

اثر بخشی بازی درمانی گروهی به شیوهی شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال خواندن مریم ملک^۱، رمضان حسن زاده^۲ و عبدالحکیم تیرگری^۳

چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثر بخشی بازی درمانی گروهی به شیوهی شناختی - رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال خواندن انجام شده است. جامعهی آماری پژوهش حاضر را کلیهی دانش آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی شهرستان گرگان راتشکیل می دهند. که از بین آنها ۲۸ نفر به شیوهی تصادفی انتخاب، ۱۴ نفر در گروه آزمایش و ۱۴ نفر در گروه کنترل به صورت واگذاری تصادفی جایگزین شدند. سپس بازی درمانی گروهی به شیوهی شناختی - رفتاری هفته ای دو بار به مدت ۴۵ دقیقه و در ده جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا شد. ابزار جمع آوری دادهها عبارت است از: پرسشنامهی مشکلات رفتاری راتر (فرم معلم) که به صورت پیش و پس آزمون اجرا شد. دادهها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس شدند. نتایج نشان داد که آموزش بازی درمانی موجب کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال خواندن شده است.

واژههای کلیدی: بازی درمانی، مشکلات رفتاری، اختلال خواندن.

maryam.malek123@yahoo.com

۱. نویسندهی رابط: کارشناس ارشد روان شناسی بالینی

۲. دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد ساری

۳. عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۹/۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۱۲/۲۶

مقدمه

کودکان قشر عمده‌ای از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند به طوری که در کشورهای در حال توسعه، سهم این قشر از کل جمعیت تقریباً به ۵۰ درصد می‌رسد (نریمانی، سلیمانی و ابوالقاسمی، ۱۳۹۱). در هر جامعه سلامت کودکان و نوجوانان اهمیت ویژه‌ای دارد و توجه به بهداشت روانی آنان کمک می‌کند تا از نظر روانی و جسمی سالم بوده و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند. در این راستا، شناخت صحیح ابعاد مختلف جسمی و روانی این گروه سنی و کوشش در راه تأمین شرایط مادی و معنوی مناسب برای رشد بدنی، عاطفی و فکری آنان واضح‌تر از آن است که احتیاج به تأکید داشته باشد (کوشا، ۱۳۷۸؛ به نقل از خدام، مدانلو، ضیایی، کشتکار، ۱۳۸۸). مطالعات انجام شده در فرهنگ‌های مختلف نشان داده است درصد قابل توجهی از کودکان سنین مدرسه و قبل از مدرسه دچار مشکلات رفتاری هستند (هارلند، ریجنولد، بروگمن و ورلوو، ۲۰۰۲).

مشکلات رفتاری، مشکلات فردی و اجتماعی فراوانی را به وجود می‌آورد. کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتاری خانواده، آموزشگاه و اجتماع را با مسایل و دشواری‌های گوناگونی مواجه می‌کنند و آن‌ها را نیز در برابر آشفتگی‌های روانی- اجتماعی دوران نوجوانی و حتی بزرگسالی آسیب پذیر می‌سازند. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که تقریباً ۳۰ درصد کودکان و نوجوانان در طول زندگی خود یک اختلال روان‌پزشکی قابل تشخیص را تجربه خواهند کرد. تعداد کودکانی که وخامت مشکلات آنان در حدی است که نیاز به درمانگری را مطرح می‌کند در حدود ۱۵ تا ۲۲ درصد تخمین زده شده است (کاستلوو، برنز، آنگولد و لیف، ۱۹۹۳). دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری که به طور مداوم و مکرر شکست تحصیلی را تجربه می‌کنند نسبت به مشکلات رفتاری و اجتماعی - هیجانی آسیب پذیرتر هستند (گنجی، زاهدبابلان،

1. Harland , Reijneveld, Brugman & Verloove
2. Castello, Burns, Anggold & Leaf

و معینی کیا، ۱۳۹۱). انتظار می‌رود این دانش‌آموزان بعد از تجربه شکست احساس ناشایستگی در چند سال متوالی تحصیلی علانمی از پریشانی همراه با مشکلات عاطفی و هیجانی بروز دهند (آرچر^۱، ۲۰۰۳). اختلال‌های یادگیری در خطر ابتلا به اختلال‌های همراه از جمله اختلال بیش‌فعالی، کمبود توجه، اختلال‌های ارتباطی، افسردگی هستند. داده‌ها حاکی از آن است که تا ۲۵ درصد کودکان مبتلا به اختلال خواندن بیش‌فعال هستند و کودکان مبتلا به اختلال نوشتن تصور می‌شود در خطر بالاتر مشکلات اجتماعی قرار دارند (کاپلان^۲ و سادوک^۳، ۲۰۰۷ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷). این امر شاید به این دلیل باشد که در بسیاری از دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری نوعی احساس خودارزشمندی منفی به علت ناکامی حاصل از دشواری‌های یادگیری شکل می‌گیرد و فقدان احترام به خود منجر به خودپنداره و عزت نفس ضعیف در آن‌ها می‌شود که در نهایت باور من نمی‌توانم را در آن‌ها ایجاد می‌کند (مرسر، ۱۹۹۲؛ ترجمه کریمی، ۱۳۸۰). بنابراین به علت شکست‌های مکرر در دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری، اغلب باورهای مربوط به عدم پیشرفت شکل می‌گیرد که به خودی خود مشکلاتی ایجاد می‌کند که فراتر از اختلال اصلی هستند. لذا استفاده از روش‌های درمانی در کاهش مشکلات رفتاری می‌تواند از اهمیت بسزایی برخوردار باشد یکی از روش‌های مورد استفاده در بهبود مشکلات رفتاری کودکان، بازی درمانی است. بازی افکار درونی کودک را با دنیای خارجی او ارتباط می‌دهد و باعث می‌شود که کودک بتواند اشیای خارجی را تحت کنترل خود درآورد بازی به کودک اجازه می‌دهد تا تجربیات، افکار، احساسات و تمایلاتی را که برای او تهدید کننده هستند، نشان دهند (وتینگتون، هان، فوگوآویتلی و همکاران^۴، ۲۰۰۸). بازی درمانی رویکردی ساختارمند و مبتنی بر نظریه درمان است که فرایندهای یادگیری و ارتباط سازگاران و بهنجار کودکان را

1. Arthure
2. Kaplan
3. Sadocks
4. Wethington, Hahn, Fugua-whiteley & et al

پایه‌ریزی می‌کند (لندرت^۱، ۲۰۰۲؛ ترجمه‌ی داورپناه، ۱۳۹۰). در بازی درمانی به کودک فرصت داده می‌شود تا احساسات آزار دهنده و مشکلات درونی خود را از طریق بازی بروز دهد و آن‌ها را به نمایش درآورد (آکسلین^۲، ۱۹۹۴؛ ترجمه‌ی حجاریان، ۱۳۶۹)

پژوهش‌های تحقیقات انجام شده در رابطه با روش‌ها و مداخله‌ی بازی‌درمانی در کاهش اختلال‌های هیجانی و رفتاری کودکان، هر کدام اثربخشی این روش را نشان داده‌اند. در پژوهش دایک و ویدس (۲۰۰۱) با استفاده از بازی درمانی بر روی کودکان پیش دبستانی به منظور بهبود مشکلات هیجانی آن‌ها به کار گرفته شد، نتایج حاکی از کاهش قابل ملاحظه‌ای از مشکلات هیجانی بوده است.

در مطالعه‌ای که توسط مک گیو (۲۰۰۰) با عنوان بررسی اثربخشی بازی درمانی گروهی بر کاهش مشکلات رفتاری، افزایش سازگاری عاطفی، بهبود مفهوم و افزایش خودکنترلی در شمال تگزاس با نمونه‌ای به ۳۰ نفر بر روی کودکان پیش دبستانی انجام شد نتایج پژوهش حاکی از آن بود که تمایلات مثبت در رفتار کودکان ایجاد شد. پاگرلی و پارکر (۲۰۰۵) بیان کردند 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. در مطالعه‌ای که توسط دانجر (۲۰۰۳) بر روی ۱۱ کودک پیش دبستانی در شمال تگزاس انجام شد نتایج نشان داد که استفاده از بازی درمانی به عنوان یک راه کار مداخله‌ای مؤثر برای کودکان دارای مشکلات زبانی، رشد مهارت‌های زبان بیانی -دریافتی را بهبود نمی‌بخشد، ولی باعث کاهش اضطراب در کودکان می‌شود. هنیز (۱۹۹۳) در پژوهشی که به بررسی تأثیر بازی درمانی بر اختلالات رفتاری کودکان ۵-۸ ساله پرداختند، داده‌ها حاکی از بازی درمانی به کاهش اختلالات رفتاری کودکان منجر شده است. یافته‌های پژوهشی دگرا ویرارگاران (۱۹۹۴) بر روی کودکان دارای اختلال رفتاری پرخاشگری نشان می‌دهد، بازی درمانی بر سازگاری و کاهش مشکلات

1. Landreth

2. Axlin

کودکان دارای اختلال رفتاری پرخاشگری مؤثر بوده است. در مطالعه‌ای که توسط زارع و احمدی (۱۳۸۶) بر روی کودکان ۷ تا ۹ ساله مرکز شبانه روزی شهید رضایی اقلید با نمونه‌ای به حجم ۶ نفر انجام شد، نتایج تحقیق گویای آن بود که جلسات بازی درمانی گروهی به شیوهی شناختی- رفتاری موجب کاهش مشکلات رفتاری شده است. طبق مطالعه‌ی انجام شده توسط زارعپور، خشک‌ناب، کاشانی نیا (۱۳۸۸) به عنوان اثربخشی بازی درمانی گروهی بر میزان افسردگی کودکان، نتایج تحقیقات نشان دهنده‌ی اثر بخشی بازی درمانی بر کاهش افسردگی کودکان در سطح معناداری بوده است. در پژوهشی که توسط جنتیان و نوری (۱۳۸۵) در مورد اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری بر شدت علائم اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه انجام شد، دریافتند که از بازی درمانی می‌توان به عنوان یک روش درمانی مؤثر برای این کودکان استفاده نمود. باعدی (۱۳۸۰) نشان داد بازی درمانی شناختی _ رفتاری در کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک مؤثر بوده است. امجدی (۱۳۸۵) در پژوهشی با عنوان بررسی تأثیر بازی درمانی به شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش مشکلات پرخاشگری دانش‌آموزان دبستانی نشان داد بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری کودکان مؤثر بوده است. در مطالعاتی که در زمینه دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری در ایران انجام شده است کمتر به بعد مسایل عاطفی و رفتاری آنان پرداخته‌اند، به دلیل این که این دانش‌آموزان از لحاظ عاطفی اجتماعی صدمه می‌بینند و مشکلات رفتاری آنان را افزون می‌شود (کیامرثی، ایل‌بیگی و احمدی، ۱۳۹۱) و از آنجایی که عملکردهای تحصیلی و ویژگی‌های رفتاری و هیجانی دانش‌آموزان ممکن است به طور متقابل هم تأثیر بگذارند و با در نظر گرفتن این مسئله که بسیاری از کودکان دارای اختلال یادگیری مضطرب، نامطمئن، بی اختیار سرکش هستند و به دنبال شکست‌های پی در پی دچار ناکامی می‌شوند (والاس و مک لافین^۱، بی تا؛ به نقل از لوسانی، ۱۳۸۶). فرضیه‌ی اصلی پژوهش حاضر این است که بازی درمانی گروهی به شیوهی شناختی - رفتاری نمرات مشکلات رفتاری

کودکان مبتلا به اختلال خواندن را کاهش می‌دهد.

روش

جامعه‌ی آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری: روش پژوهش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه‌ی مورد پژوهش را کلیه‌ی دانش‌آموزان دختر و پسر مبتلا به اختلال خواندن مقطع ابتدایی شهرستان گرگان در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ تشکیل دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی دو دبستان ابتدایی انتخاب شد. شیوه‌ی انتخاب نمونه تحقیق از طریق دو ملاک بود. اول با مراجعه به پرونده تحصیلی و انتخاب دانش‌آموزانی که به دلیل داشتن اختلال خواندن به مراکز اختلالات یادگیری ارجاع داده شده بودند و تحت درمان بودند. و دوم گرفتن نمره‌ی برش برای تشخیص مشکلات رفتاری در پرسش‌نامه‌ی مشکلات رفتاری راتر که توسط معلمان دانش‌آموزان پاسخ داده می‌شد. از بین دانش‌آموزان ۳۸ نفر از کودکان مبتلا به اختلال خواندن ۲۸ نفر از افراد که نمره‌ی ۹ و بیشتر از آن را در آزمون مشکلات رفتاری کسب کردند، به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای در دو گروه ۱۴ نفری آزمایش و کنترل جای‌گذاری شدند.

در این پژوهش گروه آزمایشی در معرض جلسات بازی درمانی قرار گرفتند، ولی بر روی گروه کنترل هیچ برنامه‌ای اجرا نشد.

پرسش‌نامه مشکلات رفتاری راتر (فرم معلم): این آزمون توسط مایکل راتر (۱۹۶۷) جهت تمایز گذاشتن بین کودکان بهنجار و کودکان دارای مشکلات رفتاری تنظیم شده است. زیرگروه‌های آزمون عبارت‌اند از پرخاشگری-بیش‌فعالی، اضطراب-افسردگی، رفتار ضداجتماعی، ناسازگاری اجتماعی و اختلال کمبود توجه. این آزمون در ایران به وسیله‌ی مهریار و همکاران ترجمه و مورد استفاده قرار گرفته است. در پژوهش مهریار (۱۳۶۷) میزان توافق تشخیصی روان‌پزشکی و پرسش‌نامه در وجود اختلال و انواع فرعی آن در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بوده است چنان‌که در پژوهش راتر (۱۹۷۵) با روش دو نیمه کردن حدود ۰/۸۹، در پژوهش باقری (۱۳۷۳) با

استفاده از روش بازی آزمایی ۰/۸۷ گزارش شده است. در پژوهش ابوالقاسمی (۱۳۸۳) ضرایب پایایی دو نیمه‌سازی و آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۸۳۰ و ۰/۹۱ گزارش شد. این آزمون از ۳۰ عبارت تشکیل شده است. در روش نمره گذاری آزمون به هر سؤال حداقل ۰ و حداکثر ۲ نمره تعلق می‌گیرد که دامنه‌ی نمرات ۰ تا ۶۰ خواهد بود.

روش اجرا: در پژوهش حاضر از تکنیک‌های شناختی - رفتاری جهت کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری استفاده شده است که در آن بازی درمانگر با استفاده از تکنیک‌های شناختی رفتاری و دیگر وسایل بازی به شناسایی افکار و احساسات و بازسازی افکار می‌پردازد. پس از تعیین گروه آزمایش در جلسه‌ای از معلمان و کودک با هم دعوت شدند. در این جلسه نقش معلمان در درمان تذکر داده شد. اول این که چون کار گروهی ست لازم است دانش آموز خود را سر وقت به جلسه درمان بفرستند و در انتها تعداد جلسات درمانی به آن‌ها گفته شد. سپس دانش آموزان با کل اتاق بازی، مدت زمان جلسه بازی درمانی توسط بازی درمانگر آشنا شدند. در پژوهش حاضر گروه آزمایش که ۱۴ نفر که در دو گروه ۷ نفره جایگزین شدند، به مدت ۱۰ جلسه به مدت ۴۵ دقیقه به بازی پرداختند. روش مداخله‌ی محقق در پژوهش حاضر بر اصول بازی درمانی شناختی - رفتاری استوار است. بعد از اتمام جلسات بازی درمانی، مجدداً آزمون مشکلات رفتاری را بر روی دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد.

جلسه‌ی اول: آشنایی درمانگر و کودکان با یکدیگر و فعالیت‌های جلسات گروهی، ارائه‌ی قوانین و وظایف هر عضو.

جلسه‌ی دوم: انجام شناسایی انواع احساسات در کودکان و ایجاد شرایط لازم جهت برون ریزی احساسات آن‌ها.

جلسه‌ی سوم: کمک به کودکان در جهت شناخت احساس مثبت و منفی لزوم بیان تجارب هیجانی به شیوه‌ی صحیح و ثبت هیجان‌های مختلف، افزایش مهارت مقابله با هیجان‌های منفی.

جلسه‌ی چهارم: آموزش شناسایی افکار با استفاده از تهیه فرم بازبینی افکار منفی.

جلسه‌ی پنجم: مرور تجارب هیجانی کودکان در طول هفته و بررسی فرم‌های ارائه شده.

جلسه‌ی ششم: آموزش بازسازی افکار منفی.

جلسه‌ی هفتم: آموزش مهارت کنترل خشم.

جلسه‌ی هشتم: آموزش خودگویی‌های مثبت.

جلسه‌ی نهم: آموزش مهارت کنترل خشم.

جلسه‌ی دهم: جمع‌بندی و نتیجه‌گیری.

نتایج

نتایج حاصل از اجرای بازی درمانی بر روی گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش و پس از آزمون به شرح زیر ارائه شده است. در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از آزمون t و تحلیل کواریانس استفاده شده.

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود آزمون آماری نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌های مطالعه بر روی اضطراب و افسردگی با اطمینان ۹۵٪ از نظر آماری معنادار است. معنی این نتیجه این است که بازی درمانی تأثیر معناداری بر کاهش مشکلات اضطراب و افسردگی کودکان داشته است ($p < 0/05$).

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، آزمون آماری F با مقدار ۸/۷۵۴ نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌های مطالعه با اطمینان ۹۵٪ از نظر آماری معنادار است. معنی این نتیجه این است که بازی درمانی تأثیر معناداری بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان داشته است ($p < 0/05$).

اثربخشی بازی درمان گروهی به شیوهی شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری ...

جدول ۱. شاخص‌های آماری مشکلات رفتاری گروه آزمایش و کنترل در دو موقعیت پیش و پس از آزمون

P	df	t	تفاضل		بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه
			SD	M	SD	M	SD	M	
۰/۸۲۸	۱۳	۰/۲۲۱	۱/۲۱	-۰/۰۷	۲/۶۵	۴/۳۶	۲/۸۲	۴/۴۳	پرخاشگری و آزمایش
۱	۱۳	۰	۰/۷۱	۰/۰۰	۱/۳۲	۴/۶۹	۱/۷۵	۴/۶۹	بیش‌فعالی کنترل
۰/۰۰۹	۱۳	۳/۰۴۵	۱/۱۴	-۰/۹۳	۱/۸۳	۴/۱۴	۲/۴۰	۵/۰۷	اضطراب و آزمایش
۰/۳۳۷	۱۳	۱/۰۰۰	۰/۲۸	-۰/۰۸	۱/۶۱	۴/۵۴	۱/۷۶	۴/۶۲	افسردگی کنترل
۰/۲۷۲	۱۳	۱/۱۴۷	۱/۴۰	-۰/۴۳	۱/۴۶	۴/۸۶	۱/۷۷	۵/۲۹	ناسازگاری آزمایش
۰/۲۷۳	۱۳	۰/۱۴۸	۰/۷۳	۰/۲۳	۱/۵۴	۵/۲۳	۱/۶۸	۵/۰۰	اجتماعی کنترل
۰/۲۷۲	۱۳	۱/۱۴۷	۰/۷۰	-۰/۲۱	۰/۸۵	۲/۴۳	۰/۸۴	۲/۶۴	رفتارهای آزمایش
۱	۱۳	-۰/۳۸۹	۰	۰	۱/۵۶	۲/۵۴	۱/۵۶	۲/۵۴	ضد اجتماعی کنترل
۰/۸۵۰	۱۳	۰/۱۹۳	۱/۳۷	-۰/۰۷	۲/۰۷	۳/۵۰	۲/۰۳	۳/۵۷	کمیبود آزمایش
۰/۱۹۰	۱۳	-۰/۱۳۹	۰/۶۰	۰/۲۳	۱/۱۲	۳/۶۲	۱/۱۲	۳/۳۸	توجه کنترل
۰/۰۱۳	۱۳	۲/۸۷۲	۲/۲۳	-۱/۷۱	۴/۱۸	۱۹/۲۹	۴/۷۹	۲۱/۰۰	آزمایش جمع
۰/۲۹۳	۱۳	-۰/۱۰۰	۱/۲۶	۰/۳۸	۳/۵۰	۲۰/۶۲	۳/۴۷	۲۰/۲۳	کنترل

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس مقایسه‌ی میانگین‌های نمرات مشکلات رفتاری در مرحله‌ی پس از آزمون بعد از بررسی متغیر پیش‌آزمون

P	F	MS	df	SS	منبع تغییرات
۰/۰۰۰	۱۰۲/۷۱۷	۳۰۳/۱۱۲	۱	۳۰۳/۱۱۲	پیش‌آزمون
۰/۰۰۷	۸/۷۵۴	۲۵/۸۳۳	۱	۲۵/۸۳۳	گروه
		۲/۹۵۱	۵۲	۷۰/۸۲۲	خطا
			۲۸	۱۱۱۰۶/۰۰۰	کل

Vol.2, No.4/140-153

دوره‌ی ۲، شماره‌ی ۴/۱۵۳-۱۴۰

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس مقایسه‌ی میانگین‌های نمرات مشکلات رفتاری در مرحله پس از آزمون بعد از بررسی متغیر پیش‌آزمودنی بر حسب جنسیت

منبع تغییرات	SS	Df	MS	F	P
گروه	۲۵/۴۲۶	۱	۲۵/۴۲۶	۸/۴۰۲	۰/۰۰۸
جنسیت	۱/۲۱۶	۱	۱/۲۱۶	۰/۴۰۲	۰/۵۳۲
پیش‌آزمون	۳۰۴/۲۵۶	۱	۳۰۴/۲۵۶	۱۰۰/۵۳۵	۰/۰۰۰
خطا	۶۹/۶۰۷	۴۲	۳/۰۲۶		
کل	۱۱۱۰۶/۰۰۰	۸۲			

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود آزمون آماری F با مقدار ۰/۴۰۲ نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌های مطالعه با اطمینان ۹۵٪ از نظر آماری معنادار نمی‌باشد. معنی این نتیجه، این است که بازی درمانی تأثیر معناداری بر کاهش میزان مشکلات رفتاری در بین دو جنس نداشته است ($p > ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر آموزش بازی درمانی به شیوه‌ی شناختی - رفتاری بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال خواندن بود. همان‌طور که نتایج نشان داد، آموزش بازی درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال خواندن مؤثر بود. به نحوی که میانگین نمره‌ی کلی مشکلات رفتاری در شاخص اختلالات رفتاری با توجه به آنچه که پرسش‌نامه مشکلات رفتاری راتر می‌سنجد پس از آموزش کاهش یافته است. این نتایج با نتایج مداخله‌های سایر پژوهشگران و درمانگران در رابطه با مشکلات رفتاری کودکان هم‌خوان است. زارع (۱۳۸۶) نشان داد که بازی درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مؤثر است تکلوی (۱۳۹۰)، نشان داد که آموزش بازی درمانی مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری مؤثر است و این عامل سبب کاهش مشکلات رفتاری کودکانشان شده است. سایر تحقیقات، همچون نل (۱۹۹۹)، شافر (۱۹۸۳) پدرو و ردی (۲۰۰۵) ایوانز، مولت و فرانز (۲۰۰۵)

اثربخشی مداخله‌های شناختی- رفتاری را در درمان مشکلات رفتاری کودکان و درمان کودکانی که مشکلات آنها به سبب محرک‌های تنش‌زای زندگی همچون طلاق، مرگ، جابجایی و حوادث ایجاد شده، نشان داده است. مصطفوی، شعیری، اصغری مقدم و محمودی (۱۳۸۹) طی تحقیق تأثیر آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های بازی درمانی به مادران موجب کاهش مشکلات رفتاری کودکان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است

دایک و ویدس (۲۰۰۱) نشان داد، بازی درمانی بر روی کودکان پیش دبستانی باعث کاهش قابل ملاحظه‌ای مشکلات هیجانی شده است. هنیز و همکاران (۱۹۹۳) نشان دادند بازی درمانی بر اختلالات رفتاری کودکان ۵-۸ ساله مؤثر بوده است. اسپنس و همکاران (۲۰۰۰) در طی یک برنامه شناختی- رفتاری برای کودکان مبتلا به هراس اجتماعی اثربخشی مداخله‌های شناختی- رفتاری را در کاهش هراس اجتماعی و اضطراب عمومی کودکان نشان داده‌اند. در مطالعه‌ای دیگر که توسط گالاگر (۲۰۰۴) صورت گرفته است نیز گروه درمانی شناختی- رفتاری کوتاه مدت در درمان هراس اجتماعی، اضطراب و افسردگی کودکان مؤثر بوده است. با توجه به این که نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها و تأیید فرضیه پژوهشی به گونه‌ایی با نتایج حاصل از پژوهش‌های مشابه هم‌خوانی دارد و از آنجا که بازی درمانی روشی است که به کودک فرصت می‌دهد تا احساسات آزار دهنده و مشکلات درونی خود را از طریق بازی بروز دهد و آنها را به نمایش درآورد و درمانگر نیز فرصتی را فراهم می‌کند که به کودک کمک کند تا یاد بگیرد تعارضات خود را حل کند، می‌توان اذعان داشت که این روش به مثابه یکی از روش‌های درمانی پذیرفته شده و مورد تأیید است همچنین آزمون آماری نشان داد که بازی درمانی گروهی به شیوهی شناختی - رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال خواندن در بین دو جنس تفاوت معناداری وجود نداشته است. مطالعه با نتایج پژوهش بولتون (۲۰۰۷) تحت عنوان (تأثیر بازی درمانی بر میزان افسردگی کودکان آواره و باز مانده از جنگ اوگاندا) هم‌خوانی دارد.

در تحقیق او گروه دختران و پسران به یک میزان از بازی و تأثیر بازی درمانی سود برده بودند و رتبه سنی در تأثیر بازی درمانی مؤثر نبوده است، یعنی افسردگی تحت تأثیر جنسیت کودکان نیست و بین دختران و پسران تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین در بررسی دیگری که توسط زارچپور و همکاران (۱۳۸۸) تحت عنوان بررسی تأثیر بازی درمانی گروهی بر میزان افسردگی کودکان مبتلا به سرطان انجام شد نتایج حاکی از آن بود که بازی درمانی گروهی بر میزان افسردگی کودکان مبتلا به سرطان تفاوت معناداری وجود نداشته است و دختران و پسران به یک میزان از تأثیر بازی درمانی سود برده‌اند. در بررسی دیگری که توسط اعظمی و جعفری (۱۳۸۶) تحت عنوان نقش بازی درمانی در پیشرفت تحصیلی کودکان پایه‌ی سوم مقطع ابتدایی انجام شد نتایج به‌دست آمده نشان داد، بین میزان تأثیر بازی بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دختر و پسر تفاوت وجود ندارد. با توجه به این که نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها و رد فرضیه‌ی پژوهشی به گونه‌ای با نتایج حاصل از پژوهش‌های مشابه هم‌خوانی دارد. با توجه به نتایج تحقیقات پیشین و بررسی پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی بازی درمانی و اثربخشی آن احتمال این که بازی درمانی به عنوان یک تکنیک درمانی مؤثر بتواند نقش مؤثری در درمان و کنترل مشکلات رفتاری داشته باشد تقویت می‌گردد. به خصوص پژوهش در زمینه درمان شناختی - رفتاری به خاطر فعال بودن کودک در فرایند درمان از اهمیت بالایی برخوردار است.

تحقیق حاضر با محدودیت‌هایی نیز همراه بود. طرح آزمایشی با یک گروه، تعمیم‌پذیری نتایج را با مشکل مواجه می‌کند. در نتیجه پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از طرح‌های آزمایشی با قابلیت تعمیم بالاتر استفاده شود. با توجه به این که پژوهش بر روی کودکان دارای اختلال خواندن انجام شد پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی انواع دیگر ناتوانی‌های یادگیری و بر روی سایر اختلالات رفتاری با نمونه‌ی بیشتری مورد مطالعه قرار بگیرد. تحقیق در یک شهر انجام شده است پیشنهاد می‌شود که تحقیق حاضر در سطح استان‌ها و سطح کشور اجرا شود. با توجه به تأثیر بازی درمانی در کاهش اختلالات رفتاری به خصوص اختلال اضطرابی کودکان، به کلیه‌ی

روان‌شناسان، روان‌پزشکان و متخصصان مربوط، پیشنهاد می‌شود که از این برنامه به عنوان درمان انتخابی در مراکز روان‌درمانی استفاده نمایند.

منابع

- اعظمی، محمود و جعفری، علیرضا (۱۳۸۶). نقش بازی در پیشرفت تحصیلی (زبان آموزی) کودکان پایه سوم مقطع ابتدایی شهر تهران. فصل‌نامه‌ی علوم رفتاری، ۱۱، ۲۹-۱۰.
- ام آکسلاین، ویرجینیا. (۱۳۶۹). بازی درمانی (ترجمه‌ی احمد حجاریان). تهران: انتشارات کیهان.
- امجدی فر، رضا (۱۳۸۵). اثربخشی بازی درمانی شناختی - رفتاری گروهی بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان دبستانی. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- باعدی، زهرا. (۱۳۸۰). بررسی کارآمدی بازی درمانی در کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلالات سلوک. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انیستیتو روان‌پزشکی.
- جنتیان، سیما. (۱۳۸۷). اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری بر شدت علائم اختلال بیش‌فعالی دانش‌آموزان پسر ۹ تا ۱۱ ساله. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد واحد خوراسگان.
- خدا، حمیرا؛ مدانلو، معصومه؛ ضیایی، طیبه و کشتکار، عباسعلی (۱۳۸۸). اختلالات رفتاری و برخی عوامل مرتبط با آن در کودکان سن مدرسه شهر گرگان. پژوهش پرستاری، ۱۴، ۳۷-۲۹.
- زارع، مهدی و احمدی، سونیا. (۱۳۸۶). اثربخشی بازی درمانی به شیوه‌ی رفتاری - شناختی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان. مجله‌ی روان‌شناسی کاربردی، ۳، ۲۸-۱۸.
- زارع‌پور، افسانه؛ فلاحی خشک‌ناب، مسعود و کاشانی‌نیا، زهرا (۱۳۸۸). بررسی تأثیر بازی درمانی گروهی بر میزان افسردگی کودکان مبتلا به سرطان. مجله‌ی علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۱۴، ۷۲-۶۴.
- کیامرثی، آذر و ایل‌بیگی قلندری، رضا (۱۳۹۱). ارتباط احساس پیوستگی و نارسایی هیجانی با رضایت از زندگی در دانش‌آموزان دختر دارای نشانه‌های ADHD. فصل‌نامه‌ی روان‌شناسی مدرسه، (۲)، ۹۰-۷۶.
- گنجی، مسعود؛ زاهدبابلان، عادل و معینی‌کیا، مهدی (۱۳۹۱). فراتحلیل پژوهش‌های انجام یافته در خصوص نقش الگوهای تدریس بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان. فصل‌نامه‌ی روان‌شناسی مدرسه، (۱)، ۹۳-۱۰۸.

- لندرت، گاری ای. (۱۳۹۰). بازی درمانی، هنر برقراری ارتباط. (ترجمه فروزنده داور پناه). تهران: انتشارات رشد.
- مرسر، سس یل دی (۱۹۹۲). اختلالات یادگیری. ترجمه‌ی یوسف کریمی، ۱۳۸۰. تهران: نشر ساوالان.
- مصطفوی، سعیده سادات؛ شعیری، محمد رضا؛ اصغری مقدم، محمد علی و محمودی قزایی، جواد (۱۳۸۹) اثر بخشی آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد - کودک به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان، روان شناسی معاصر، ۵، ۷۱۸-۷۱۲.
- نریمانی، محمد؛ سلیمانی، اسماعیل و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۱). مقایسه‌ی ابعاد درونی و بیرونی سبک‌های تفکر دانش آموزان نابینا و بینا. فصل‌نامه‌ی روان‌شناسی مدرسه، ۱(۱)، ۱۱۸-۱۰۸.
- والاس، جرال و مک‌لافلین، جیمز (۱۳۷۵). ناتوانی‌های یادگیری. (ترجمه‌ی تقی منشی‌طوسی). مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.

- Arthure, A. R. (2003). "The emotional lives of people with learning. *Journal of Learning Disabilities*, 31, 25-31.
- 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.
- Castello, E. J., Burns, B., Anggold, A., & Leaf, P. (1993). How can epidemiology improve mental health services of children and adolescents. The intervent, *Journal of American Academy of Child and Psychiatry*, 32, 1106-1117.
- Harland P, Reijneveld SA, Brugman E, Verloove-Vanhorick SP, Verhulst FC., (2002). *Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children. Eur child Adolesc psychiatry*. Aug, 11(4), 179-84.
- Gallagher, M.H. , Rabian. A.B., Mc closkey, S.M. (2004). A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety disorders* (18) 459-479.
- McGive, D.E. (2000). *Child-Centered Group Play Therapy. Dissertation abstract International*, 6(1), 30-39.
- Spence, S.H., Donovan, & Berchman-Toussaint. M. (2000). The treatment of children social phobia: the effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of child psychology and psychiatry and allied Disciplines*, 41, 743-726.
- Wethinton, H. R., Hahn, R. A., Fugua-Whiteley, D. S., pe, T. A., Crosloy, A. E., Johnson, R. L., Liberman, A. M., Mosci chi, E., Price, L. N., Tuma, F. K., Halra, G., Chatto., Padhyay, S. K. (2008). The effectiveness of nterventions to reduce psychology harm form traumatic events among child and adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(3), 287-373.