

## اثربخشی بازی درمانی بر اساس رویکرد شناختی- رفتاری بر رشد اجتماعی کودکان ۵ و ۶ سال دارای مشکلات عاطفی

نیلوفر رجبیان

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی از دانشگاه پیام نور نوشهر

### چکیده

زمینه و هدف: رشد اجتماعی مهمترین جنبه وجود هر شخص است. چرا که فرض بر این است که کودکان بدون رشد اجتماعی و داشتن مهارت های لازم قادر نیستند در تعامل اجتماعی با سایرین وظایف خود را انجام دهند. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی بازی درمانی بر اساس رویکرد شناختی و رفتاری بر رشد اجتماعی کودکان دارای مشکلات عاطفی بود.

روش: طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی، پیش آزمون-پس آزمون، با گروه گواه بود. جامعه پژوهش حاضر را کودکان ۵ و ۶ ساله دارای مشکلات عاطفی شمال تهران و مراجعه کننده به مرکز پایش کودک خانواده ایرانی تشکیل دادند. روش نمونه گیری مبتنی بر هدف (هدفمند) بود. به این صورت که از بین کودکان مراجعه کننده به مرکز پایش کودک خانواده ایرانی که دارای مشکلات عاطفی بودند و با استفاده از مقیاس رشد اجتماعی وایلند و آزمون بینایی- حرکتی بندرگشتالت، ۴۰ کودک که دارای نشانه های رشد اجتماعی ضعیف بودند انتخاب و سپس به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۲۰ کودک) جایگزین شدند. کودکان گروه آزمایش تحت برنامه بازی درمانی شناختی رفتاری قرار گرفتند ولی گروه گواه هیچ مداخله ای را دریافت نکردند. پس از پایان مداخله از هر دو گروه آزمایش و گواه، پس آزمون انجام گرفت.

یافته ها: از آنجایی که مفروضه یکسانی واریانس ها و همگنی شیب خط رگرسیون رعایت نشده بودند، داده ها به جای تحلیل کواریانس با استفاده از آزمون t استیودنت (مقایسه میانگین های دو گروه مستقل) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که نایچ نشان داد به طور کلی بازی درمانی شناختی رفتاری در افزایش رشد اجتماعی در کودکان تاثیر معنادار داشته است.

نتیجه گیری: بازی درمانی شناختی رفتاری می تواند با مشارکت کودکان در فعالیت های گروهی و بازی با همسالان موجب رشد اجتماعی آن ها شود.

واژه های کلیدی: بازی درمانی شناختی- رفتاری، رشد اجتماعی، مشکلات عاطفی

## مقدمه :

بدون شک یکی از مهمترین و مؤثرترین دوران زندگی آدمی، که در آن شخصیت فرد پایه ریزی شده و شکل می گیرد، دوران کودکی است. امروزه این حقیقت انکارناپذیر به اثبات رسیده است که کودکان در سنین پایین، فقط به توجه و مراقبت جسمانی نیاز ندارند؛ بلکه این توجه باید همه ابعاد وجودی آنها شامل رشد اجتماعی، عاطفی، شخصیتی و هوشی را نیز در برگیرد. این ابعاد، عوامل تعیین کننده اساسی شخصیت یک انسان هستند که از دوران کودکی پایه گذاری می شوند و شکل می گیرند (حیدری، ۱۳۸۷). آموزش کودکان در سال های اولیه زندگی و فراهم کردن تجربه های عینی برای آنها، می تواند باعث رشد و تربیت آنها شود؛ زیرا در این دوران، انعطاف و نقش پذیری در کودک بسیار زیاد است و اگر بخواهیم هنجارها و قوانین را در آنها درونی کنیم باید از همین دوره، تعلیم و تربیت را شروع کنیم. پرورش کامل استعداد های کودک، بویژه در شش سال اول زندگی او، نیاز به محیطی محرک و برانگیزنده دارد (کول<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱، ترجمه مفیدی، ۱۳۸۰).

مشکلات ۵۰ درصد از کودکانی که طی سال های پیش دبستانی دارای مشکلات برونی سازی شده تشخیص داده شده اند، سال ها ادامه می یابد (گیمپل و هالند<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). این مشکلات ممکن است نه تنها در دوره پیش دبستانی و سال های اول دبستان، بلکه تا بزرگسالی نیز ادامه پیدا کنند. تاکنون طبقه بندی های مختلفی از اختلالات کودکان صورت گرفته است. در الگوی جدید طبقه بندی اختلال های دوران کودکی، دو طبقه کلی اختلال های درونی سازی شده<sup>۳</sup> و اختلال های برونی سازی شده<sup>۴</sup> مشخص شده اند (یاهوا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶). نشانگان افسردگی / اضطراب، کناره گیری / افسردگی و شکایات جسمانی در طبقه اختلال های درونی سازی شده قرار دارند که معمولاً خود فرد را آزار می دهند. مشکلات مربوط به قانون شکنی و پرخاشگری که بیشتر موجب آزار و اذیت دیگران می شوند، در طبقه مشکلات برونی سازی شده قرار می گیرند (آخنباخ و رسکولا<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱). مشکلات برونی سازی شده، نشانگان مزمن و فراگیری هستند که آسیب های فراوانی را در روابط کود - والد پدید می آورند و به تنیدگی بین والدین دامن می زنند و همچنین خطر این را که کودک در زندگی آتی خود، بازده کمتری داشته باشد افزایش میدهند. (سیکتی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰).

اختلالات برونی سازی شده دربرگیرنده دو گروه رفتارهای قانون شکنانه و پرخاشگرانه است که در سه اختلال نارسایی توجه/افزونکنشی، اختلال سلوک، اختلال نافرمانی مقابله ای در IV-DSM آمده اند. این اختلال ها خطر این را که کودک در زندگی آتی خود، پیشرفت چندانی نکند، افزایش می دهند. طی چند دهه گذشته، علاقه و توجه به تحول عاطفی - اجتماعی کودکان افزایش یافته است. پیش از این، پژوهشگران بر این باور بودند که مشکلات کودکان ناشی از نارسایی های تحولی آنها است و آنها مشکلات را پشت سر خواهند گذاشت. واقعیت این است که اگرچه فرایند تحول (رشد) که تغییرات سریعی به همراه دارد موجب ناپایداری رفتاری کودک می گردد، اما کاملاً روشن است که بسیاری از کودکان در سال های نخستین کودکی، واجد آنگونه مشکلات عاطفی<sup>۸</sup> و رفتاری هستند که طی زمان و شاید تا دوران بلوغ و حتی بزرگسالی، نیز تداوم می یابند (گیمپل و هالند، ۲۰۰۲). سیستم خانواده به منزله عاملی سهیم در مشکلات عاطفی - رفتاری کودکان، در نظر گرفته می شود، حیطه ای که به تازگی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است.

بسیاری از نیازهای عالی انسان و شکوفا شدن استعدادها و توانایی هایش فقط از طریق تعامل بین فردی و ارتباطات اجتماعی می تواند فعالیت یابد (جعفری، ۱۳۹۰). لازمه زندگی اجتماعی، آمادگی روانی، برخورداری از مهارت های اجتماعی، اعتماد به نفس و قدرت سازگاری اجتماعی است. بدون تردید از نظر اجتماع مهمترین بعد شخصیت افراد، بعد اجتماعی شخصیت است

۱. Gimpel and halen

۲. Internalized disorders

۳. Extrinsic disorder

۴. yaha

۶ . Achenbach, T. M., & Rescola, L. A

۷ . Cicchetti, D

۸. emotional problems

(احمدپور، ۱۳۹۰). رشد و تکامل انسان در دوره کودکی از نظر رشد اجتماعی، عاطفی، شناختی و جسمانی دارای ویژگی هایی است که قسمتی از آنها می تواند کودک را از نظر سلامت روانی آسیب پذیر سازد (شفیع آبادی، ۱۳۸۷). رفتار اجتماعی پایه و اساس زندگی هر فرد را تشکیل می دهد و رشد اجتماعی<sup>۱</sup> نیز به نوبه خود سبب اعتلای رشد عقلانی و سایر جنبه های رشدی فرد میگردد.

اجتماعی شدن به معنای همسانی و همخوانی با قواعد، ارزش ها و نگرش های گروهی و اجتماعی است. در این فرآیند افراد مهارت ها، دانش ها و شیوه های سازگاری را می آموزند و امکان روابط متقابل را در یک فعل و انفعال مستمر به دست می آورند (اخوان تفتی و موسوی، ۱۳۸۶). رهنما رشد اجتماعی را در قالب سازگاری متقابل کودک با محیط اجتماعی و در رابطه با همسالان می داند و آن را فرآیندی تلقی می کند که کودک را قادر می سازد تا رفتار دیگران را درک و پیش بینی کرده، رفتار خود را کنترل نماید و تعاملات اجتماعی خود را تنظیم سازد (رهنما و علیین، ۱۳۸۴). رشد اجتماعی مهمترین جنبه وجود هر شخص است. چرا که فرض بر این است که کودکان بدون رشد اجتماعی و داشتن مهارت های لازم قادر نیستند در تعامل اجتماعی با سایرین وظایف خود را انجام دهند (بیلمن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴؛ به نقل از رهنما و علیین، ۱۳۸۴). توجه به این نکته بسیار مهم است که نقص مهارت های اجتماعی عامل تعیین کننده ای در افزایش مسایل روحی و ذهنی کودکان است (موت<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از رهنما و علیین، ۱۳۸۴).

بنابراین رشد اجتماعی یکی از جنبه های مهم رشد انسان است. ذاتی بودن زندگی جمعی در انسان ها ضرورت تماس با دیگران و نیز توجه به این جنبه از رشد را به عنوان امری گریز ناپذیر جلوه می دهد. اسلامرسی و دان<sup>۴</sup> (۱۹۹۶) اجتماعی شدن را فرآیندی می دانند که کودکان را قادر می سازد تا رفتار دیگران را درک و پیش بینی کنند، رفتار خود را کنترل و تعامل با دیگران را تنظیم کنند. بر این اساس رشد اجتماعی عبارت است از تشخیص حقوق و مسئولیت های خود و دیگران، دوست یابی، همکاری با گروه، قضاوت های اخلاقی و کسب استقلال. پارکر و اسلبی<sup>۵</sup> (۱۹۸۳) به نقل از بهرام گیری، ۱۳۸۰) سازگاری اجتماعی را مترادف با مهارت های اجتماعی می دانند. از نظر آنان، مهارت اجتماعی عبارت است از توانایی ایجاد ارتباط با دیگران در زمینه ی اجتماعی معین به گونه ای که در عرف جامعه، پذیرفته و ارزشمند باشد.

در ارتباط با نقش بازی در اجتماعی شدن نظرات متفاوتی وجود دارد. عده ای از محققان چون هی وود<sup>۶</sup> (۱۹۹۳)، ترجمه نمازی زاده و اصلانخان (۱۳۷۷) و گاریتا<sup>۷</sup> و همکاران<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) معتقدند که مشارکت کودکان در فعالیت های گروهی و بازی با همسالان موجب رشد اجتماعی آن ها می شود (به نقل از پورشکوری شارمی، موحدی و عابدی، ۱۳۹۰). یالوم<sup>۸</sup>، رشد مهارت-های اجتماعی را یکی از مزیت های بازی درمانی گروهی میدانند که این مسأله در پژوهش حاضر به مورد توجه خواهد بود. همچنین، به اعتقاد جرالده<sup>۹</sup> نیز بازی درمانی شناختی-رفتاری در رشد مهارت های اجتماعی کودکان و دیگر راهکارهای انطباقی و سازگارانه در آنها مفید و مؤثر است. در این پژوهش سعی بر این است تا تاثیر بازی درمانی بر اساس رویکرد شناختی-رفتاری بر رشد اجتماعی کودکان ۵ و ۶ ساله دارای مشکلات اجتماعی بررسی شود.

بازی درمانی رفتاری-شناختی<sup>۱۰</sup> که جزء روش های مستقیم بازی درمانی است، تکنیک های سنتی بازی درمانی را با تکنیک های رفتاری-شناختی ترکیب کرده است (اسپرینگر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). به علاوه کازدین معتقد است که یکی از مهمترین

۲. social Growth

۳. Bilman

۴. mouth.

۵. Slomoswski & Dann

۱. Parker & Slobby

۲. Choon hee wood

۳. Garita

۴. Yalom

۵. Gerald

۶. Cognitive therapy play behavioral

مزایای بازی درمانی شناختی- رفتاری نسبت به دیگر اشکال بازی درمانی، این است که اهداف و روش های درمانی کاملاً اختصاصی یافته دارد. چنین رویکردهایی امکان تعیین اهداف درمانی روشن و واضحی را فراهم می سازد و روش های خاص دستیابی به این اهداف را پیش بینی میکند (اسپرینگر، ۲۰۱۲).

بازی درمانی شناختی رفتاری قادر به هماهنگ سازی مداخلات رفتاری و شناختی در بازی درمانی است. این مدل بر پایه تعامل شناخت، عواطف و رفتار شکل گرفته است. در بازی درمانی شناختی رفتاری، تاکید فراوانی بر درگیری کودک در فرآیند درمان نسبت به سایر درمان ها برای کودکان کم سن وجود دارد. بازی درمانی شناختی- رفتاری کودک را از طریق بازی، با درمان درگیر می کند. این نوع بازی درمانی ترکیبی از تکنیک های سنتی بازی درمانی با تکنیک های رفتاری- شناختی است. بازی درمانی شناختی- رفتاری، با ترکیب اقدامات شناختی و رفتاری در یک الگوی بازی درمانی ایجاد شده، توسط نل<sup>۱</sup> (۱۹۹۵) به ادبیات روان درمانی معرفی شد (مارکای<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸). پیش از آغاز آن، بیشتر تکنیک های بازی درمانی یا مبتنی بر تئوریهای روان پویایی یا درمانجو محور بودند. با هر دو دیدگاه نظری پیشین، بازی درمانی ساختار نیافته و توسط کودک هدایت می شد. بازی درمانی شناختی- رفتاری یک دیدگاه نظری جدید در روان درمانی کودک فراهم می کند، که در آن ها مهم ترین تفاوت ها بین این نوع بازی درمانی و بازی درمانی های دیگر شامل ساختار آن، اجرا روانی- تربیتی، و دیدگاه های معطوف بر هدف و مشارکتی می باشد یعنی، هم توسط کودک و هم درمانگر هدایت می شود (نل، ۲۰۰۶). چارچوب نظری این درمان شناختی مبتنی بر مدل شناختی اختلالات هیجانی است. این مدل بر پایه ی تعامل شناخت، هیجانات و رفتار قرار دارد. رفتار آشفته بیانگر تفکر غیرمنطقی است و درمان بر اساس تغییر شناختی است. در زمان کار با کودکان با استفاده از این مدل، مداخلات متمرکزند بر کمک به کودک برای فرمول بندی تفکراتی که باید با موقعیتشان سازگار شوند، نه این کودک را وادار کند همانند یک بزرگسال بیاندهد (امجدی فر، ۱۳۸۵). بازی درمانی شناختی- رفتاری به طور شاخص یک مدل سازی ترکیبی از مهارت های مقابله ای سازگاران است. در طول استفاده از بازی، تغییر شناختی به طور غیرمستقیم مورد مکالمه قرار می گیرد و بیشتر رفتارهای سازگاران به کودکان معرفی می شود. این طرح برای استفاده با بسیاری از مداخلات شناختی و رفتاری ویژه فراهم آمده است. در ترکیب های این نوع بازی، نتیجه کلی و پیشگیری از عود، از ویژگی های مهم به شمار می روند. با اصلاحات و تغییرات جزئی بسیاری از اصول درمان شناختی همانند آنچه برای استفاده با بزرگسالان طراحی شده برای بچه های کوچکتر هم قابل استفاده است (نل، ۱۹۹۸). چنین رویکردهایی در رشد مهارت های حل مسئله و مهارت های اجتماعی مفید و موثر واقع شده است. بازی درمانی شناختی- رفتاری، امکان تعامل کودک را با همسن و سالان خود فراهم کرده، مشارکت فعال وی را در درمان خود می طلبد و در نتیجه، مزایایی که در این رویکرد وجود دارد نقایص سایر رویکردها را تا حد زیادی برطرف می کند. به علاوه یکی از مزایای بازی شناختی- رفتاری این است که اهداف و روش های درمانی کاملاً اختصاص یافته ای دارد. در زمینه ی موفقیت بازی درمانی شناختی- رفتاری، اکثر بازی درمانگران معتقداند که در هشتاد درصد موارد، درمان های آنها موفقیت آمیز بوده است. مکانیزم های تاثیر این رویکرد از طریق اصلاح تصورات ناسازگار و تغییر عقاید و نگرش های مرتبط نشانه های بیماری صورت می گیرد و تعامل دوجانبه و پیچیده بین شناختها، هیجانها، رفتار و محیط را مورد توجه قرار می دهد (گرالد<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹).

برخی از پژوهش ها اثربخشی دیگر تکنیک های بازی درمانی را بر روی کودکان دارای مشکلات رفتاری و روانی مورد بررسی قرار دادند. لاندرت، روی و براتون<sup>۵</sup>، گزارش کردند که بازی درمانی در بهبود مشکلات شناختی کودکان دارای اختلالات یادگیری اثربخش می باشد (لاندرت و همکاران، ۲۰۰۹).

۷. Springer

۱. Nel

۲. Mark, A

۳. Gerald

۱.. Landreth, Ray and Bratton

پژوهش های زیادی نیز گویای اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر مشکلات اجتماعی کودکان می باشد که از جمله می توان به: اثربخشی آن بر کاهش کمرویی و گوشه گیری اجتماعی کودکان (جعفری و همکاران، ۲۰۱۱)؛ افزایش رفتار اجتماعی مثبت و همدلی (رشیدی و همکاران، ۱۹۷۹)؛ کاهش پرخاشگری و افزایش رفتارهای جامعه پسند (قادری و همکاران، ۲۰۰۶). و کاهش ترس اجتماعی در کودکان (جلالی و همکاران، ۲۰۱۱) اشاره نمود. همچنین جورنی بازی درمانی بدون ساختار را بر روی مهارت های ارتباطی و کاهش گوشه گیری کودکان با اختلال یادگیری اثربخش توصیف نموده است. بازی کردن به کودکان اجازه می دهد که مهارت های اجتماعی خودشان را ارزیابی کنند و رفتارهای اجتماعی جدید را بیاموزند و تمرین کنند. با توجه به مطالب و پژوهش های فوق و با توجه به پیچیدگی روابط اجتماعی در جوامع امروزی و گذر انسان از زندگی سنتی به سوی زندگی مدرن که ضرورت اجتماعی شدن را بیش از پیش نمودار می سازد؛ لزوم پرداختن به خصایص اجتماعی کودکان و عوامل مرتبط با آن بیش از پیش احساس می شود، بنابراین این پژوهش با هدف پاسخگویی به این سؤال که صورت گرفت. « آیا بازی درمانی بر اساس رویکرد شناختی- رفتاری بر رشد اجتماعی کودکان ۵ و ۶ سال دارای مشکلات عاطفی مؤثر است؟ »

روش:

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر یک طرح نیمه آزمایشی، پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری تحقیق شامل تمامی کودکان ۵ و ۶ ساله دارای مشکلات عاطفی شمال تهران و مراجعه کننده به مرکز پایش کودک خانواده ایرانی بود. روش نمونه گیری مبتنی بر هدف (هدفمند) بود. به این صورت که از بین کودکان مراجعه کننده به مرکز پایش کودک خانواده ایرانی که دارای مشکلات عاطفی بودند و با استفاده از مقیاس رشد اجتماعی وایلند و آزمون بینایی- حرکتی بندرگشتالت، ۴۰ کودک که دارای نشانه های رشد اجتماعی ضعیف بودند انتخاب و سپس به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۲۰ کودک) جایگزین شدند. کودکان گروه آزمایش تحت برنامه بازی درمانی شناختی رفتاری قرار گرفتند ولی گروه گواه هیچ مداخله ای را دریافت نکردند. پس از پایان مداخله از هر دو گروه آزمایش و گواه، پس آزمون انجام گرفت. معیارهای ورود به پژوهش، داشتن مشکلات عاطفی و جزو مراجعین مرکز پایش خانواده ایرانی بودن، و معیار خروج، عدم همکاری و عدم رضایت والدین به ادامه درمان بود. پس از بیان توضیحات لازم پرسشنامه رشد اجتماعی وایلند و جهت غربالگری و همگن سازی نمونه به صورت کودکان دارای مشکلات عاطفی، آزمون بینایی- حرکتی بندرگشتالت توسط کودکان مراجعه کننده به مرکز پایش کودک خانواده ایرانی، به اجرا درآمد. در این طرح قبل از اجرای برنامه بازی درمانی شناختی رفتاری، از هر دو گروه پیش آزمون در متغیر رشد اجتماعی گرفته شد. سپس گروه آزمایش برای مدت ۱۰ جلسه، طی ۱۰ هفته از تاریخ ۱۰ آبان الی ۱۵ دی، ۱۳۹۶ تحت بازی درمانی شناختی رفتاری قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله ای دریافت نکردند. پس از اتمام برنامه درمانی مداخله ای بلافاصله از هر دو گروه آزمایشی و گواه پس آزمون به عمل آمد.

ب) ابزار:

۱. **مقیاس رشد اجتماعی وایلند:** این مقیاس یکی از مقیاس های تحولی است که میزان توانایی فرد در برآوردن نیازهای عملی خود و قبول مسئولیت مورد اندازه گیری قرار می دهد و یک دوره سنی- تولد تا بالاتر از ۲۵ سالگی را در برمی گیرد؛ تا ۱۲ سالگی برای هر سال، دارای سؤال های مجزا است ولی از ۱۲ سالگی به بعد، بین ۱۲ تا ۱۵ سالگی، ۱۵ تا ۱۸ سالگی، ۱۸ تا ۲۰ سالگی، ۲۰ تا ۲۵ سالگی به بالا دارای سؤالهای مشترک است. با این حال معلوم شده است که کارآمدی آن در سنین پایین تر، بیشتر است. در هر ماده اطلاعات مورد نیاز، نه از طریق موقعیت های آزمون، بلکه از راه مصاحبه با والدین آزمودنی یا او به دست می آید. اعتبار و روایی مقیاس وایلند در مورد ۶۲۰ نفر در هر یک از گروه های سنی شامل ده مذکر و ده مؤنث از تولد تا ۳۰ سالگی، هنجاریابی و ضریب اعتبار یا بازآزمایی ۱۲۳ نفر، ۰/۹۲ گزارش شده است و فاصله بازآزمایی از یک روز تا ۹ ماه بوده است (لاریجانی، ۱۳۸۰، به نقل از زادشیر و همکاران، ۱۳۸۷). در پژوهش زادشیر و همکاران (۱۳۸۸) نیز اعتبار درونی آزمون به روش همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۸ به دست آمده است.

۲. آزمون بینایی-حرکتی بندرگشتالت<sup>۱</sup>: این آزمون، به عنوان ابزاری مفید در تشخیص ضایعات مغزی نقش در کارکردهای تلفیقی مغز معرفی شده است. این آزمون دارای دو دسته نمره گذاری کودکان (۴ تا ۱۱ ساله) و بزرگسالان (۱۲ تا ۹۴ ساله) که هرکدام از شیوه های گوناگون نمره گذاری تبعیت می کنند. روش اجرای آن انفرادی یا گروهی و زمان مناسب حداکثر تا ۲۰ دقیقه است. این آزمون مرکب از یک سری شکل های واجد رابطه فضایی است که از کودک خواسته می شود آنها را کپی کند. نمرات بر حسب تعداد اشتباهات کودک داده می شود. هرچند آزمودنی تشخیص گذار نیست، در تشخیص کارکردهای ادراکی متناسب با سن از نظر رشدی، مفید است (کاپلان، ۱۹۳۳، ترجمه پورافکاری، ۱۳۷۹). در تست بندر چهار سطح رشدی مطرح است. ۱. مهارت حرکتی. ۲. توانایی ترسیمی-حرکتی. ۳. ادراک دیداری. ۴. وحدت ادراکی-حرکتی.

ج) برنامه مداخله‌ای:

### راهنمای درمان:

در این پژوهش بر مهارت های خودآگاهی، خودکنترلی، آموزش روابط اجتماعی، شناسایی افکار ناکارآمد، استفاده از راهکارهای مناسب به جای رفتار های نامناسب با الگو سازی، شناسایی خطاهای شناختی کودکان، مهارت های حل مساله، آموزش تن آرامی، خویشتن داری، تصور لذت بخش و تقویت مثبت، آموزش خودگویی های مثبت، تقویت خود، خودکنترلی، کنترل خشم، شناسایی هیجانات مثبت و منفی کودکان تاکید شده است. کودکان در چنین چارچوبی می توانند با بازپدیدآوری مکرر موضوع ها و رویدادهای مهم، احساسات و هیجان های خود را برون ریزی کنند، به بینش جدیدی دست یابند و شیوه های سازش یافته تر حل مساله را برگزینند. در درمان شناختی- رفتاری با استفاده از فنون بازی، نقاشی، نمایش، کاردستی و داستان گویی به کودکان در کسب شناخت بهتر و کاملتر از موقعیت ها و محرک های و در نتیجه به کارگیری راهبردهای مقابله ای مفید کمک می کند.

جدول ۱: برنامه مداخله ای بازی درمانی شناختی رفتاری

جلسه	هدف	فعالیت	تکلیف
اول	بیان هدف کلی بازی درمانی گروهی: آگاهی شرکت کنندگان از نحوه اثر بخشی فرآیند های فیزیولوژیک، شناختی و رفتاری بر هم. تمایز قائل شدن بین هیجان، رفتار، فکر. آموزش نحوه تغییر باور های نادرست، آشنایی اعضا گروه با یکدیگر	بیان قواعد کلی گروه، بیان اهداف گروه، بیان اصول گروه (رازداری، سپردن تعهد، حضور به موقع، عدم غیبت، تاکید بر اینجا و اکنون، دوستی با یکدیگر، مسؤلیت پذیری، انجام تکالیف، تلاش برای رسیدن به اهداف، کمک به یکدیگر)	هدف از شرکت در گروه: من می خواهم در گروه ... (بازی کنم)
دوم	در این جلسه پس از بررسی تکلیف جلسه قبل، افزایش پایداری بر تکالیف، افزایش تحمل پذیری در گروه، آشنایی با تفکر، هیجان و رفتار. شناخت هیجانات و پیدا کردن راهکارهای موثر بر آن	فعالیت های بازی محور: انجام مسابقات گروهی که هدف آن تلاش کردن نه بُرد و باخت. نوشتن افکار منفی ذهنمان روی بادکنکها و فرستادن آن به آسمان	موقعیت هایی که هیجانی را تجربه کردی بنویس
سوم	آموزش انواع هیجان، شناسایی هیجانهای افراد مختلف در جامعه و آموزش درک و نحوه برخورد صحیح. آشنایی با هیجانات خوشایند و نا خوشایند.	مشاهده تصاویر مغرور خودخواه، لجباز، ناراحت و... به همراه اجرای نمایش آن و بیان راهکار هنگام رویارویی با آن	وقتی پدرت خسته بود چه کاری انجام دادی؟
چهارم	ادامه آموزش هیجانی و بررسی تکلیف جلسه قبل- آموزش راههای آرمیدگی و کنترل خشم	بازی آرام باش بچه ها به نوبت تاس می اندازند و مهره هر بچه ای روی علامت سوال رفت کارت آرام باش برایش خوانده می شود و آن حرکت را انجام می دهد و زتون دریافت می	۵ کار تمرین تنفس را که انجام دادی بکش

	کند .مانند منقبضکردن عضلات و رها کردن آن و تمرین تنفس .	
پنجم	مرحله ۲ بازی کنترل خشم و احساس آرمیدگی - آموزش ABC و افکار از احساسات تاثیر می پذیرد	فعالیت بازی محور :ایست دادن به خود و آموزش بازی چرخه احساسات - آموزش رفتارهای جایگزین بازی با مهره و جواب دادن به کارتی که روی آن سوالهایی نوشته شده : تو چه موقعیتی عصبانی شدی ؟ و چه کاری انجام دادی ؟ مانند خواهر حسن اسباب بازی او را شکست و حسن خیلی عصبانی شد و دلش می خواست جیغ بزند ولی به جای عصبانیت چه کاری انجام داد ؟
ششم	تمرین کنترل هیجانات جلسه قبل به همراه آرمیدگی - تقویت قدرت تنفس برای کنترل هیجانات	کشیدن شکل موی سر انسان با رنگ و فوت کردن در نی مسابقه حرکت دادن رنگها و رساندن آنها به نقطه پایان
هفتم	شناخت افکار	فعالیت بازی محور : چه چیزی مرا عصبانی و نگران کرده ؟ عصبانیت یا نگرانی چه علائمی دارد تمرین ۱۰ مورد بازی آرمیدگی و تصور یک منظره آرام بخش مانند دریا و کشیدن یه نقاشی که باعث نگرانی اش شده است
هشتم	ترس و اضطراب - تقویت قدرت تشخیص - تقویت جرات ورزی و راه های مقابله با آن، شناسایی افکار واقعی از غیر واقعی آموزش شیوه های جرات ورزی و غلبه به ترس	فعالیت بازی محور : تعریف یک داستان و بچه ها تشخیص می دهند کدام ترس واقعی و کدام غیر واقعی است یک داستان در مورد ترس بنویسید .
نهم	آموزش تبدیل تفکر منفی به مثبت و داشتن احساس شادی	فعالیت بازی محور : کشیدن نقاشی کارخانه ذهنی ، حرکت افکار منفی و مثبت درون لوله های کارخانه و جدا سازی افکار منفی و مثبت و در آخر تبدیل افکار منفی به مثبت ؟ وقتی فکر ناراحت کننده ای به ذهنت رسید چه طوری اونو به فکر خوشحال کننده تبدیل کردی ؟
دهم	جمع بندی نهایی پاسخ گویی به سوالات کودکان	

د) روش اجرا: بعد از انتخاب افراد مورد مطالعه، ابتدا از آزمودنی‌ها مصاحبه صورت گرفت و پس از بیان اهداف پژوهش با رعایت ملاحظات اخلاقی، از آنها خواسته شد که پرسشنامه رشد اجتماعی وایلد و جهت غربالگری و همگن سازی نمونه به صورت کودکان دارای مشکلات عاطفی، آزمون بینایی-حرکتی بندرگشتالت را تکمیل کنند. همچنین به تمامی افراد شرکت کننده در پژوهش اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت کلی تحلیل خواهد شد و از شخص یا اشخاصی نامی نبرده خواهد شد. برای گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه یک ساعته، آموزش مدل شناختی بازی درمانی، توسط پژوهشگر اجرا و به آنها نیز اختیار کامل داده شد که هر زمان که مایل بودند می توانستند از شرکت در پژوهش انصراف دهند. همچنین جهت رعایت اصول اخلاقی از افراد گروه کنترل دعوت شد تا در فرصتی مناسب و در صورت تمایل در دوره های بازی درمانی مرتبط با این پژوهش شرکت نمایند. یافته‌ها: یافته اصلی پژوهش که بر اساس نمرات پرسشنامه رشد اجتماعی وایلد و آزمون بینایی-حرکتی بندرگشتالت و آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره به دست آمده، حاکی از آن است که بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر متغیر رشد اجتماعی و مشکلات عاطفی کودکان اثر معناداری داشته است. چون میزان اندازه اثر ۰/۶۴۴ از

میزان ۰/۱۴ (یا ۱۴ درصد) بیشتر است بنابراین مداخلات بازی درمانی بر متغیر ترکیبی رشد اجتماعی و مشکلات عاطفی مؤثر بوده است (جدول ۷ و ۸).

$F(2,35)=335/81$  ,  $P<0/01$  ,  $\Lambda=0/050$  ,  $\text{Partial}^2=0/644$

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش، شامل میانگین و انحراف استاندارد برای گروه‌های آزمایش و گواه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون گزارش شده‌اند.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای مربوط به فرضیه اصلی

متغیرها ازمون	میانگین		انحراف معیار		تعداد	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس-آزمون
آزمایشی رشد اجتماعی	۳۲/۱۵	۴۴/۲۵	۵/۲۱	۶/۱۷	۲۰	۲۰
کنترل	۳۴/۱۶	۳۲/۶۱	۵/۴۸	۵/۴۱	۲۰	۲۰
آزمایشی مشکلات عاطفی	۱۸/۷۱	۱۲/۱۷	۳/۱۷	۲/۷۱	۲۰	۲۰
کنترل	۲۰/۲۱	۱۹/۶۲	۳/۲۶	۳/۲۱	۲۰	۲۰

در جداول ۳، ۴، ۵ و ۶ نتایج آزمون باکس جهت بررسی ماتریس واریانس و کواریانس، همبستگی متقابل بین متغیرهای رشد اجتماعی و مشکلات عاطفی، آزمون لوین برای بررسی مفروضه یکسانی خطای واریانس و مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون متغیرهای رشد اجتماعی و مشکلات عاطفی ارائه شده‌اند.

جدول ۳: آزمون باکس جهت بررسی ماتریس واریانس و کواریانس

آزمون Box's	d.f <sub>۱</sub>	d.f <sub>۲</sub>	F	sig
۵/۱۳۶	۳	۲۵۹۹۲۰	۱/۶۱	۰/۱۸۴

جدول ۳ نشان می‌دهد F بدست آمده معنادار نبوده بنابراین همگنی ماتریس واریانس-کواریانس وجود دارد  
جدول ۴: همبستگی متقابل بین متغیرهای رشد اجتماعی و مشکلات عاطفی

متغیرهای وابسته	r	n	sig
رشد اجتماعی و مشکلات عاطفی	-۰/۳۵۶	۲۰	۰/۰۰۱

نمودار فوق نشان می‌دهد بین متغیرهای مورد مطالعه همبستگی معنادار منفی وجود دارد. بنابراین مفروضه همبستگی بین متغیرها رعایت شده است.



جدول ۵: آزمون لوین برای بررسی مفروضه یکسانی خطای واریانس

متغیرها	۲	d.f <sub>۱</sub>	F	sig
رشد اجتماعی	۳۸	۱	۲/۰۷	۰/۱۵۸
مشکلات عاطفی	۳۸	۱	۰/۰۱۶	۰/۸۹۹

نتایج آزمون لوین نشان می‌دهد F های محاسبه شده برای متغیرهای رشد اجتماعی و مشکلات عاطفی معنادار نمی‌باشد. بنابراین مفروضه یکسانی خطای واریانس رعایت شده است.

جدول ۶: مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون متغیرهای رشد اجتماعی و مشکلات عاطفی

متغیر	SS	d.f	MS	F	sig	اندازه اثر
متغیر مستقل و پیش‌آزمون مشکلات عاطفی	۱۲/۲۴	۱	۱۲/۲۴	۴/۵۵	۰/۰۳۵	۱۱۸
متغیر مستقل و پیش‌آزمون رشد اجتماعی	۶/۱۸	۱	۶/۱۸	۰/۵۹۵	۰/۴۴۶	۰/۰۵۳

جدول ۶ نشان می‌دهد چون مقدار سطح معناداری (Sig) تعامل بین متغیر مستقل و پیش‌آزمون رشد اجتماعی از سطح آلفای ۰/۰۵ بزرگتر است، لذا آزمون F محاسبه شده معنادار نبوده و با احتمال ۰/۹۵ می‌توان بیان کرد که مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون برای متغیر رشد اجتماعی رعایت شده است. اما F محاسبه شده برای متغیر مشکلات عاطفی معنادار نبوده است و مفروضه همگنی رعایت نشده است.

بنابراین مشاهده می‌شود مفروضه‌های همبستگی متقابل بین متغیرهای مورد مطالعه، همگنی شیب خط رگرسیون خطای واریانس و همگنی ماتریس واریانس و کوواریانس وجود دارد.

جدول ۷: تحلیل کواریانس چندمتغیره به منظور بررسی اثر ترکیبی متغیرهای مورد مطالعه

Value	F	d.f گروه	d.f خطا	sig	Partial اندازه اثر
۰/۰۵۰	۳۳۵/۸۱	۲	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴۴

همانطوریکه در جدول فوق مشاهده می‌شود F محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار است. بنابراین بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر متغیر رشد اجتماعی و مشکلات عاطفی کودکان اثر معناداری داشته است. چون میزان اندازه اثر ۰/۶۴۴ از میزان ۰/۱۴ (یا ۱۴ درصد) بیشتر است بنابراین مداخلات بازی درمانی بر متغیر ترکیبی رشد اجتماعی و مشکلات عاطفی مؤثر بوده است.

$F(2,35)=335/81$  ,  $P<0/01$  ,  $\Lambda=0/050$  ,  $\text{Partial}^2=0/644$

جدول ۸: تحلیل نتایج کواریانس برای متغیرهای رشد اجتماعی و مشکلات عاطفی

متغیر	SS	d.f	MS	F	sig	اندازه اثر
مشکلات عاطفی	۱۲۶۴/۲۴	۱	۱۲۶۴/۲۴	۴۹۶/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۹۳۲
رشد اجتماعی	۱۳۱۵/۷۶	۱	۱۳۱۵/۷۶	۱۲۶/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۷۷۹
مشکلات عاطفی	۹۱/۶۰	۳۶	۲/۵۴			
رشد اجتماعی	۳۷۴/۲۸	۳۶	۱۰/۳۹			
مشکلات عاطفی	۱۳۵۷۸	۴۰				
رشد اجتماعی	۶۱۰۰۴	۴۰				

همانطوریکه در جدول فوق مشاهده می‌شود سطح معنی‌داری مشکلات عاطفی و رشد اجتماعی از سطح ۰/۰۰۱ است که از سطح آلفای بن فرونی ۰/۰۰۵ کوچکتر است. بنابراین میزان F محاسبه شده هم برای مشکلات عاطفی و هم برای رشد اجتماعی معنادار بوده و با احتمال ۰/۹۹ بیان می‌کنیم که بازی درمانی بر افزایش رشد اجتماعی و کاهش مشکلات عاطفی کودکان مؤثر بوده است.

مشکلات عاطفی  $F(1,36)=496/82$ ,  $P<0/01$ ,  $Partial^2= 0/932$

رشد اجتماعی  $F(1,36)=126/55$ ,  $P<0/01$ ,  $Partial^2= 0/779$

### بحث و نتیجه‌گیری

یکی از معضلات امروز جامعه بشری عدم تحرک کافی و ضعف روابط اجتماعی است که خلاف فطرت وجود هر انسانی است (ماسن، ترجمه یاسایی، ۱۳۸۰). بر اساس نظریه پردازشگر اطلاعات اجتماعی تجارب حرکتی در رشد اجتماعی نقش بسزایی دارد (عمارتی، نمازی زاده، مختاری و محمدیان، ۱۳۹۰). یکی از این تجارب بازی است. بازی مجموعه حرکت‌ها و فعالیت‌های جسمی و ذهنی است که موجب شادی، لذت، و ارتباط با دیگران شده و در عین اینکه وسیله سرگرمی است جنبه آموزشی و سازندگی نیز دارد (جعفری، ۲۰۱۱). جعفری و جعفری (۱۳۸۹) در تعریفی دیگر بازی را فرآیندی چند بعدی می‌دانند که در خدمت تکامل و رشد کودک است و می‌تواند راهی جهت تخلیه انرژی‌های درونی کودک باشد و راه را برای یادگیری او هموارتر سازد؛ همچنین منجر به رشد اجتماعی و بهبود مهارت‌های ارتباطی کودک شود.

باتوجه به مزیت‌های ذکر شده درمورد بازی درمانی شناختی-رفتاری در کودکان، در این پژوهش تاثیر این روش درمانی بر مهارت‌های ارتباطی کودکان دارای مشکلات مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج نشان داد که بین گروه آزمایش که تحت بازی درمانی شناختی-رفتاری بوده‌اند و گروه کنترل که تحت هیچ نوع درمانی قرار نگرفتند بر رشد اجتماعی کودکان ۵-۶ سال دارای مشکلات عاطفی تفاوت معنادار وجود دارد. بطوریکه میانگین تفاضل نمرات پس آزمون از پیش آزمون میزان رشد اجتماعی گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب ۱۶/۱۷، ۱/۳۵ است. و چون سطح معناداری t محاسبه شده  $P < 0/01$  است. بنابراین t محاسبه شده (۱۳/۸۴۵) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. بنابراین بین میزان میانگین تفاضل نمرات پس آزمون از پیش آزمون رشد اجتماعی گروه کنترل تفاوت وجود دارد. این پژوهش با پژوهشی تحت عنوان اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر رشد اجتماعی کودکان پیش دبستانی کرمانشاه، یاوری معصومه (۱۳۹۵) همسو می‌باشد. تحلیل یافته‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس نشان داد که بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری باعث افزایش رشد اجتماعی کودکان شده است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت روش بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری در رشد اجتماعی کودکان مؤثر بوده است.

همچنین با پژوهش مشابه دیگری تحت عنوان اثربخشی بازی درمانی بر رشد اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم، بنی سی و همکاران (۱۳۹۵)، همسو می باشد. که براساس نتایج پژوهش، اثربخشی بازی درمانی بر رشد اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم مورد تأیید قرار گرفت. پژوهش حاضر با پژوهشی مشابه دیگری تحت عنوان تأثیر بازی های دبستانی بر رشد اجتماعی کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر، همایون نیا و همکاران (۱۳۹۴)، همسو می باشد. براساس نتایج حاصل از آن پژوهش بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون نمره کل رشد اجتماعی و مؤلفه های رشد اجتماعی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشت و گروه آزمایش عملکرد بهتری در پس آزمون نسبت به گروه کنترل داشتند. این پژوهش با پژوهش مشابه دیگری تحت عنوان نقاشی درمانی بر خلاقیت و رشد اجتماعی کودکان ۴ تا ۶ ساله، رکنی و همکاران (۱۳۹۴) همسو می باشد. نتایج حاصل از آن پژوهش نشان داد که در سطح معناداری  $P < 0/05$  نقاشی درمانی بر خلاقیت و رشد اجتماعی کودکان ۴ تا ۶ سال تأثیر معناداری دارد.

در تبیین پژوهش حاضر می توان گفت که بر اساس نتایج به دست آمده، بازی تأثیر زیادی بر رشد اجتماعی کودکان ۵-۶ سال دارای مشکلات عاطفی دارد. بازی کودکان بخش مهمی از زندگی آنها است. بخش مهمی از فرایند رشد کودک کسب ادراک مناسب از ساختارها و قوانین جامعه است که در آن زندگی می کنند. زمانی که کودک بزرگ می شود این ساختارها با او همراه هستند و در زمان بزرگسالی او نهادینه می شوند. بازی درمانی شناختی-رفتاری می تواند زمینه را برای ارتباط کودکان با گروه همسالان خود قرار دهد؛ تعاملی که در این مرحله کودک با افراد دیگر ایجاد می کند، راهی برای خود می یابد تا از انزوا خارج شود، محیط پیرامون خود را درک کند و بفهمد که قادر است با دنیایی خارج از آنچه تصور می کرده است در ارتباط باشد و اعتماد به نفس خود را بازیابد. در بازی درمانی شناختی-رفتاری کودکان توانستند با استفاده از فنون بازی، نقاشی، نمایش، کاردستی و داستان گویی به شناخت بهتر و کاملتر از موقعیت ها و محرک ها و در نتیجه راهبردهای مقابله ای مفیدی دست یابند. همچنین می توان گفت که از آنجا که بازی درمانی شناختی-رفتاری بر مشارکت کودک در درمان تأکید دارد کودکان در گروه آزمایش توانستند با کنترل خود و دیگران، تسلط و پذیرش مسئولیت در تبادل تغییر رفتار و اکتساب مهارت های اجتماعی رشد چشم گیری پیدا کنند. چرا که در این نوع بازی درمانی از روش هایی مانند خود نظارتی و فنون مدیریت وابستگی از جمله تقویت مثبت، شکل دهی، خاموش سازی و سرمشق دهی استفاده می شود که در رشد اجتماعی و بهبود مهارت های اجتماعی در راستای سازگاری بسیار مؤثر است.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بازی درمانی شناختی-رفتاری در تمامی مؤلفه های رشد اجتماعی تأثیر معناداری دارد. کودکان پس از انجام روش های مداخله گر نسبت به گروه کنترل قادر بودند در توانایی لباس پوشیدن، غذا خوردن و روابط اجتماعی رشد کنند. همچنین در خودیاری عمومی، خود رهبری، مسائل شغلی و اجتماعی شدن و جایابی به پیشرفت قابل توجهی دست پیدا کردند. کودکانی که به خوبی بازی می کنند، تحریک، توجه، اصرار بر تمرین و نگرش مثبت بیشتری در مورد یادگیری در مقایسه با کودکانی که به خوبی بازی نمی کنند نشان می دهند. کودکانی که در بازی درمانی شناختی-رفتاری شرکت داشتند به میزان زیادی توانستند قدرت فهم و یادگیری خود را گسترش دهند و این حس اعتماد به نفس در آن ها به شکل مثبت ایجاد گشته که نشانه اهمیت و تأثیر بازی را می رساند.

به بازی به عنوان وسیله ای جهت آشکار کردن فرایند رشد شخصیت می توان نگرست که به موجب آن کودکان یاد می گیرند و این تغییرات و دگرگونی های گوناگون را از طریق کشف، دست کاری و استفاده از اشیاء و لوازم، به عنوان فرصت هایی جهت خلق زندگی شخصی خود به طور مکرر تمرین می کنند. کودکان در هر رده ی سنی به نوع خاصی از بازی علاقه بیشتری نشان می دهند. در کودکان ۵ تا ۶ ساله نیز به دلیل افزایش علاقه به بازی های گروهی و قانونمند و همچنین تکامل بیشتر الگوهای حرکتی پایه، قابلیت اجرای بازی های حرکتی توسعه می یابد. بازی درمانی شناختی-رفتاری برای کودکان ۵ تا ۶ سال دارای مشکلات عاطفی به سبب ایجاد زمینه های مناسب برای برون فکنی هیجان ها، احساسات و افکار، منجر به سازگاری اجتماعی و عاطفی آنان می شود. بازی درمانی شناختی-رفتاری به دلیل داشتن فنون مؤثر بر عوامل زیرساختی ابعاد متفاوت توانایی های ادراکی-حرکتی کودکان، در صورتی که به شیوه ی صحیح و به مقدار مناسب تمرین انجام شوند، می توانند نقش

بسیاری در رشد کودکان به ویژه جابجایی مانند دویدن و جهیدن داشته و موجب برتری کودکان فعال نسبت به کودکان دارای فقر حرکتی شود.

همچنین در پژوهش حاضر بازی درمانی شناختی-رفتاری باعث کاهش مشکلات رفتاری کودکان دارای مشکلات عاطفی شد. چرا که یکی از دلایل مشکلات رفتاری این کودکان ناشی از رشد نیافتن اجتماعی این کودکان است که با بازی درمانی به شکل محسوسی برطرف می شود و کودک می تواند تا با اطرافیان خود و گروه همسالان ارتباط برقرار کند. در بازی درمانی شناختی-رفتاری همان طور که نتایج این پژوهش نشان داد. بازی راه را برای دوستی و مرادده میان کودکان همسال گشود و کودک کم کم خود را عضوی از یک جمع احساس کرد و به ارزیابی منصفانه رفتار و کردار خویش و همبازی هایش پرداخت. درحین بازی شخصیت کودک به سوی اتحاد و همکاری با همبازی هایش شکل گرفت و شور و شوق و احساس مسئولیت در او اوج گرفت که این قدرت درمانی نهفته در بازی درمانی می باشد.

در ارتباط با فرضیه فرعی اول یافته‌ها نشان دادند که با توجه به محاسبات انجام شده با احتمال ۰/۹۹ می توان گفت که مداخلات بازی درمانی بر افزایش رشد اجتماعی کودکان دارای مشکلات عاطفی مؤثر است.

این پژوهش با پژوهش مشابهی تحت عنوان اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری مایکنبام در کاهش کمروبی و گوشه گیری اجتماعی دانش آموزان دبستانی (غیاثی زاده، ۱۳۹۲) همسو می باشد. نتایج نشان داد که دو گروه در شرایط پیش از درمان تفاوت قابل توجهی در میزان کمروبی و گوشه گیری اجتماعی نداشتند. در حالی که پس از مداخله مشاهده شده در سطح ۰/۰۵ معنی دار بود. همچنین میانگین نمره کلی کمروبی و گوشه گیری اجتماعی براساس چک لیست رفتاری کمروبی در تمام شاخص ها، پس از انجام بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری نسبت به قبل از انجام مداخله معنادار است.

همچنین با پژوهش مشابه دیگری تحت عنوان مقایسه اثربخشی مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی بابازی درمانی شناختی-رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی کودکان با اختلالات رفتار ایذایی (شیشه فروهمکاران، ۱۳۹۶) همخوان می باشد. یافته های حاصل از پژوهش حاکی از آن است که تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد دو گروه از نظر شدت تأثیر دو مداخله تفاوت معناداری باهم ندارند. ولی هر دو مداخله مهارت‌های شناختی اجتماعی و بازی درمانی شناختی-رفتاری، موجب تحول مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی در دو گروه آزمایش شد.

در تبیین پژوهش حاضر می توان گفت که براساس نتایج به دست آمده، بازی درمانی شناختی-رفتاری یکی از مداخلاتی است که می تواند به کودکان در زمینه کشف علایق خود و کسب احساس کنترل بر محیط و استفاده از حل مسئله در برخورد با مشکلات کمک کند. در مورد فرایند پختگی یا رشد، بازی می تواند به منظور رشد و توسعه مهارت‌های حرکتی، شناختی، زبانی و حل مسئله به کار برده شود که فرصت آگاهی یافتن از محیط را به کودک می دهد (محمداسماعیل، ۱۳۸۷).

هدف اولیه بازی درمانی شناختی رفتاری نیز شناسایی و تغییر افکار ناسازگار مرتبط با رفتارها و مشکلات هیجانی کودک است. درمانگران شناختی رفتاری، فعالیت‌های بازی را به عنوان وسیله ای که نمایانگر احساسات ناهشیار است تفسیر نمی کنند. بلکه در هنگام بازی کودکان، از راهبردهای تغییر و اصلاح رفتار بهره می گیرند تا رفتارهای سازگاران آنها را تقویت نمایند یا از موقعیت های بازی استفاده کنند تا مهارت‌های حل مسئله و سازگاری اجتماعی را آموزش دهند. همچنین موقعیت هایی را برای کودک فراهم نمایند که با رفتارهای اجتماعی هماهنگ باشد، همانند مشارکت، رعایت نوبت و همدلی با دوستان (اسپرینگر و همکاران، ۲۰۱۲).

بازی یکی از روش‌های مهم در یادگیری به شمار می آید و به کودکان یاد می دهد چگونه خود را برای روبرو شدن و غلبه بر مشکلات آینده و حل آنها کمک کنند. کودکان از طریق بازی با جهان اطراف آشنایی پیدا می کنند و بین واقعیت و تخیل تفاوت قایل می شوند و توانایی های خود را به خوبی درک می کنند. بازی فرایندی چند بعدی است که در خدمت تکامل و رشد کودک است و می تواند راهی جهت تخلیه انرژی های درونی کودک باشد و راه را برای یادگیری او هموارتر سازد؛ و منجر به رشد اجتماعی و بهبود مهارت‌های ارتباطی کودک شود (جعفری، ۱۳۸۹).

کودکان در طی روان درمانی شناختی-رفتاری به مفاهیم ذهنی جدیدی دسترسی پیدا می کنند و مهارت های بیشتر و بهتری را کسب می کنند. آنها به کمک بازی با رنگهای مختلف، اشکال گوناگون و جهت های متفاوت آشنا می شوند و تجارب ارزنده ای را به دست می آورند؛ در حین بازی نیز مطالب آموختنی بدون فشار و با میل و رغبت فرا گرفته می شود.

همچنین یافته های مرتبط با فرضیه فرعی دوم نشان دادند که با توجه به محاسبات انجام شده با احتمال ۰/۹۹ می توان گفت که مداخلات بازی درمانی بر افزایش رشد اجتماعی کودکان دارای مشکلات عاطفی مؤثر است.

این پژوهش با پژوهش مشابهی تحت عنوان تأثیر بخشی بازی درمانی گروهی به شیوه شناختی-رفتاری بر ترس اجتماعی کودکان ۵ تا ۱۱ سال (جلالی و همکاران، ۱۳۸۹) همخوان می باشد. نتایج نشان داد که بازی درمانی در مرحله پس از آزمون ترس اجتماعی را کاهش می دهد ( $P < 0.01$ ) و در مرحله پی گیری نیز ترس اجتماعی را در گروه آزمایش کاهش داد.

همچنین با پژوهش مشابه دیگری تحت عنوان تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر میزان نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای در دانش آموزان پایه سوم دبستان در شهر اصفهان (صفری، ۱۳۹۰) همسو می باشد. نتایج نشان داد که روش بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری، سبب کاهش نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای در کودکان مبتلا به این اختلال می شود و می توان از این روش در موقعیت های بالینی و درمانی برای درمان یا کاهش نشانه های این اختلال استفاده کرد.

در تبیین پژوهش حاضر می توان گفت که بازی درمانی، یک شیوه روان درمانی است که مبتنی بر اصول رشدی و روان پویایی بوده و به منظور کاهش ناراحتی هیجانی کودکان خردسال با مشکلات عاطفی از طریق اسباب بازیهای متنوعی به کار می رود. بازی درمانی اسباب بازیهایی را به کار می گیرد که برقراری ارتباط را تقویت کرده و فرصتی برای بیان احساسات و نگرانی ها را برای کودکان فراهم می کند. اسباب بازیها به گونه ای انتخاب می شوند که فرصت بیان موضوعات واقعی زندگی، رهاسازی پرخاشگری و تحریک خلاقیت را به کودکان با مشکلات عاطفی می دهند.

بازی درمانی روشی است برای مقابله با استرس های اجتماعی و هیجانی و عاطفی و به کودکان اجازه می دهد تا مسائلی را که نمی توانند در محیط واقعی شان مطرح کنند، در قالب بازی ارائه دهند و به کشف علایق خود و کسب احساس کنترل بر روی محیط بپردازند و با هدایت درمانگر، هیجانات مخفی خود را نمایان کنند. در بازی درمانی، درمانگر رفتار کودکان را بدون قید و شرط می پذیرند. بدون اینکه آن ها را غافلگیر کند، با آن ها بحث کند و یا نادرستی کار آن ها را به آنان گوشزد کند (براتون، ۲۰۰۵).

در بازی درمانی به کودک فرصت داده می شود تا احساسات آزار دهنده و مشکلات درونی خود را از طریق بازی بروز دهد و آن ها را به نمایش درآورد (آکسالین، ۱۹۹۴). همچنین بازی درمانی بر یادگیری، خود کنترلی، مسئولیت، ابراز احساسات، احترام گذاشتن، پذیرش خود و دیگران، بهبود مهارت های اجتماعی، عزت نفس، کاهش افسردگی و اضطراب مؤثر است (باگرلی و پارکر، ۲۰۰۵).

بازی درمانی شناختی-رفتاری پاسخ های عاطفی و رفتاری کودک به رویدادهای زندگی را منجر می شود. اثر بخشی بازی درمانی بر کاهش مشکلاتی چون تنظیم شناختی، اضطراب و افسردگی و... نشان داده است. بازی درمانی بر مشکلات رفتاری، مشکلات درونی سازی و بیرونی سازی شده خودپنداره، خودکارآمدی افسردگی و اضطراب تأثیر مثبت دارد.

از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به این که این پژوهش بر روی گروهی از کودکان ۵-۶ سال انجام شده است و تعمیم نتایج آن به رده های سنی دیگر را محدود می کند، اشاره کرد؛ نداشتن مرحله پیگیری از دیگر محدودیت های موجود در پژوهش حاضر بود، که البته به دلیل محدودیت در زمان و امکانات حذف شد. بر اساس نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اینکه برنامه بازی درمانی شناختی رفتاری در افزایش رشد اجتماعی کودکان دارای مشکلات عاطفی تأثیر معنادار دارد، پیشنهاد می شود که در خصوص بازی درمانی شناختی رفتاری در مراکز ارائه خدمات روانشناختی به منظور آگاهی و شناخت والدین جلسات توجیهی برای به کار گیری این نوع درمان در جهت ارتقاء رشد اجتماعی کودکان برگزار شود. همچنین برای آموزش به مربیان مراکز پیش دبستانی در مورد چگونگی به کار گرفتن بازی در جهت کمک به بهبود مهارت های مختلف روانشناختی کودک و مهارت های اجتماعی کودک کارگاه های تخصصی برگزار شود.

تشکر و قدردانی: این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم نیلوفر رجبیان در رشته روانشناسی عمومی دانشگاه پیام نور واحد نوشهر با کد؟؟؟؟/؟؟ در تاریخ؟؟؟؟/؟؟ می‌باشد. بدین وسیله از زحمات استاد راهنما و مشاور این پژوهش و تمامی کودکان شرکت کننده در این پژوهش و والدین آنها که در اجرا و انجام آن کمک کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- احمدپور، مژگان. (۱۳۹۰). شیوه‌های تربیتی والدین و ارتباط آن در رشد اجتماعی کودکان پیش دبستانی. برگرفته از سایت سیاست روز، نوشته شده در ۱۹ اردیبهشت ۱۳۹۰، کد مطلب: ۶۴۱۷۰.
- اخوان تفتی، مهناز. موسوی، سیده فاطمه. (۱۳۸۶). بررسی رابطه رشد اجتماعی و رشد زبانی دختران دانش آموز پایه اول. روانشناسی و علوم تربیتی، ۳۷(۱)، ۱۴۱-۱۲۵.
- امجدی فر، رضا، (۱۳۸۵)، اثر بخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان دبستانی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- بهرام‌گیری، فاطمه (۱۳۸۰). بررسی تأثیر آموزش حل مسئله در بهبود مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان عقب مانده ذهنی خفیف. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
- پورشکوری شامی، فاطمه. موحدی، احمد رضا. عابدی، احمد. (۱۳۹۰). تأثیر بازی‌های کودکان سنتی و مدرن بر رشد اجتماعی دانش‌آموزان دختر اول ابتدایی. رشد و یادگیری حرکتی ورزشی، ۷، ۱۴۷-۱۶۴.
- جعفری، علیرضا. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری مایکن بام در کاهش کمروبی کودکان دبستانی. طرح پژوهشی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر.
- حیدری، مهدی، (۱۳۸۷)، تأثیر تعلیم و تربیت و مهارت‌های آموزشی در مهدکودک بر روی کودکان ۲ تا ۶ سال. تهران: نشر ویرایش.
- رهنا، اکبر. علین، حمید. (۱۳۸۴). مقایسه رشد اجتماعی دانش‌آموزان شاهد و غیرشاهد شهر تهران. دانشور رفتار. ۱۲(۱۵). ۳۳-۴۴.
- شفیع آبادی، عبدالله. (۱۳۸۷). راهنمایی و مشاوره کودک (مفاهیم و کاربردها). تهران: سمت.
- کول، ونیتا. برنامه آموزش و پرورش در دوره پیش دبستانی، ترجمه: مفیدی، فرخنده (۱۳۸۰). تهران: انتشارات سمت.
- مارکای، آمولفین، (۱۹۹۸)، شناخت درمانی در کودکان و نوجوانان؛ ترجمه علاءبند راد، جواد و فرهی تازه‌کنده، حسن (۱۳۷۹)، تهران: بقیه.
- هی وود، کاتلین ام. (۱۳۷۷). رشد و تکامل حرکتی در طول عمر. ترجمه: نمازی زاده، مهدی. اصلانخانی، محمدعلی. سازمان چاپ و انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۳).
- Achenbach, T. M., & Rescola, L. A. (2001). Manual for the ASEBA School Age: From profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Gerald, G. (1999) short term play therapy. Newyork: Allynbucon.
- Garita., Ann., Evaldsson., William., Coraso. (1998). Play and games in the peer culture of preschool and preadolescent children An Interpretative Approach. Journal of Child Research. 5, 377.
- Ghaderi N, Asghari Moghadam MA, Shairi MR. The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on aggression of children with conduct disorder. Two Mon Res Sci Mashhad University. 2006; 13:75-84. [In Persian].
- Cicchetti, D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. World Psychiatry, 9, 145-154.
- Gimpel, G. A., & Holland, M. L. (2002). Emotional and behavioral problems of young children: Effective interventions in the preschool and kindergarten years. ISBN.

Jafari A, Khalatbari J, Todar R, Abolfathi H. Effect of play therapy with Meichenbaum cognitive – behavior approach on reduction shyness and social withdrawal of elementary School Children in Abhar. *New findings in Psychology* 2011; 6: 7-16.[In Persian].

Landreth GL, Ray DC, Bratton SC. Play therapy in elementary schools. *Psychology in the Schools*. 2009-9-281(3)46.

Rashidi-Zafar M, Janbozorgi M, Shaghaghi F. Positive social behavior efficacy of play therapy on progress of pre-school children's. *Journal of Behavioral Sciences* 2012; 6: 69-77. [In Persian].

Slawmousky, L., & Dann, P. (1996). Training blind adolescents in social skills. *Journal of Educational Psychology*, 91 (3), 415-438.

Springer C., Misurell JR, Hiller A. Game-Based Cognitive-Behavioral Therapy (GB-CBT) group program for children who have experienced sexual abuse: A three-month follow-up investigation. *J Child Sex Abus.* 46-646(6)21;2012.

Yahav, R. (2006). The relationship between children's and adolescents' perceptions of parenting style and internal and external symptoms. University of Haifa, Haifa