را برای خود سرمشق قرار می‌دهد. در روان تحلیل‌گری، همانندسازی چیزی فراتر از تقلید صرف از رفتار والدین است. فرایند همانندسازی به نظر فروید در تشکیل وجدان اخلاقی، نقش‌های جنسی و بازخوردهای اجتماعی اهمیت فراوان دارد و به اجتماعی شدن کودک منتهی می‌شود. در دیدگاه نو فرویدگرایان، آدلر، افراد بشر را موجودی اجتماعی دانسته و بر علاقه اجتماعی تأکید می‌ورزد. این علاقه عبارت است از تمایل به همکاری با دیگران برای یک صلاح عمومی و آگاهی از مناسبات مشترک جهانی برای همه‌ی افراد بشر. اریکسون با اشاره به مفهوم هویت که از یک سو به احساساتی اشاره می‌کند که یک فرد از خویشتن دارد، یعنی خودسنجی و از سوی دیگر بر روابط بین هویت شخصی و توصیف‌هایی که دیگران (فردی که برای فرد واجد ارزشند) از او به عمل می‌آورند، تکیه می‌کند. این توصیف‌ها، مربوط به رفتارهایی هستند که جامعه آن‌ها را برای یک رفتار مناسب اساسی می‌داند و در حول مجموعه‌هایی که نقش‌های اجتماعی نامیده می‌شوند، سازمان یافته‌اند. نقش‌هایی که بین "من و اجتماع" ارتباط برقرار می‌سازند، دارای دو کنش‌اند؛ یکی آن که شخص را به قوانین اجتماعی مربوط می‌سازند و دیگر آن که وی را به عنوان فرد مشخص می‌کنند (چیانگ و همکاران، ۲۰۱۶).

بازی‌درمانی

واژه نامه روان پزشکی (انجمن روان پزشکان آمریکا) بر اساس DSM-IV بازی‌درمانی را به شرح زیر تعریف نموده است (چیانگ و همکاران، ۲۰۱۶): «بازی‌درمانی یک تکنیک درمانی است که در آن از بازی کودکان به عنوان واسطه‌ای برای ابراز و ارتباط بین بیمار و درمانگر بهره گرفته می‌شود» بازی‌درمانی نوعی روش درمانی است که برای درمان کودکان مورد استفاده قرار گرفته است و در آن بچه‌ها مشکلات و مسائل خود را در یک سطح خیالی و تصویری به وسیله عروسک‌ها، گل مجسمه‌سازی و وسایل دیگر آشکار می‌نمایند. درمانگر با توضیحات مفید درباره پاسخ‌ها و رفتار بیماران به زبانی که در خور فهم آن‌هاست، در موقع مناسب در درمان دخالت می‌نماید.

بازی‌درمانی به عنوان ارتباط بین فردی پویا بین کودک و درمانگر آموزش دیده توصیف می‌شود که یک ارتباط امن را برای کودک توصیف می‌کند تا کودک به طور کامل خود را بیان کند.

بازی‌درمانی روشی است که به وسیله آن ابزارهای طبیعی بیان حالت کودک، یعنی بازی، به عنوان متد درمانی وی به کار گرفته می‌شوند تا به کودک کمک کنند فشارهای احساسی خویش را تحت کنترل قرار دهد. پزشکانی که از بازی‌درمانی استفاده می‌کنند معتقدند این روش به کودک اجازه می‌دهد جهان را در مقیاسی کوچک‌تر با دستان خود بسازد و تحت نفوذ خود درآورد، کاری که در محیط پیرامون هر روز کودک امکان پذیر نیست (دیلمن و همکاران، ۲۰۱۵).

تفاوت بازی‌درمانی و بازی با اثرات درمانی

در واقع تفاوت از درجه تخصصی بودن کار است. بازی با اثرات درمانی معلمان، پرستاران، یا والدین برای حل یک تعارض جزئی یا ساده به کار می‌برند. یک درک کلی از اصول روان شناسی کودک و یک دوره آموزشی کوتاه برای انجام این کار کفایت می‌کند و معمولاً در این حالت رابطه درمانی شکل نمی‌گیرد. اما یک بازی درمانگر برای انجام بازی‌درمانی نیازمند اطلاعات وسیعی از روان شناسی کودک، اصول اخلاقی و انواع تعارض‌ها و مشکلات کودکان است. یک درمانگر برای انجام بازی‌درمانی نیازمند گذراندن دوره آموزشی کامل همراه با سرپرستی یک متخصص ارشد است. در این فرآیند رابطه درمانی برای حل تعارض‌های پیچیده و موقعیت‌های رشد در بین کودک و درمانگر شکل می‌گیرد (تسای، ۲۰۱۳).

بازی درمانی مبتنی بر شناختی - رفتاری اصول

نل (۱۹۹۳، ۱۹۹۴) اصولی را برای این رویکرد درمانی ارائه کرد که برگرفته از اصول درمان شناختی - رفتاری برای بزرگسالان بود. این اصول که در ادامه ذکر شده اند، برای کودکان کاربرد دارند.

شناخت درمانی بر اساس مدل شناختی اختلالات هیجانی و احساسی شکل گرفته است. این مدل که بر پایه‌ی فعل و انفعالات موجود بین شناخت، احساسات، رفتار و فیزیولوژی شکل گرفته، حاکی از این است که رفتارهای ناسازگارانه یا آزاردهنده ابراز وجود افکار غیرمنطقی می‌باشند. درمان شناختی - رفتاری در مورد بزرگسالان متمرکز بر تغییر شرایط و تفکرات غیرمنطقی یا ناسازگارانه است. این مدل برای کودکان نیز قابل استفاده می‌باشد، اما در نظر داشتن ملاحظات رشد امری بسیار حیاتی است. تفکر کودکان اغلب ماهیتی غیرمنطقی دارد و معمولاً رفتار و عملکرد آن‌ها به علت عدم بلوغ یا واکنش به محرک‌ها، مقدم از تفکرشان می‌باشد. در نتیجه درمان شناختی - رفتاری برای کودکان بیش‌تر متمرکز بر فقدان تفکرات انطباقی می‌باشد تا این که به تحریفات شناختی یا مسائلی از این دست بپردازد (جوردن و همکاران، ۲۰۱۳).

درمان شناختی - رفتاری شیوه‌ای بسیار مختصر بوده و از نظر زمانی محدود است. کوتاه بودن زمان درمان برای بزرگسالان باعث ترغیب خودکفایی فرد و کاهش وابستگی به درمانگر می‌شود و جهت‌گیری آن بیش‌تر به سمت رویکردهای عملی و حل مشکل می‌شود. در عین حال محدود بودن زمان مداوا اغلب انتخاب مناسبی برای کودکان است. زیرا علاوه بر متمرکز شدن درمان بر رها شدن آنی از مشکلات، استراتژی‌هایی برای حل مشکل همراه با مهارت‌های سازش ارائه می‌شود تا کودک به سرعت به شرایط بهینه‌ی قبلی خود بازگردد.

یک رابطه‌ی درمانی مناسب شرط لازمه‌ی مؤثر بودن درمان شناختی - رفتاری است. این شیوه درمانی نیز مانند دیگر تکنیک‌ها بر یک رابطه‌ی درمانی صمیمی شکل گرفته، بر اصل اعتماد و پذیرش تأکید دارد. وجود یک رابطه‌ی درمانی مثبت، بهترین پیش‌بینی کننده‌ی نتیجه درمان می‌باشد. بازی درمانی نیز از این قاعده مستثنی نیست (ویکاریو و همکاران، ۲۰۱۳).
درمان تلاشی همراه با مساعدت درمانگر و بیمار می‌باشد. استفاده از یک دیدگاه گروهی و همکاری با بزرگسالان بخش مهمی از رابطه‌ی درمانی است. هر چند این مسئله در مورد کودکان نیز حائز اهمیت مشابهی می‌باشد، اما تشریح مساعی با آن‌ها بسیار متفاوت است و درمانگر باید تعادلی بین تحمیل کردن جهت‌گیری درمان بر کودک و پذیرش او به همان گونه که هست، برقرار سازد. علاوه بر این برخی مساعدت‌ها به جای این که مستقیماً با کودک انجام گیرد، با والدین او شکل می‌گیرد (تسای، ۲۰۱۳).

در درمان شناختی - رفتاری **ابتدا از روش سقراطی استفاده می‌شود.** در این شیوه از سؤالات به عنوان یک راهنما استفاده شده و از توضیحات یا پیشنهادات مستقیم اجتناب می‌گردد. با استفاده از این سؤال‌ها به فرد کمک می‌شود تفکر غیرانطباقی خود را تغییر دهد. سؤالاتی مانند: "چه دلیل و شواهدی وجود دارد؟" "شما از این مسئله چه چیزی یاد می‌گیرید؟" معمولاً برای کودکان مؤثر نیستند و شاید استفاده از سؤالاتی با پاسخ‌هایی بدون محدودیت بیش‌تر مفید واقع شود. به طور مثال احتمال بیش‌تری وجود دارد که با گفتن "نمی‌دونم تو در این باره چه احساسی می‌کنی که..." کودک پاسخی به ما بدهد. اما اگر از او بپرسیم "راجع به این مسئله چی فکر می‌کنی؟" شاید به جوابی نرسیم. پرسش یا عبارت اول ماهیتی سقراطی دارد. هر چند متفاوت از یک پرسش سقراطی می‌باشد که اصالتاً برای بزرگسالان در نظر گرفته می‌شود (ریتزی و همکاران، ۲۰۱۷).

درمان شناختی-رفتاری سازماندهی شده و جهت دار است. این شیوه با ساختار هدفمند خود این امکان را فراهم می‌سازد تا بر اهداف خاصی متمرکز شد. در مورد کودکان این ساختار با رویکردهای بدون ساختار که در بازی به آن‌ها نیاز می‌باشد، متعادل می‌گردد. معمولاً در طول بازی‌هایی بدون ساختار قبلی و با هدایت کودک است که مسائلی آشکار می‌شوند که ممکن بود در فرآیندهای از قبل برنامه ریزی شده، هویت خود را آشکار نمی‌ساختند. برقراری این تعادل کاری بسیار ظریف است اما ایجاد آن در بازی‌درمانی مبتنی بر شناختی - رفتاری برای رسیدن به موفقیت الزامی است (اسوان و همکاران، ۲۰۱۴).

درمان شناختی - رفتاری متمرکز بر مشکل است. در مورد بزرگسالان این شیوه متمرکز بر شناسایی مشکلات خاص و نهادینه کردن مداخله‌هایی برای برطرف ساختن آنهاست. این مسئله هم چنین در بازی‌درمانی مبتنی بر شناختی - رفتاری نیز حائز اهمیت می‌باشد، زیرا کودکان با مشکلات خاصی ارجاع داده می‌شوند که والدین آن‌ها تقاضای کمک برای حل این مشکلات را دارند. در هر حال مسئله‌ی حیاتی شناسایی و شفاف‌سازی مشکلات در مقابل علائم آشکار می‌باشد، چرا که معمولاً اغلب کودکان علائم چندگانه‌ای از خود بروز می‌دهند که ممکن است همگی آن‌ها مرتبط با مشکل او نباشند (اسوانک و همکاران، ۲۰۱۵).

بر اساس یک مدل پرورشی شکل گرفته است. در این مدل درمانی عقیده بر این است که علائم مشکل از آن جهت شکل می‌گیرند که فرد شیوه‌های نامناسبی را برای مواجهه با این مشکلات فراگرفته است. در این جا درمانگر در واقع آموزگاری است که به آموزش مهارت‌های سازنده و مثبت سازش و تحمل می‌پردازد و روش‌های جایگزینی را برای رفتارها و تفکر غیرانطباقی کنونی کودک ارائه می‌دهد (چاری و همکاران، ۲۰۱۳).

تئوری و تکنیک‌های درمان شناختی - رفتاری بر شیوه‌ی قیاسی تکیه دارند. به بزرگسالان آموخته می‌شود دیدگاهی علمی نسبت به مشکلات داشته باشند و به عقاید خود به عنوان فرضیه‌هایی بنگرند که می‌توان آن‌ها را بر اساس داده‌های جدید اصلاح کرد. از آن جا که ارزیابی فرضیات معمولاً برای کودکان امکان پذیر نیست، بخشی از این کار برای او انجام می‌شود (براتون و همکاران، ۲۰۱۳).

انجام تکالیفی در خانه که یک جنبه محوری در درمان شناختی - رفتاری می‌باشد، در مورد بازی‌درمانی مبتنی بر شناختی - رفتاری

برای کودکان بسیار خردسال کاربرد ندارد. در مورد بزرگسالان عموماً ساختن فرآیند درمان و نهادینه‌سازی آن در مکان‌های گوناگون از طریق تعیین کردن انجام کارهایی بین جلسات امکان پذیر می‌شود. اما باید در نظر داشت کودکان خردسال به ندرت چنین تکالیفی را انجام خواهند داد.

پیشینه پژوهشی

اردان (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان اثربخشی بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر عزت‌نفس کودکان پیش دبستانی به این نتیجه دست یافتند که بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر عزت‌نفس کودکان پیش دبستانی مؤثر است.

لواسانی، کرامتی و کدیور (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر سازگاری اجتماعی و سازگاری تحصیلی دانش آموزان با اختلال خواندن به این نتیجه دست یافتند که بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر سازگاری اجتماعی و سازگاری تحصیلی دانش آموزان با اختلال خواندن تاثیر دارد.

آپرینا و فتونا^۵(۲۰۲۰) در پژوهشی با عنوان تاثیر بازی درمانی روبیک بر سطح اضطراب در کودکان نشان دادند که در نمرات اضطراب بعد از بازی روبیک تفاوت معناداری وجود داشت.

راجسواری، رایالا، اولویی، روجورامیا و رامش^۶(۲۰۱۹) در پژوهشی با عنوان اثربخشی شناخت درمانی رفتاری بازی درمانی و حواس پرتی شنوایی برای مدیریت اضطراب در کودکان نشان دادند که کاهش آماری معناداری در اضطراب کودکان بوجود آمد. دالی و نایاک^۷(۲۰۱۹) در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی هنر درمانی و بازی درمانی در کاهش اضطراب کودکان پیش دبستانی بستری در بیمارستان های منتخب نشان دادند که ۷۵٪ از کودکانی که اضطراب متوسط داشتند، و ۵٪ از کودکانی که اضطراب خفیفی داشتند، تفاوت معنی داری در نمره پس آزمون مشاهده شد

باگرلی و پاکر^۸(۲۰۱۳) تاثیر بازی درمانی گروهی بر بهبود اضطراب، مهارتهای اجتماعی، عزت نفس، افسردگی و اضطرابی کودکان انجام دادند و نشان دادند بازی درمانی گروهی بر مهارتهای اجتماعی، عزت نفس، پذیرش خود و دیگران، افسردگی و اضطرابی کودکان مؤثر است.

لندرث^۹(۲۰۱۲) تاثیر بازی درمانی بر رفتار هیجانی کودکان را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که بازی درمانی تاثیر مثبتی بر روی رفتار و هیجانات کودکان دارد.

روش تحقیق

مقاله حاضر از نوع پژوهش های مداخله ای و نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان پیش دبستانی شهر اهواز در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود. نمونه این پژوهش شامل ۵۰ نفر از جامعه مذکور بود که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی انتخاب گردیدند و در دو گروه آزمایشی (۲۵) نفر و گروه کنترل (۲۵) نفر تقسیم شدند.

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها در این تحقیق از روش های آماری زیر استفاده شود:

روش های آمار توصیفی: محاسبه فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار.

روش های آمار استنباطی: آزمون لوین (برای بررسی رعایت پیش فرض تساوی واریانس ها متغیرها)، آزمون کلموگروف - اسمیرنف (جهت رعایت پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه)، تحلیل کواریانس یک متغیری (انکوا)، تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا)، روش آلفای کرونباخ جهت محاسبه ضرایب پایایی.

برای انجام تجزیه و تحلیل داده های تحقیق از نرم افزار کامپیوتری SPSS نسخه بیست و سوم استفاده شد. ضمناً سطح معنی داری در این تحقیق، $\alpha = 0/05$ تعیین شد.

² Aprina, & Fatonah 5

² Rajeswari, Rayala Chandrasekhar, Uloopi, RojaRamya, & Ramesh

² Dalei, S. R., & Nayak 7

² Baggerly & Parker 8

² Landreth 9

تجزیه و تحلیل داده ها

فرضیه کلی: بازی درمانی شناختی رفتاری بر سازگاری اجتماعی، عزت نفس و اضطراب کودکان شهر اهواز تاثیر دارد.

برای بررسی تفاوت در دو گروه آزمایش و کنترل در مورد سازگاری اجتماعی، عزت نفس و اضطراب از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

جدول ۱- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین پس آزمون نمرات سازگاری اجتماعی، عزت نفس و

اضطراب گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	P	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۵۶	۳	۴۳	۱۷/۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۷	۳	۴۳	۱۷/۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۲/۳۰	۳	۴۳	۱۷/۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰
آزمون بزرگترین ریشه روی	۲/۳۰	۳	۴۳	۱۷/۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰

همان طور که در جدول ۱ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین گروه‌های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (سازگاری اجتماعی، عزت نفس و اضطراب) تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=17/28$ و $P<0/0001$). بنابراین فرضیه اصلی تأیید می‌گردد. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، سه تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۲ ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۶ می‌باشد، یعنی ۵۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون سازگاری اجتماعی، عزت نفس و اضطراب مربوط به تأثیر آزمایش (عضویت گروهی) می‌باشد.

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی پس آزمون میانگین نمرات سازگاری اجتماعی، عزت نفس و

اضطراب گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا	توان آماری
سازگاری اجتماعی	پیش آزمون	۱۸۶/۰۳	۱۸۶/۰۳	۱۴۴/۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲	۱/۰۰
	گروه	۵۰/۲۱	۵۰/۲۱	۳۶/۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰
	خطا	۲۷/۱۶	۱/۱۸				
عزت نفس	پیش آزمون	۵۳/۷۷	۵۳/۷۷	۰/۷۵	۰/۳۹	۰/۰۲	۰/۱۳

۱/۰۰	۰/۵۷	۰/۰۰۰۱	۳۶/۸۲	۲۶۰۸/۳۴	۱	۲۶۰۸/۳۴	گروه	اضطراب
				۷۰/۸۳	۴۷	۱۹۱۲/۴۹	خطا	
۰/۱۲	۰/۰۵	۰/۴۱	۱/۲۴	۱۱۱/۴۱	۱	۱۱۱/۴۱	پیش آزمون	
۱/۰۰	۰/۵۳	۰/۰۰۰۱	۴۴/۲۱	۵۹۸/۸۴	۱	۵۹۸/۸۴	گروه	
				۱۶/۲۴	۴۷	۱۵۲/۴۷	خطا	

همان طوری که در جدول ۲ مشاهده می شود با کنترل پیش آزمون بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ سازگاری اجتماعی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=۳۶/۱۸$ و $p<۰/۰۰۰۱$). به عبارت دیگر، آموزش بازی درمانی شناختی-رفتاری با توجه به میانگین سازگاری اجتماعی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش سازگاری اجتماعی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $۰/۵۳$ می باشد، یعنی ۵۳ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون سازگاری اجتماعی مربوط به تأثیر آموزش بازی درمانی شناختی-رفتاری (عضویت گروهی) می باشد.

با کنترل پیش آزمون بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ عزت نفس تفاوت معنی داری وجود دارد ($p<۰/۰۰۰۱$ و $۳۶/۸۲$). به عبارت دیگر، آموزش بازی درمانی شناختی-رفتاری با توجه به میانگین عزت نفس گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش عزت نفس گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $۰/۵۷$ می باشد، یعنی ۵۷ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون عزت نفس مربوط به تأثیر آموزش بازی درمانی شناختی-رفتاری (عضویت گروهی) می باشد. با کنترل پیش آزمون بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ اضطراب تفاوت معنی داری وجود دارد ($p<۰/۰۰۰۱$ و $۴۴/۲۱$). به عبارت دیگر، آموزش بازی درمانی شناختی-رفتاری با توجه به میانگین اضطراب گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش اضطراب گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $۰/۵۳$ می باشد، یعنی ۵۳ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون اضطراب مربوط به تأثیر آموزش بازی درمانی شناختی-رفتاری (عضویت گروهی) می باشد.

فرضیه اول: بازی درمانی شناختی رفتاری بر سازگاری اجتماعی کودکان شهر اهواز تاثیر دارد.

برای بررسی تفاوت در دو گروه آزمایش و کنترل در مورد سازگاری اجتماعی از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی پس آزمون میانگین نمرات سازگاری اجتماعی گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	SS	میانگین مجذورات	F	P	مجذورات	توان آماری
سازگاری اجتماعی	پیش آزمون	۱۸۶/۰۳	۱	۱۸۶/۰۳	۱۴۴/۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲	۱/۰۰
	گروه	۵۰/۲۱	۱	۵۰/۲۱	۳۶/۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰
	خطا	۲۷/۱۶	۴۷	۱/۱۸				

همان طوری که در جدول ۳ مشاهده می شود با کنترل پیش آزمون بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ سازگاری اجتماعی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F= ۳۶/۱۸$ و $p<۰/۰۰۰۱$). به عبارت دیگر، آموزش بازی درمانی شناختی- رفتاری با توجه به میانگین سازگاری اجتماعی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش سازگاری اجتماعی گروه آزمایش شده است. میزان تاثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۳ می باشد، یعنی ۵۳ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون سازگاری اجتماعی مربوط به تاثیر آموزش بازی درمانی شناختی- رفتاری (عضویت گروهی) می باشد.

فرضیه دوم: بازی درمانی شناختی رفتاری بر عزت نفس کودکان شهر اهواز تاثیر دارد.

برای بررسی تفاوت در دو گروه آزمایش در مورد عزت نفس از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی پس آزمون میانگین نمرات عزت نفس گروه‌های آزمایش با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	SS	میانگین مجذورات	F	P	مجذورات	توان آماری
عزت نفس	پیش آزمون	۵۳/۷۷	۱	۵۳/۷۷	۰/۷۵	۰/۳۹	۰/۰۲	۰/۱۳
	گروه	۲۶۰۸/۳۴	۱	۲۶۰۸/۳۴	۳۶/۸۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷	۱/۰۰
	خطا	۱۹۱۲/۴۹	۴۷	۷۰/۸۳				

با کنترل پیش آزمون بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ عزت نفس تفاوت معنی داری وجود دارد ($p<۰/۰۰۰۱$) و $F= ۳۶/۸۲$. به عبارت دیگر، آموزش بازی درمانی شناختی- رفتاری با توجه به میانگین عزت نفس گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه

گواه، موجب افزایش عزت‌نفس گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۷ می باشد، یعنی ۵۷ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون عزت‌نفس مربوط به تأثیر آموزش بازی‌درمانی شناختی-رفتاری (عضویت گروهی) می باشد.

فرضیه سوم: بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب کودکان شهر اهواز تأثیر دارد.

برای بررسی تفاوت در دو گروه آزمایش در مورد اضطراب از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد.

جدول ۵- نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی پس آزمون میانگین نمرات اضطراب گروه‌های آزمایش و گواه

با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا	توان آماری
تفاوت	پیش آزمون	۱۱۱/۴۱	۱۱۱/۴۱	۱/۲۴	۰/۴۱	۰/۰۵	۰/۱۲
	گروه	۵۹۸/۸۴	۵۹۸/۸۴	۴۴/۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰
	خطا	۱۵۲/۴۷	۱۶/۲۴				

با کنترل پیش آزمون بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ اضطراب تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/0001$) و $F = 44/21$ ، به عبارت دیگر، آموزش بازی‌درمانی شناختی-رفتاری با توجه به میانگین اضطراب گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش اضطراب گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۳ می باشد، یعنی ۵۳ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون اضطراب مربوط به تأثیر آموزش بازی‌درمانی شناختی-رفتاری (عضویت گروهی) می باشد.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه اصلی: بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر سازگاری اجتماعی، عزت‌نفس و اضطراب کودکان شهر اهواز تأثیر دارد.

بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر سازگاری اجتماعی، عزت‌نفس و اضطراب کودکان شهر اهواز تأثیر دارد ($P < 0/0001$) و $F = 17/28$ ، نتایج این پژوهش با پژوهش اردان (۱۳۹۷)؛ لواسانی، کرامتی و کدیور (۱۳۹۷)؛ میرباقری (۱۳۹۵)؛ کرمی، شفیع‌ی و حیدری شرف (۱۳۹۵)؛ محمودعلیلو و همکاران (۱۳۹۴)؛ باگرلی و پاکر (۲۰۱۳)، لندرث (۲۰۱۲) همسو بود.

روش‌های مورد استفاده در آموزش بازی‌درمانی یکی از عواملی هستند که با افزایش یا کاهش خلاقیت کودکان در ارتباط می‌باشد. البته روش آموزش فقط یک بعد فرایند تعلیم و تربیت را در برمی‌گیرد و ابعاد دیگر آن کودکان، مربیان و معلمان می‌باشند که می‌توان گفت تمامی این ابعاد با هم ارتباط تنگاتنگ دارند. به همین خاطر نمی‌توان به طور مطلق گفت که مثلاً روش بازی‌درمانی بهترین روش برای همه افراد و برای همه گروه‌های سنی است البته که در بکارگیری یک روش آموزشی، کودک و مربی از نقش حایز اهمیتی برخوردارند. در واقع این کودک و مربی هستند که روش آموزشی را تعیین می‌کنند (سوغ، کینگری، دیویس، جونز، وایتهد و جکوب، ۲۰۱۳). روش بازی‌درمانی به عنوان یک روش کاملاً کودک محور تا زمانی مفید و مناسب می‌باشد که کودکان از تحرکات درونی فراوانی برخوردار باشند و هنگامی که مربی به آن‌ها آزادی می‌دهد هر لحظه

تحركات درونی بیش‌تری را به معرض نمایش می‌گذارند. اما زمانی که احساس کرد کودکان در قبال استفاده از روش آزاد به انجام کارهای تکراری و روزمره می‌پردازند، در این صورت این روش مناسب نمی‌باشد و لازم است تا خود مربی مستقیماً در کار آن‌ها دخالت کنند. در روش انتخاب موضوعی به دلیل اینکه مربی به عنوان شروع‌کننده می‌باشد از اهمیت بسزایی برخوردار می‌باشد زیرا مربی باید کاملاً نسبت به توانایی‌های کودکان آگاه باشد و همچنین موضوعاتی را به کودکان ارایه دهد که هم جدید باشد و هم در محدوده علاقه آنان باشد. زیرا اگر موضوعی خارج از توانایی کودک باشد یا به آن موضوع علاقه نداشته باشد این روش با شکست مواجه می‌شود. به همین دلیل این روش آموزشی به معلمانی خلاق و دارای توانایی کافی در کار با کودکان نیاز دارد (آکی و براتون ۲۰۱۷).

روش تکمیلی یکی از روش‌های کاملاً محدود می‌باشد که استفاده طولانی مدت از آن به شدت بر کاهش خلاقیت کودکان تاثیر دارد و سبب می‌گردد که کودک نتواند توانایی‌های برونی خودش را بروز دهد و این امر موجب سرخوردگی کودکان و از طرف دیگر به وجود آمدن رفتارهای قالبی و تقلیدی در آنان می‌شود و معمولاً از این روش برای درست کردن کتاب‌های نقاشی و سرگرمی برای خردسالان استفاده می‌کنند. البته این بدان معنا نیست که روش تکمیلی یک روش محدود می‌باشد زیرا وقتی کودکان از تحركات درونی لازم برخوردار نباشند از طریق این روش و با استفاده از یک مربی توانا می‌توان محرکات بیرونی زیادی داد تا بتوانند در آینده از آن استفاده کنند. به طور کلی استفاده از روش‌های آزاد، انتخاب موضوعی و تکمیلی در بازی‌درمانی باید به صورت تدریجی باشد. بدین معنی که مربیان می‌توانند در اوایل کار از روش‌های تکمیلی استفاده کنند تا کودک با محرک بیرونی جدید و زیادی آشنا شود و در طول رشد تدریجی، توانایی‌های خود را بروز دهد. مربی هم باید از روش‌هایی استفاده کند که آزادی بیشتری به کودک بدهد (آکی و همکاران، ۲۰۱۷).

همچنین از آنجایی که در بازی‌درمانی کودکان فرصت بودن در کنار یک گروه نزدیک با فرهنگ کودک باعث تجربه رشد هیجانی می‌کنند، بویژه کسانی که تجربه‌های خوبی در خانواده و یا کلاس درس نداشته‌اند یا کودکانی که نسبت به بودن در کنار بزرگسالان رغبت نشان نمی‌دهند، می‌توانند پسخوراند بیشتری از همسالان دریافت کنند و همچنین کودکان با بودن در گروه و ابراز احساسات‌شان با بازی و به صورت بیانی، موجب افزایش ارتباط اجتماعی در آن‌ها می‌شود (راجسواری، رایلا، آلویی، راجارامیا و رامش، ۲۰۱۹). همچنین می‌توان گفت از آنجایی که دانش‌آموز معمولاً در زمان پرداختن به بازی به آرامش بیشتری رسیده و به این نتیجه می‌رسد که برای هر مسئله‌ای راه حلی وجود دارد، می‌توان بعضی از رفتارهای بد دیگران را نادیده گرفت و یا هر رفتاری که دیگران انجام می‌دهند بد نیست و نباید دید منفی نسبت به دیگران داشته باشد و یا در مورد خانواده او و وظایفی که او در برابر خانواده‌اش دارد و در واقع این روش، راه حل بسیار مناسبی است. پس بنابراین بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر بهبود سازگاری اجتماعی، عزت‌نفس و اضطراب کودکان تاثیر دارد.

فرضیه دوم: بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر سازگاری اجتماعی کودکان شهر اهواز تاثیر دارد.

بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر سازگاری اجتماعی کودکان شهر اهواز تاثیر دارد ($F=36/18$ و $p<0/001$). نتایج این پژوهش با پژوهش لواسانی، کرامتی و کدیور (۱۳۹۷)، کرمی، شفیعی و حیدری شرف (۱۳۹۵)، جعفری (۱۳۹۳)، جلالی، کار احمدی، مولوی و آقایی (۱۳۹۰)، مک کلاسی و دیونر (۲۰۰۹)، کروجر، شولتز و نیوسام (۲۰۰۷) همسو بود.

بر طبق آنچه در پیشینه مورد بحث قرار گرفت و با توجه به تحلیل‌های مختلف که از هنر درمانی به طور عمده و بازی درمانی به طور ویژه بیان گردید، بازی درمانی فرصت‌هایی را فراهم می‌سازد که فرد را در ضمن کسب تجربه‌های موفقیت‌آمیز و افزایش مهارت‌ها، قادر می‌سازد تا به کمک خلق تصاویر، احساسات درونی خود را آشکار ساخته و به وسیله فرافکنی تعارضات، ترس‌ها، آرزوها و دیگر احساسات درونی به نوعی تخلیه هیجانی دست یابد (ریتزی، ری و اسچومن، ۲۰۱۳). بررسی نتایج به دست آمده از پژوهش و مشاهده تفاوت معنی‌دار در افزایش میزان عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان گروه آزمایشی نسبت به دانش‌آموزان گروه گواه، پس از اجرای بازی درمانی به عنوان یک برنامه مداخله‌ای، بیانگر این نکته است که نقاشی درمانی افراد عادی به پالایش احساسات کمک می‌کند، و منجر به افزایش خلاقیت و مهارت‌های ارتباطی با دیگران و همسالان و به طور کلی مدیریت هیجان (کاهش احساس اضطراب، غم و خشم) می‌گردد. بررسی کمی نتایج به کمک تحلیل کوواریانس بیانگر بهبود معنی‌دار در میزان مدیریت هیجان گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه بود و در جهت تأیید پژوهش‌های پیشین می‌باشد. بازی درمانی از طریق برون افکنی احساسات و افکار به فرد کمک می‌کند تا خود را با محیط سازگار کند. بررسی و تحلیل غیر کمی نتایج نشان‌گر این است که کودکان می‌توانند از بازی برای بیان غم‌ها، شادی‌ها، ترس‌ها، اضطراب‌ها و آرزوهای خود بهره‌گیرند و از این طریق به بهبود مهارت‌های هیجانی خود بپردازند (چنگ و ری، ۲۰۱۴). این روش همچنین باعث افزایش قابل توجه سطح تحریک کسانی هم می‌شود که در اغلب موارد منزوی و بی‌انگیزه بوده‌اند، ارزش درمانی روش بازی درمانی برای افراد مبتلا به ناتوانایی‌های شدید و پیچیده، به آرامش و کنترل فشار روانی از راه بازی بستگی دارد.

فرضیه سوم: بازی درمانی شناختی رفتاری بر عزت‌نفس کودکان شهر اهواز تاثیر دارد.

بازی درمانی شناختی رفتاری بر عزت‌نفس کودکان شهر اهواز تاثیر دارد ($p < 0/0001$ و $F = 36/82$). نتایج این پژوهش با پژوهش اردان (۱۳۹۷)، حسنی، میرزاییان و خلیلیان (۱۳۹۲)، باگرلی و پاکر (۲۰۱۳)، هانسر، میزله و دوی وز (۲۰۰۰) همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به تحلیل بازی‌ها می‌توان به این نتیجه رسید که افراد گوناگون بر اساس وضعیت خاص خود به بازی درمانی پاسخ می‌گویند. بدین‌صورت که برخی از کودکان خیلی زود می‌توانند به کمک بازی با دیگران ارتباط برقرار کنند در حالی که برخی از آنان به طوری که از بازی‌ها دیده می‌شود دیرتر به برون‌فکنی احساسات و عواطف خود می‌پردازند و گاهی تا چند جلسه برخی از کودکان حتی از انجام بازی خودداری می‌کنند. به این علت در بازی درمانی محدودیت زمانی از نظر تعداد جلسات نباید قائل شد تا هر کس به تناسب وضعیت خود، از جلسات درمان بهره لازم را ببرد (بلانکو، هولیمن، مورو، تولند و فارنام، ۲۰۱۳). روش گوناگونی برای بهبود عملکرد تحصیلی و مدیریت هیجان کودکان وجود دارد که از آن جمله هنر درمانی که به اشکال گوناگونی مانند نقاشی درمانی، موسیقی درمانی، بازی درمانی و نظایر آن صورت می‌گیرد که فرض اساسی آن این است که بیان عاطفه در هنر اثر شفا بخشی دارد. بازی وسیله‌ی بیانی‌گیرا و ممتازی است که می‌تواند تاثیر قابل ملاحظه‌ای در تکامل هوشی و افزایش قابلیت‌ها و رشد نیروهای خلاق داشته باشد. کودک می‌تواند به کمک آن نوعی ارتباط روحی با دیگران برقرار کند. بنابراین می‌توان از این طریق به روحيات و تمایلات و شخصیت او پی برد. از

طریق بازی می توان به هوش کودک پی برد و به آنها کمک کرد که تعارضات و مشکلات را حل کنند (آهاجا و ساهجا ۳۶، ۲۰۱۶).

همچنین می توان بیان کرد از آنجایی که بازی زبان کودک است. کودکان برخلاف بزرگسالان هستند. آنها از طریق نقاشی کشیدن، قصه گویی، بازی کردن و... شناخته می شوند و می توان تغییرات خلاقیت کودکان را در بازی آنها مشاهده کرد. از آنجایی که کودکان با بازی اجازه می دهد تا هیجان های خود را به وسیله یک واسطه بیان کنند که باعث افزایش سازگاری و عزت نفس آنها نیز می شود. از آنجایی که نقاشی گروهی روی یک سطح می تواند باعث دوری از تفاوت های فردی شده و راهی باشد که گروه بتواند با احساسات مشترک، هم در سطح هوشیار و هم ناهشیار، درباره ی یک موضوع مشترک کار کند. همچنین در بازی گروهی، افرادی را که همانند خود هستند می بینند و به این ترتیب فضای محیطی آنان آرام تر و پذیراتر می شود. بنابر این بازی درمانی بر کاهش حساسیت بین فردی کودکان تأثیر دارد (هال، ۲۰۱۳). از آنجایی که در بازی درمانی می توانیم کودک را بعد از کشیدن بازی اش یاری کنیم تا آنچه را که انجام داده مانند قصه یا داستان تعریف کند و با بیان آنچه که بازی کرده، رفتارهای مطلوب را تقویت و رفتارهای نامطلوب او را کاهش دهیم به نحوی که به جای سرزنش ها و اوامر مستقیم به دانش آموز، از طریق بازی او این رفتارها را در او ایجاد یا کم کنیم. پس بنابرین بازی درمانی بر عزت نفس کودکان تأثیر دارد.

فرضیه چهارم: بازی درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب کودکان شهر اهواز تأثیر دارد.

بازی درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب کودکان شهر اهواز تأثیر دارد ($F= 44/21$ و $p < 0/0001$). نتایج این پژوهش با پژوهش لواسانی، کرامتی و کدیور (۱۳۹۷)؛ میرباقری (۱۳۹۵)؛ محمودعلیلو و همکاران (۱۳۹۴)، باگرلی و پاگر (۲۰۱۳)، لندرث (۲۰۱۲) همسو بود

بر این اساس می توان گفت بازی درمانی برای کودکان کاری را انجام می دهد که صحبت و مشاوره برای بزرگسالان فراهم می کند. بازی یکی از مهمترین ابزارهای جایگزین هم صحبتی است. بازی زبان کودکان است و به او اجازه می دهد که با ما بدون کلام صحبت کند. بازی درمانی برای کودکان کاری را انجام میدهد که صحبت و مشاوره برای بزرگسالان فراهم می کند. بازی یکی از ابزارهای جایگزین هم صحبتی است. بازی زبان کودک است و به او اجازه می دهد که با ما بدون کلام صحبت کند. بازی درمانی رویکرد شناختی-رفتاری پاسخ های عاطفی و رفتاری کودک به رویدادهای زندگی هستند. از اینکه چگونه این رویدادها ادراک و یادآوری می شوند در این روش چنین فرض می شود که آنها فاقد باورها و محتویات شناخت، یا استعداد های حل مسئله (فرآیندهای شناختی) از جهاتی آشفته و مختل می باشد (راجسواری و همکاران، ۲۰۱۹). نارسایی های شناختی به عدم پردازش شناختی کارآمد اشاره دارد، بازی درمانگران شناختی-رفتاری همواره سعی می کنند از طریق تسهیل کسب مهارتهای جدید و فراهم آوردن تجاربی که تغییر شناختی را تسهیل کند به کودک و نوجوان کمک می کنند. اثر بخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر کاهش مشکلاتی چون تنظیم شناختی، اضطراب و افسردگی و ... نشان داده است (آکی و همکاران، ۲۰۱۷). بازی درمانی شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری، مشکلات درونی سازی و بیرونی سازی شده و اضطراب تأثیر مثبت دارد.

پیشنهادات

پیشنهادهای پژوهشی

پژوهش‌گران می‌توانند از سایر روش‌ها مانند مصاحبه نیز برای به دست آوردن اطلاعات دقیق استفاده کنند. پیشنهاد می‌شود طرح حاضر در قالب مطالعه‌ای تجربی اجرا گردد که در آن تأثیر آموزش روش‌های مختلف بر میزان تنظیم هیجان و اضطراب بررسی شود. پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه در سایر شهرها نیز انجام شود تا نتایج پژوهش حاضر با نتایج حاضر قابل مقایسه باشد. پیشنهاد می‌شود پژوهشی با همین روش روی پایه‌های دبستان اجرا گردد.

پیشنهادهای کاربردی

با توجه به نتایج مطالعات انجام شده می‌توان بر لزوم بازنگری در استراتژی‌های آموزشی فعلی جهت بهبود سازگاری اجتماعی، عزت‌نفس و اضطراب کودکان تأکید کرد؛ به خصوص کودکان امروز یا به عبارتی مدرسین فردا را آماده نمود تا مهارت اندیشیدن، قضاوت و در نتیجه تفسیر و تجزیه و تحلیل و استنباط را یاد بگیرند. معلمان و مربیان از بازی‌درمانی شناختی رفتاری، به عنوان یک راهبرد پیشگیری و شناسایی اضطراب و کاهش سازگاری اجتماعی و عزت‌نفس کودکان آگاهی یابند. پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره‌ی آموزش و پرورش از یافته‌های این پژوهش در مشاوره با کودکان و دانش‌آموزان جهت بهبود اضطراب، سازگاری اجتماعی و عزت‌نفس کودکان استفاده کنند. به منظور افزایش مهارت‌های علمی، عملی و توانمندسازی معلمان دوره پیش دبستانی، دوره‌های بازی‌درمانی شناختی رفتاری در برنامه ضمن خدمت برای آن‌ها گذاشته شود.

منابع

۱. اردان، اوفیله (۱۳۹۷). اثربخشی بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر عزت‌نفس کودکان پیش دبستانی. اولین کنگره بین‌المللی و پنجمین کنگره ملی آموزش و سلامت کودکان پیش از دبستان. ۲۸-۴۵.
۲. آقاجان بیگی، مهشید؛ شریفی درآمدی، پرویز (۱۳۹۴). اثربخشی بازی‌درمانی بر اضطراب کودکان ۷ تا ۵ سال، اولین کنگره علمی پژوهشی سراسری توسعه و ترویج علوم تربیتی و روانشناسی جامعه‌شناسی. ۱۱۰-۱۲۸.
۳. جلالی، سلیمه؛ کار احمدی، مژگان؛ مولوی، حسین و آقایی، اصغر. (۱۳۹۰). تأثیر بازی‌درمانی گروهی به شیوه شناختی- رفتاری بر ترس اجتماعی کودکان ۵ تا ۱۱ سال. مجله تحقیقات علوم رفتاری. دوره ۲، شماره ۲، ۱۷۲-۱۸۳.
۴. حسنی، راحله؛ میرزاییان، بهرام؛ خلیلیان، علیرضا. (۱۳۹۲). اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری بر اضطراب و عزت‌نفس کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی (ADHD)، پژوهش‌های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز). ۸ (۲۹): ۱۶۳ - ۱۸۰.
۵. شولتر، د. (۱۳۹۲). روانشناسی کمال. ترجمه گیتی خوشدل. تهران: نشر پیکان. (سال انتشار به تاریخ اصلی، ۲۰۱۲). ۱۱۲-۱۵۸.
۶. عباسی، سمیرا؛ عسگری، زهره و مهربانی، طیبه (۱۳۹۴). بررسی ارتباط سبک فرزندپروری زنان شاغل در مراکز درمانی با اضطراب، گوشه‌گیری و پرخاشگری کودکان پیش دبستانی. پژوهش پرستاری. ۱۱ (۲): ۷۱-۶۳.

۷. قربانی‌نژاد، محدیث (۱۳۹۲). اثربخشی بازی‌درمانی با استفاده از گل بر کاهش میزان اضطراب کودکان دختر بی‌سرپرست. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی. ۸۷-۱۰۲.
۸. کرمی، جهانگیر؛ شفیع، بهناز و حیدری شرف، پریسا (۱۳۹۴). اثربخشی بازی‌درمانی گروهی شناختی رفتاری در اصلاح سازش یافتگی اجتماعی دانش‌آموزان دختر با کم‌توانی ذهنی. مجله تعلیم و تربیت استثنایی. ۱۵ (۳). پیایی ۱۳۱.
۹. لواسانی، محسن؛ کرامتی، هادی و کدیور، پروین (۱۳۹۷). اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر سازگاری اجتماعی و سازگاری تحصیلی دانش‌آموزان با اختلال خواندن. مجله ی ناتوانی های یادگیری. ۷ (۹): ۹۱-۱۰۹.
۱۰. محمودعلیلو، مجید؛ هاشمی نصرت آباد، تورج؛ فرشباف مانی صفت، فرناز. (۱۳۹۴) اثربخشی بازی درمانی براساس رویکرد لوی در کاهش اضطراب کودکان سرطانی، پرستاری و مامایی جامع نگر، سال ۲۵، شماره ۷۵، بهار ۹۴، صفحات ۵۴-۶۲.
۱۱. یزدانی پور، نسیم؛ یزدخواستی، فریبا و عابدی، احمد (۱۳۹۲). اثربخشی بازی‌درمانی با رویکرد التقاطی بر مهارت های اجتماعی و بهره هوشی کودکان پیش دبستانی ۶-۷ ساله شهر اصفهان، چهارمین همایش بین المللی روانپزشکی کودکان و نوجوانان. دانشگاه فردوسی مشهد. ۴۵-۶۸.

12. Ahuja, S., & Saha, A. (2016). They Lead, You Follow: Role of Non-Directive Play Therapy in Building Resilience. *Journal of Psychosocial Research*, 11(1).61-82.
13. Akay, S., & Bratton, S. (2017). The effects of Adlerian play therapy on maladaptive perfectionism and anxiety in children: A single case design. *International Journal of Play Therapy*, 26(2), 96- 108.
14. Akbari, B., & Rahmati, F. (2015). The efficacy of cognitive behavioral play therapy on the reduction of aggression in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 2(2), 93-100.
15. Bana, S., Sajedi, F., Mirzaie, H., & Rezasoltani, P. (2017). The efficacy of cognitive behavioral play therapy on self esteem of children with intellectual disability. *Iranian Rehabilitation Journal*, 15(3), 235-242.
16. Barry, C. T., Doucette, H., Loflin, D. C., Rivera-Hudson, N., & Herrington, L. L. (2017). "Let me take a selfie": Associations between self-photography, narcissism, and self-esteem. *Psychology of popular media culture*, 6(1), 48- 62.
17. Brown, J. D. (2014). Self-esteem and self-evaluation: Feeling is believing. In *Psychological Perspectives on the Self*, Volume 4 (pp. 39-70). Psychology Press.
18. Brown, J. D. (2014). Self-esteem and self-evaluation: Feeling is believing. In *Psychological Perspectives on the Self*, Volume 4 (pp. 39-70). Psychology Press.
19. Brummelman, E., Crocker, J., & Bushman, B. J. (2016). The praise paradox: When and why praise backfires in children with low self-esteem. *Child Development Perspectives*, 10(2), 111-115.
20. Cantwell, J., Muldoon, O., & Gallagher, S. (2015). The influence of self-esteem and social support on the relationship between stigma and depressive symptomology in

- parents caring for children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(10), 948-957.
21. Hernández, M. M., Eisenberg, N., Valiente, C., VanSchyndel, S. K., Spinrad, T. L., Silva, K. M., ... & Southworth, J. (2016). Emotional expression in school context, social relationships, and academic adjustment in kindergarten. *Emotion*, 16(4), 553-562.
 22. Hoshina, A., Horie, R., Giannopulu, I., & Sugaya, M. (2017). Measurement of the effect of digital play therapy using biological information. *Procedia Computer Science*, 112, 1570-1579..
 23. Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship* (2 ed). New York: Brunner-Routledge. 2012;48,1174-1183.
 24. Lin, Y. W., & Bratton, S. C. (2015). A meta-analytic review of child-centered play therapy approaches. *Journal of Counseling & Development*, 93(1), 45-58.
 25. Lin, Y. W., & Bratton, S. C. (2015). A meta-analytic review of child-centered play therapy approaches. *Journal of Counseling & Development*, 93(1), 45-58.
 26. Liu, M., Wu, L., & Ming, Q. (2015). How does physical activity intervention improve self-esteem and self-concept in children and adolescents? Evidence from a meta-analysis. *PloS one*, 10(8), e0134804.
 27. McCloskey P, Divner B. (2009). *Assessment and intervention for executive function difficulties*. New York: Routledge. 856-869.
 28. McCoy, K. P., George, M. R., Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2013). Constructive and destructive marital conflict, parenting, and children's school and social adjustment. *Social Development*, 22(4), 641-662.
 29. Mohan, S., Nayak, R., Thomas, R. J., & Ravindran, V. (2015). The effect of Entonox, play therapy and a combination on pain relief in children: a randomized controlled trial. *Pain Management Nursing*, 16(6), 938-943.
 30. Mylène, M., Sébastien, M., Sophie, C. C., Jérôme, L., Jevita, P., Pierre, V., ... & Raymund, S. (2013). Neurosurgery in Parkinson's disease: Social adjustment, quality of life and coping strategies. *Neural regeneration research*, 8(30), 2856- 2869.
 31. Nadal, K. L., Wong, Y., Griffin, K. E., Davidoff, K., & Sriken, J. (2014). The adverse impact of racial microaggressions on college students' self-esteem. *Journal of college student development*, 55(5), 461-474.
 32. Yengimolki, S., Kalantarkousheh, S. M., & Malekitabar, A. (2015). Self-concept, social adjustment and academic achievement of Persian students. *International Review of Social Sciences and Humanities*, 8(2), 50-60.
 33. Yorn, H, Stangeti, S (2009). Investigating the relationship between play, social skills and the degree of involvement in school activities, forty-five children aged 5-7. *Psychophysiology*, 9,281-291
 34. Zainal, H., Magiati, I., Tan, J. W. L., Sung, M., Fung, D. S., & Howlin, P. (2014). A preliminary investigation of the Spence Children's Anxiety Parent Scale as a screening tool for anxiety in young people with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(8), 1982-1994.