

اندیشه‌های نوین تربیتی

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

دانشگاه الزهراء^س

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۰/۱۰

تاریخ بررسی: ۸۸/۱۰/۱۵

دوره ۷، شماره ۱

بهار ۱۳۹۰

صص ۶۴-۴۹

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۲/۵

بررسی اثربخشی بازی درمانی گروهی بارهنمود بر اختلال سلوکی دانش‌آموزان دبستانی

هنزایی*

سیده منوریزی**

سپین حسینی***

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی بازی درمانی گروهی با رهنمود بر اختلالات سلوکی دانش‌آموزان دبستانی بود. روش پژوهش تجربی و به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از پرسشنامه‌های رفتاری راتر و اختلال سلوک استفاده شد. از میان دانش‌آموزان پایه ۴ و ۵ مناطق چهارگانه جغرافیایی شهرستان ساری، ۱۶۰ دانش‌آموز (۱۱-۱۰ ساله) با معرفی مدرسه در این پژوهش شرکت کردند. از میان دانش‌آموزان واجد شرایط (دارای اختلال سلوک) که روانپزشک نیز آنها را تأیید کرده بود ۲۴ دانش‌آموز به طور تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایشی به مدت یک ماه و نیم، هفته‌ای دو بار در جلسات ۶۰ دقیقه‌ای در برنامه بازی درمانی گروهی با رهنمود شرکت کردند. فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی بازی درمانی گروهی با رهنمود در کاهش اختلال سلوکی دانش‌آموزان دبستانی با استفاده از آزمون t تأیید شد. همچنین داده‌های کیفی حاصل از مشاهدات بالینی درمانگر، گزارش‌های جداگانه والدین، معلمان، دو نفر دستیار درمانگر و تشخیص روانپزشک حاکی از کاهش رفتار اختلال سلوکی در گروه آزمایشی بود. بنابراین، بازی درمانی گروهی با رهنمود در کاهش اختلال سلوکی

Dr.Mbabaeiz@gmail.com

* نویسنده مسئول: استادیار دانشگاه گلستان

** دانشیار دانشگاه الزهراء (س)

*** استاد دانشگاه الزهراء (س)

دانش‌آموزان دبستانی می‌تواند مفید باشد.

کلید واژه‌ها:

بازی درمانی گروهی با رهنمود، اختلال سلوکی، دانش‌آموزان دبستانی.

مقدمه و بیان مسأله

دوران کودکی مهمترین و حساسترین دوران شکل‌گیری شخصیت هر فرد است بی‌توجهی به آن نتایج جبران‌ناپذیری به دنبال خواهد داشت زیرا پایه و اساس جامعه فردا را کودکان امروز تشکیل می‌دهند. در جامعه‌ای که کمتر به کودکان توجه می‌شود کودکان نابهنجار و بزهکار بیشتری مشاهده می‌شود و معضلات اجتماعی آنها بیشتر است. با توجه به اهمیت و جایگاه کودکان، بررسی مشکلات و رفع آنها شایان توجه است. یکی از مشکلاتی که دامنگیر کودکان است و به وفور مورد توجه متخصصان بالینی و روانشناسان قرار گرفته، اختلال سلوک^۱ است. کودکان و نوجوانانی که رفتار آنها در این طبقه قرار می‌گیرد به اعتقاد جانکسمی^۲ و همکاران (۲۰۰۰) به امتناع از قواعد خانه، مدرسه یا جامعه اصرار دارند، در مدرسه ناسازگار بوده و از مراجع قدرت نافرمانی می‌کنند و رفتارهای مخرب زیادی دارند، با الگوهای قدرت و اقتدار در خانه، مدرسه یا جامعه به طور مکرر تعارض دارند، تکانشی هستند، قضاوت ضعیفی دارند و خطرهای نابجا و نادرستی می‌کنند و درباره نتایج اعمال خود فکر نکرده و همواره با شکست مواجه می‌شوند، تلاش‌های بسیاری در جهت دروغ‌گویی، فریب دادن و دستکاری وسایل دیگران دارند، به پذیرش مسئولانه اعمال و بدرفتاری خود قادر نیستند و در برابر احساسات، افکار و نیازهای سایر افراد فاقد حساسیت هستند. لوینسون^۳ و همکاران (۲۰۰۰)، معتقد هستند اختلال سلوک یک اختلال روانپزشکی جدی و شدید است که در دو مقوله فردی و اجتماعی طبقه بندی می‌شود. به طور تقریبی ۲-۷ درصد از افراد کل جامعه مبتلا به اختلال سلوک هستند. معمولاً در اوایل دوران کودکی و اوایل دوران نوجوانی شایع بوده و در پسران نسبت به دختران شیوع بیشتری دارد و میزان آن در دوران مدرسه اندکی اوج می‌گیرد.

1. conduct disorder
2. Jongsmy
3. Lewihnsen

اختلال سلوک از جمله شایعترین اختلال‌های روانی دوران کودکی است که مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی ایجاد می‌کند (توکلی زاده، ۱۳۷۶). احتمال دارد کودکان دچار اختلال سلوک، در آینده به بزرگسالانی بی‌لیاقت و بی‌کفایت و شخصیت‌های ضد اجتماعی و بیمار درآیند که به نیاز به درمان آنها و بازگرداندن به محیط اجتماعی به صورت یک فرد سالم و عادی باید همواره توجه شود (فرهپور، ۱۳۶۸).

به اعتقاد لندرت^۱ (۱۳۷۳) در گرایش‌های روانشناسی روش‌های متفاوتی برای تغییر رفتار، تقویت روش‌های ایجاد سازگاری و ایجاد طریقی برای رشد روانی وجود دارد که یکی از آنها بازی درمانی است، درمانی که در دنیای امروز تجلی پیدا کرده و به طور روز افزون در دنیای پیشرفته از آن استفاده می‌شود.

ری^۲ (۲۰۰۸) اظهار می‌دارد، بازی درمانی یک درمان کودک محور است که برای کودکان ۳ الی ۱۶ ساله دارای مشکلات روانی یا دیگر اختلالات استفاده می‌شود و کودکان در طی بازی، دنیای هیجانی درونی خود را برون‌ریزی می‌کنند، زیرا بازی درمانی بالقوه کمک کننده است. در بازی درمانی انواع مشکلات همانند خشونت خانوادگی، سوءاستفاده‌ها و برخی تعارض‌های ارتباطی و غیره درمان می‌شود. کودکان با توجه به پیچیدگی مشکل آنها از ۲ الی ۱۲ ماه می‌توانند از بازی درمانی بهره‌مند شوند.

لندرت و همکاران (۲۰۰۹) معتقد هستند، دنیای کودکان دنیای فعالیت و عمل است و درمانگر با استفاده از بازی می‌تواند به درون دنیای کودک پی ببرد. در واقع اسباب بازی‌ها همانند کلمات و بازی زبان کودک است. اغلب کودکان فاقد مهارت‌های کلامی لازم برای بیان اضطراب‌ها و ترس‌ها هستند و بازی درمانی جایگزین مناسبی برای درمان گفتگویی است (کریستین^۳، ۲۰۰۸).

با توجه به مطالب یاد شده به نظر می‌رسد بازی درمانی از مؤثرترین روش‌های درمانی برای درمان اختلالات رایج در کودکان باشد در تأیید این نظر می‌توان به نتایج برخی از یافته‌های پژوهشی اشاره کرد از جمله دادستان و همکاران (۲۰۱۰) در بررسی «تأثیر بازی

1. Landreth
2. Ray
3. Christine

درمانی کودک محور بر مشکلات بیرونی کودکان» نشان دادند بازی درمانی کاهش مشکلات بیرونی و پرخاشگری در کودکان را سبب شده است. نادری و همکاران (۲۰۱۰) نیز در پژوهش خود تأثیر بازی درمانی را در کاهش اختلال بیش فعالی، کمبود توجه و اضطراب و افزایش رشد اجتماعی در کودکان مشاهده کردند. باگگرلی و جنکینز^۱ (۲۰۰۹) اثر بخشی بازی درمانی کودک محور را بر عوامل تشخیصی و رشدی در کودکان بی‌خانمان بررسی کردند. نتایج نشان داد به طور معناداری کرانه‌های رشدی و پروفایل‌های تشخیصی در این کودکان بهبود یافته است. باگگرلی (۲۰۰۹) اثر بازی درمانی گروهی کودک محور بر اعتماد به نفس، افسردگی و اضطراب کودکان بی‌خانمان را بررسی کرد؛ نتایج نشان داد در گروه مورد مطالعه اعتماد به نفس افزایش و اضطراب و افسردگی کاهش یافته است. ری (۲۰۰۸) در پژوهشی نشان داد بازی در کاهش استرس رابطه کودک-والد تأثیر مثبت داشته و برای کودکان دارای مشکلات رفتاری بیرونی و درونی و کودکانی که با مشکلات رفتاری طبقه‌بندی نشده بودند اثر بخش بوده است. مور و راس^۲ (۲۰۰۸)، اثرات بازی را بر خلاقیت و فرایندهای هیجانی در دانش‌آموزان کلاس اول و دوم بررسی کردند نتایج این مطالعه نشان داد ۲ تا ۸ ماه بعد از مداخله نمرات خلاقیت و هیجان و عاطفه مثبت همچنان نسبت به گروه کنترل بالاتر بوده است. براون^۳ (۲۰۰۷) در مطالعه‌ای اثر بازی درمانی کودک محور را در کودکان با تأخیر رشدی با هدف افزایش سن رشد، کاهش مشکلات رفتاری که با تأخیر رشدی مرتبط هستند و افزایش رفتارهای مناسب رشدی بررسی کرد. نتایج در سه شرکت کننده بیان‌کننده بهبود رشدی در آنها بوده است. باراتون^۴ و همکاران (۲۰۰۵) در بررسی اثر بازی درمانی بر کودکان، در فرا تحلیل ۹۳ یافته مطالعاتی نتایج بازی درمانی را مثبت ارزیابی کردند. دنگر^۵ و لندرث (۲۰۰۵) اثر بخشی بازی درمانی کودک محور را در کودکان پیش‌کودکستانی و کودکستانی با مشکلات گفتاری بررسی کردند. در مقایسه پیش آزمون و پس آزمون نشان داده شد که مهارت‌های بیانی و ادراکی کودکان افزایش و اضطراب آنها کاهش یافته است. جونز^۶ و لندرث (۲۰۰۲) تأثیر

1. Baggerly & Jenkins
2. Moore & Russ
3. Brown
4. Bratton
5. Danger
6. Jones

بازی درمانی را در کودکان دیابتی که انسولین دریافت کردند با هدف کاهش علائم اضطراب، کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی، افزایش سازگاری، رعایت رژیم غذایی بررسی کردند. نتایج کمی و کیفی نشان داد که کودکان دیابتی با استفاده از بازی درمانی توانستند اضطراب، افسردگی و مشکلات هیجانی وابسته به دیابت را کاهش دهند.

کرنبرگ و کازان^۱ (۱۹۹۹)، در پژوهشی اثر بازی درمانی گروهی بر اختلال سلوک در دانش‌آموزان دبستانی دارای مسائل و مشکلات اجتماعی را بررسی کردند. نتایج نشان داد که بازی درمانی گروهی تا حدود زیادی مشکلات اجتماعی این گروه از کودکان را کاهش داده است. دوگرا و ویراراگاون^۲ (۱۹۹۹) طی ۸ هفته بازی درمانی نشان دادند بازی درمانی سبب کاهش اختلال سلوک و پرخاشگری کودکان در خانه شده و رفتار آنها بهبود یافته است. کب^۳ (۱۹۹۹) در پژوهشی از بازی درمانی برای شکستن چرخه معیوب اختلال سلوک استفاده کرد و نشان داد که این روش درمانی تعادل جویی، نشاط، اعتماد و اطمینان، حفاظت، مراقبت، ... را در آزمودنی‌های مورد مطالعه باعث شده است. رضایی (۱۳۸۷) بازی درمانی را در کاهش اختلالات اضطرابی؛ آرزومانیان (۱۳۸۰) بازی درمانی گروهی بی‌رهنمود را در کاهش اختلالات رفتاری کودکان و قدیری لشکاجانی (۱۳۷۷) بازی درمانی بی‌رهنمود را در کاهش اختلالات رفتاری و افزایش رفتارهای مطلوب مؤثر دانسته است.

در جوامع پیچیده کنونی دشواری‌های رفتاری و مشکلات سازگاری کودکان و نوجوانان در خانه و مدرسه از عمده مسائلی است که والدین و سایر افراد مرتبط با آنها را، شدیداً گرفتار کرده است. و بسیاری از کودکان به سبب ناسازگاری‌های گوناگون نمی‌توانند همگام با استعداد و توانایی خود پیشرفت کنند. لذا مطالعه مراحل رشدی و اختلالات آن در دوران کودکی به عنوان زیر بنای ساختار شخصیت بهنجار و نابهنجار و شناسایی یک مداخله مؤثر می‌تواند بسیار ارزشمند باشد. لذا پژوهشگران حاضر، با توجه به حساسیت این مرحله رشدی و نتایج یافته‌های پژوهشی مبنی بر مفید بودن روش بازی درمانی در کاهش انواع اختلالات شایع دوران کودکی، با طرح این سؤال که آیا بازی درمانی گروهی با رهنمود کاهش اختلال سلوک

-
1. krenberg & Chazzan
 2. Dogra & Veeraraghavan
 3. Cabe

در کودکان را موجب می‌شود؟ با به کارگیری تکنیک‌های بازی درمانی گروهی با رهنمود تأثیر این شیوه درمانی در کاهش اختلال سلوکی در دانش‌آموزان دبستانی را بررسی کردند.

روش پژوهش

روش پژوهش به صورت تجربی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در فاصله دو آزمون، بازی درمانی گروهی با رهنمود (بازی که مسئولیت انتخاب و رهبری فعالیت‌ها تا حدودی زیادی بر عهده درمانگر است. به عبارت دیگر، درمانگر با رهبری مناسب کودک را وادار می‌کند تا مشکلات خود را بیان کند و راه حلی برای آنها پیشنهاد کند. خناری نژاد، ۱۳۶۸). به مدت ده جلسه (هر جلسه حدوداً یک ساعت) اجرا شد. جلسات درمانی هفته‌ای دوبار با فاصله سه روز به مدت یک ماه و نیم برگزار شد. دو نفر دستیار در کلیه جلسات رفتار دانش‌آموزان را مشاهده و ثبت کردند.

جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش‌آموزان دبستانی پایه چهارم و پنجم شهرستان ساری بودند. و روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی بود که به شرح زیر انجام شد:

ابتدا از مناطق جغرافیایی چهارگانه شهرستان ساری از هر منطقه دو مدرسه به صورت تصادفی انتخاب، سپس از هر مدرسه دو کلاس در پایه چهارم و پنجم و از هر کلاس ۱۰ دانش‌آموز انتخاب شد. حجم این نمونه ۱۶۰ نفر بود که از میان آنها افرادی که بر اساس نمره برش پرسشنامه رفتاری راتر (فرم والدین و معلم) و پرسشنامه اختلال سلوک و همچنین نظر روانپزشک اختلال سلوک داشتند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل به تعداد ۱۲ نفر در هر گروه قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه رفتاری کودکان راتر A2- پرسشنامه والدین: این پرسشنامه سی و یک عبارت و سؤال را شامل است که به هر کدام از آنها نمره صفر تا دو تعلق می‌گیرد. نقطه برش پرسشنامه ۱۳ است. دانش‌آموزانی که نمره ۱۳ یا بیشتر در پرسشنامه داشته باشند به عنوان دانش‌آموزان دارای اختلال شناخته می‌شوند. همچنین برای دانش‌آموزانی که دارای اختلال

شناخته می‌شوند، تشخیص اختلال سلوکی و اختلال هیجانی مطرح می‌شود. راتر و اسمیت^۱ گزارش کردند که اعتبار بازآزمایی و همسانی درونی این مقیاس بسیار بالاست (رومزپور ۱۳۷۴).

اعتبار بازآزمایی با فاصله دو ماه ۰/۷۴ و همچنین ضریب همبستگی بین پاسخ‌های پدران و مادران ۰/۶۴ بوده است.

کرمی (۱۳۷۳)، نتایج آزمون راتر والدین را با ارزیابی بالینی روانپزشک مقایسه کرد. حساسیت آزمون در نقطه برش ۱۳ برابر با ۰/۹۷ و پایایی آن را ۰/۹۲ گزارش کرده است.

۱- پرسشنامه رفتاری کودکان راتر B2- پرسشنامه معلم^۲

پرسشنامه راتر B2 ۲۶ عبارت و سه سؤال اضافی را شامل است. به هر کدام از آنها نمره ۰ الی ۲ تعلق می‌گیرد. نقطه برش این مقیاس ۹ است و دانش‌آموزانی که نمره ۹ یا بیشتر می‌گیرند به عنوان دانش‌آموزان دارای اختلال شناخته می‌شوند. همچنین درباره دانش‌آموزانی که نمره ۹ یا بیشتر در این پرسشنامه می‌آورند، سه تشخیص اختلال سلوکی، اختلال هیجانی و نامشخص مطرح می‌شود که با نمره گذاری عبارات مربوط مشخص می‌شوند. عبارات شماره ۴ و ۵ و ۱۵ و ۹ و ۱۰ و ۲۰ و ۲۶ برای تعیین اختلال سلوکی در پرسشنامه به کار رفته‌اند (رومزپور، ۱۳۷۴).

راتر ضریب پایایی این آزمون را از طریق بازآزمایی ۰/۸۹ برآورد کرده است (عدل، ۱۳۷۲). وبا به کاربردن روش‌های دو نیمه کردن و بازآزمایی، پایایی پرسشنامه را به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۸۵ در سطح اطمینان ۰/۰۱ گزارش کرده است.

۲- پرسشنامه علائم مرضی کودکان^۳ (CSI-4) بر اساس DSM-IV

پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) ابزار غربالگری برای شایعترین اختلالات روانپزشکی بوده که عبارات آن بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM تدوین شده است؛ این پرسشنامه دوفرم چک لیست والدین و معلمان دارد. فرم اولیه پرسشنامه با نام چک لیست

1. Smith
2. Rutter childrens behaviour questionnaire- teacher Questionnaire
3. Child symptom inventories

اسپرافکین، لانی، گادو^۱ معروف شد و در سال ۱۹۸۴، اسپرافکین، لانی، گادو آن را بر اساس طبقه‌بندی DSM-III تهیه کردند. چک لیست والدین ۹۷ سؤال سازمان یافته را شامل است که ۱۷ اختلال را می‌سنجد در حالیکه چک لیست معلم ۷۷ سؤال سازمان یافته را شامل است که ۱۳ اختلال را می‌سنجد. گریسون و کارلسون^۲ حساسیت این پرسشنامه را برای اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای، اختلال سلوک و بیش‌فعالی کمبود توجه به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۳ و ۰/۷۷ گزارش کردند در مطالعه‌ای بر روی CSI-4 پایایی آن را ۰/۹۲ برآورد کرد (توکلی‌زاده، ۱۳۷۶).

محتوی جلسات درمانی

محتوی جلسات شامل به‌کارگیری راهبردهایی برای ایجاد و تقویت انگیزه برای شروع درمان، توضیح درباره‌ی جلسات درمانی، ارزیابی موقعیت‌های اولیه مشکل توسط شرکت‌کنندگان و تشریح جلسات بازی شهرسازی بود. بازی شهرسازی شکلی از بازی با رهنمود است که کودک به آسانی با امکانات و آمیزه‌های مختلف آن سازگار و با وسایل بازی همانند می‌شوند. درمانگر در این بازی ابتدا نیازهای کودک و موانع ارضای آنها، مشکلات و موقعیت‌ها گزارش شده توسط کودک، والدین و معلمان را شناسایی و سپس راه‌های جدید و مؤثر ارضای نیازها و رفع یا کاهش مشکلات شرکت‌کنندگان را پیدا می‌کند و آموزش می‌دهد. همانند شکل دادن ارزش، پیشگیری از مشکل، طرح ریزی حل مسأله، ابقاء و نگهداری ارزش‌ها در آزمودنی‌ها، خویشنداری، مشارکت گروهی، تعامل اجتماعی، فهم درست قوانین، مدیریت و برنامه‌ریزی، مدیریت هیجان‌ها و تقویت مکانیسم دفاعی خویشنداری، ارزیابی موقعیت‌های مطلوب و نامطلوب و مواردی از این قبیل. برخی از وسایل بازی که در طی بازی درمانی گروهی به کار گرفته شد جعبه‌شن، خمیربازی، کاغذهای باطله، پازل‌های مختلف، تابلوی علائم راهنمایی و رانندگی، چادربازی، انواع ماشین‌ها، مقواهای رنگی، آدم‌کوپل‌ها، یک سری ظروف پلاستیکی، آبرنگ، موادشمعی و... بود.

1. Sprafkin. Loney. Unit. Gadow
2. Greson & Carlson

یافته‌های پژوهش

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و واریانس) و آمار استنباطی (آزمون F برای فرض برابری واریانس‌ها در موقعیت پیش آزمون برای دو گروه و آزمون پارامتریک t مستقل برای مقایسه تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایشی و کنترل) استفاده شد. اطلاعات حاصله به شرح زیر است:

جدول ۱: شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمرات پرسشنامه رفتاری راتر- فرم والدین گروه آزمایشی و کنترل در موقعیت پیش آزمون و پس آزمون

گروه‌ها	شاخص آماری		
	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس
آزمایشی	۱۹/۸۳	۶/۵۲	۴۲/۵۱
	۱۱/۴۱	۶/۱۷	۳۸/۰۸
کنترل	۱۹/۱۶	۴/۳۴	۱۸/۸۷
	۲۰/۲۵	۶/۰۱	۳۶/۲۰

$n_1=n_2=12$

همان طور که داده‌های جدول نشان می‌دهد مقایسه میانگین‌های گروه آزمایشی و کنترل در موقعیت پیش آزمون تفاوت محسوسی با هم نداشته، اما در گروه آزمایشی پس از اعمال متغیر مستقل میانگین نمرات در موقعیت پس آزمون در مقایسه با گروه کنترل تفاوت جالب توجهی را نشان داده است. بررسی شاخص‌های پراکندگی (انحراف استاندارد و واریانس) بیان‌کننده آن است که میزان پراکندگی نمرات در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل در موقعیت پیش آزمون و پس آزمون کم‌تر است.

جدول ۲: مقدار F محاسبه شده پرسشنامه رفتاری راتر- فرم والدین و مقایسه میانگین گروه آزمایشی و کنترل در موقعیت پیش آزمون

گروه‌ها	شاخص آماری		
	Fob	مقدار F جدول	مقدار t محاسبه شده سطح معناداری
آزمایشی و کنترل	۲/۲۵	۴/۹۱	۰/۰۱

براساس داده‌های جدول فرض یکسانی واریانس‌ها و بررسی معناداری تفاوت دو گروه آزمایشی و کنترل در موقعیت پیش آزمون، که توسط آزمون F بررسی شد، نشان داد که مقدار F محاسبه شده در سطح خط‌پذیری ۰/۰۱ از مقدار F جدول (F ۰/۰۱ = ۴/۹۱) کوچکتر است و واریانس‌ها برابر هستند و تفاوت معناداری به لحاظ آماری بین آنها وجود ندارد.

جدول ۳: مقایسه میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه رفتاری راتر- فرم

والدین گروه آزمایشی و کنترل

گروه‌ها	شاخص آماری		میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t محاسبه شده	سطح معناداری
	میانگین	انحراف استاندارد				
آزمایشی	۸/۴۱	۶/۷۸	۳/۷	۰/۰۱		
کنترل	-۱/۰۸	۵/۷۴				

$p < 0.01^*$

همان‌طور که داده‌های جدول نشان می‌دهد مقدار t محاسبه شده در سطح خط‌پذیری ۰/۰۱ از مقدار t جدول (t ۰/۰۱ = ۲/۵) بزرگتر است و با ۹۹٪ اطمینان تفاوت بین دو گروه آزمایشی و کنترل با اعمال متغیر مستقل برای گروه آزمایش به لحاظ آماری معنادار است.

جدول ۴: شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی نمرات پرسشنامه رفتاری راتر- فرم معلم گروه آزمایشی و

کنترل در موقعیت پیش آزمون و پس آزمون

گروه‌ها	شاخص آماری		میانگین	انحراف استاندارد	واریانس
	میانگین	انحراف استاندارد			
آزمایشی	پیش آزمون	۱۸	۵/۰۶	۲۵/۶۳	
	پس آزمون	۹/۵	۵/۶۶	۳۲/۰۹	
کنترل	پیش آزمون	۱۸/۱۶	۲/۹۴	۸/۶۹	
	پس آزمون	۱۸/۴۱	۴/۴۰	۱۹/۳۵	

$n_1 = n_2 = 12$

همان‌طور که داده‌های جدول نشان می‌دهد مقایسه میانگین‌های گروه آزمایشی و کنترل در موقعیت پیش آزمون تفاوت محسوسی با هم نداشته، اما در گروه آزمایشی پس از اعمال متغیر

مستقل میانگین نمرات در موقعیت پس آزمون در مقایسه با گروه کنترل تفاوت جالب توجهی را نشان داده است. بررسی شاخص‌های پراکندگی (انحراف استاندارد و واریانس) بیان‌کننده آن است که میزان پراکندگی نمرات در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل در موقعیت پیش آزمون و پس آزمون کم‌تر است.

جدول ۵: مقدار F محاسبه شده پرسشنامه رفتاری راتر- فرم معلم و مقایسه میانگین گروه آزمایشی و کنترل در موقعیت پیش آزمون

شاخص آماری	Fob	مقدار F جدول	مقدار t محاسبه شده	سطح معناداری
گروه‌ها				
آزمایشی و کنترل	۲/۹۴	۴/۹۱	-۰/۰۹	۰/۰۱

بر اساس داده‌های جدول فرض یکسانی واریانس‌ها و بررسی معناداری تفاوت دو گروه آزمایشی و کنترل در موقعیت پیش آزمون، که توسط آزمون F بررسی شد، نشان داد که مقدار F محاسبه شده در سطح خطاپذیری ۰/۰۱ از مقدار F جدول ($F_{0/01} = 4/91$) کوچکتر است و واریانس‌ها برابر هستند و تفاوت معناداری به لحاظ آماری بین آنها وجود ندارد.

جدول ۶: مقایسه میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه رفتاری راتر- فرم معلم گروه آزمایشی و کنترل

شاخص آماری	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t محاسبه شده	سطح معناداری
گروه‌ها				
آزمایشی	۸/۵	۵/۹۳	۴/۳۹	۰/۰۱
کنترل	-۰/۲۵	۳/۲۷		

$p < 0/01^*$

همان‌طور که داده‌های جدول نشان می‌دهد مقدار t محاسبه شده در سطح خطاپذیری ۰/۰۱ از مقدار t جدول ($t_{0/01} = 2/5$) بزرگتر است و با ۹۹٪ اطمینان تفاوت بین دو گروه آزمایشی و کنترل با اعمال متغیر مستقل برای گروه آزمایشی به لحاظ آماری معنادار است.

جدول ۷: شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمرات پرسشنامه اختلال سلوک گروه آزمایشی و کنترل در

موقعیت پیش آزمون و پس آزمون

گروهها	شاخص آماری		واریانس
	میانگین	انحراف استاندارد	
آزمایشی	پیش آزمون	۵/۳۸	۱/۰۵
	پس آزمون	۲/۵۴	۱/۱۵
کنترل	پیش آزمون	۵/۵	۰/۷۲
	پس آزمون	۵/۷۹	۱/۴۸

$n_1=n_2=12$

همان‌طور که داده‌های جدول نشان می‌دهد مقایسه میانگین‌های گروه آزمایشی و کنترل در موقعیت پیش آزمون تفاوت محسوسی با هم نداشته، اما در گروه آزمایشی پس از اعمال متغیر مستقل میانگین نمرات در موقعیت پس آزمون در مقایسه با گروه کنترل تفاوت جالب توجهی را نشان داده است. بررسی شاخص‌های پراکندگی (انحراف استاندارد و واریانس) بیان‌کننده آن است که میزان پراکندگی نمرات در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل در موقعیت پیش آزمون و پس آزمون کم‌تر است.

جدول ۸: مقدار F محاسبه شده پرسشنامه اختلال سلوک و مقایسه میانگین گروه آزمایشی و کنترل در

موقعیت پیش آزمون

گروه ها	شاخص آماری			سطح معناداری
	Fob	مقدار F جدول	مقدار t محاسبه شده	
آزمایشی و کنترل	۱/۴۵	۴/۹۱	-۰/۳۵	۰/۰۱

بر اساس داده‌های جدول فرض یکسانی واریانس‌ها و بررسی معناداری تفاوت دو گروه آزمایشی و کنترل در موقعیت پیش آزمون، که توسط آزمون F بررسی شد، نشان داد که مقدار F محاسبه شده در سطح خط‌پذیری ۰/۰۱ از مقدار F جدول ($F_{0/01} = 4/91$) کوچک‌تر است و واریانس‌ها برابر هستند و تفاوت معناداری به لحاظ آماری بین آنها وجود ندارد.

جدول ۹: مقایسه میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه اختلال سلوک گروه آزمایشی و کنترل

شاخص آماری گروه ها	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t محاسبه شده	سطح معناداری
آزمایشی	۲/۸۳	۱/۴۸	۵/۴۵	۰/۰۱
کنترل	-۰/۲۹	۱/۳۲		

$p < 0.01^*$

همان‌طور که داده‌های جدول نشان می‌دهد مقدار t محاسبه شده در سطح خطاپذیری ۰/۰۱ از مقدار t جدول ($t_{0.01} = 2.5$) بزرگتر است و با ۹۹٪ اطمینان تفاوت بین دو گروه آزمایشی و کنترل با اعمال متغیر مستقل برای گروه آزمایشی به لحاظ آماری معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش یافته‌های کمی براساس داده‌های جداول ۹ و ۱۰ حاصل از بررسی اثر بخشی بازی درمانی گروهی با رهنمود، بر اختلال سلوک در کودکان دبستانی و یافته‌های جانبی بر گرفته از مشاهده‌ها و گزارش‌های والدین، معلمان، دستیاران درمانگر و روانپزشک نشان داد که این شیوه درمانی کاهش معنادار اختلال سلوک در شرکت‌کنندگان مورد مطالعه را سبب شده است. این یافته با نتایج پژوهش دادستان و همکاران (۲۰۱۰)، نادری و همکاران (۲۰۱۰)، ساگگرلی و جکینز (۲۰۰۹)، ساگگرلی (۲۰۰۹)، مور و راس (۲۰۰۸)، ری (۲۰۰۸)، براون (۲۰۰۷)، باراتون (۲۰۰۵)، دنگر و لندرث (۲۰۰۵)، جونز و لندرث (۲۰۰۲)، کرنبرگ و کازان (۱۹۹۹)، دوگرا و ویراگاون (۱۹۹۹) و مطالعه رضایی (۱۳۸۷)، آرزومانیان (۱۳۸۰) و رسولی (۱۳۷۶) که هر یک تأثیر بازی درمانی بر روی اختلالی در کودکان را بررسی کرده‌اند همسو و هماهنگ است. لذا می‌توان نتیجه گرفت استفاده از بازی درمانی به کاهش اختلالات از جمله اختلال سلوک در کودکان منجر می‌شود.

گلدارد و گلدارد (۱۳۸۹) معتقد هستند، اهداف درمانی برای تمام کودکان، کمک برای مواجهه با موضوعات عاطفی دردناک، داشتن احساس خوب درباره خود، تغییر رفتارهایی که پیامد منفی به دنبال دارند، کسب سازگاری با توجه به هیجانات و افکار، پذیرش محدودیت‌ها، توانایی‌ها و داشتن احساس خوب درباره خود و رفتار کردن به طور انطباقی و با آسودگی

خاطر در محیط‌های بیرونی است (ارجمند، ۱۳۸۹).

لندرت مطرح کرد که در راستای اهداف درمانی برای کودکان و بازی درمانی به عنوان یک روش درمانی، محیط امنی به کودک داده می‌شود تا خود را امتحان کند و از طریق بازی خود را اظهار کند و با انجام دادن این کار یاد بگیرد که چگونه خود را بشناسد تا آنجا که دانش خود را درباره به کارگیری ظرفیت‌های خود در راه‌های مناسب‌تر بالا ببرد (آرین، ۱۳۷۳).

در واقع بازی، فعالیت طبیعی دوران کودکی و احتمالاً مؤثرترین وسیله یادگیری است. از نظر کداسن و شفر بازی تمرینی برای زندگی واقعی است و انعطاف کافی را برای سازگاری با وقایع، افراد و موقعیت‌ها به وجود می‌آورد. در بازی به وسیله ایفای نقش و تمرین رفتاری، همدلی در کودک رشد می‌کند. صحنه‌های مختلف بازی، امکانات متعددی را برای تمرین و یادگیری فراهم می‌کند که در شیوه‌های درمانی دیگر وجود ندارد (صابری و وکیلی، ۱۳۸۹).

براساس نتایج پژوهش حاضر و دیگر پژوهش‌ها می‌توان نتیجه گیری کرد که کودکان اغلب پذیرای مداخلات درمانی هستند و این امر احتمالاً از انعطاف‌پذیری آنها و دوره کوتاه‌تر مشکلات رفتاری یا عاطفی آنها ناشی است. وبا استفاده از بازی درمانی گروهی با رهنمود می‌توان به کودکان مشکل‌دار از طریق واسطه‌ای به نام بازی کمک کرد تا استرس‌های روانی خود را فرونشانند و با پاکسازی روانی و تقلیل یافتن اثرات مشکلات، دوباره انگیزه‌ها و تجربه‌های عاطفی صحیح را تجربه کنند. و بتوانند رفتارهای آموخته شده را به محیط طبیعی بیرون از موقعیت درمانی تعمیم داده و رفتارهای انطباقی آموخته شده را پس از اتمام درمان حفظ کنند.

نهایتاً اینکه با توجه به سبب شناسی اختلال سلوک در کودکان، خانواده به دلیل روش مدیریتی و دارا بودن صلاحیت‌های لازم برای تنظیم امور کودکان و جامعه به دلیل داشتن جایگاه پرورشی و مدرسه به سبب درخواست‌ها و قوانین خاص بر سطح اضطراب، افسردگی و پرخاشگری و به عبارتی بر رشد هیجانی و اجتماعی آنها تأثیری عظیم دارند. لذا به نظر می‌رسد اگر شیوه‌های درمانی متناسب با شرایط و نیازهای خانواده و جامعه باشد مفیدتر خواهد بود. آنچه که در این پژوهش به لحاظ انتخاب نوع بازی و تکنیک‌های بازی درمانی گروهی با رهنمود سعی شده بود همواره مد نظر قرار گیرد.

منابع

- آرزومانیان، ک. س. (۱۳۸۰). بررسی اثر بازی درمانی در کاهش اختلالات رفتاری کودکان ارامنه دختر اول دبستان مدرسه تونیان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- توکلی زاده، ج. ش. (۱۳۷۶). همه گیرشناسی اختلال های رفتاری و کمبود توجه در دانش آموزان، فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره ۱ و ۲.
- خناری نژاد، آمنه، (۱۳۶۸). بازی و بازی درمانی، پایان نامه کارشناسی، دانشگاه الزهراء (س).
- رضایی، ز. (۱۳۸۷). اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری به همراه مشارکت والدین در کاهش اختلالات اضطرابی کودکان ۶ تا ۸ سال، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء (س).
- رومپور، ز. م. (۱۳۷۴). بررسی پایایی یابی و اعتبار مقدماتی پرسشنامه رفتاری کودکان راترو تعیین میزان شیوع اختلال سلوکی و هیجانی در جمعیت کودکان پیش دبستانی اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی ایران.
- عدل، ا. (۱۳۷۲). تأثیر به کارگیری روش آموزش مهارت های اجتماعی در بهبود اختلال رفتارهای اختلال گرانه کودکان، پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی ایران.
- فرهیور، ن. (۱۳۶۸). درمان انزوای طلبی دانش آموزان ۷ تا ۱۱ ساله مدارس تهران از طریق آموزش مهارت های حرکتی بنیادی و بازی های گروهی هدایت شده، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.
- قدیری لشکاجانی، ف. (۱۳۷۷). بررسی تأثیر بکارگیری بازی درمانی بی رهنمود در کاهش اختلالات رفتاری و پرخاشگری کودکان ناسازگار و دارای عملکرد هوشی مرزی، پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی ایران.
- گلدارد، ک و گلدارد، د. (۱۳۸۹). مشاوره با کودکان با روش بازی درمانی. ترجمه زهرا ارجمند، تهران، اندیشه آور.
- کداسن، هج و شفر، چ، ی. (۱۳۸۹). برگزیده ای از روش های بازی درمانی، ترجمه سوسن صابری و پیروش وکیلی، تهران، ارجمند.
- کرمی، ص. (۱۳۷۳). بررسی وضعیت اختلال رفتاری و اختلال پس از استرس ضربه ای در کودکان ۹ تا ۱۶ ساله مناطق زلزله زده در مقایسه با مناطق غیر زلزله زده زنجان، پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی ایران.
- لندرث، گاری. (۱۳۷۳). بازی درمانی مشاوره با کودکان، ترجمه خدیجه آرین، تهران، اطلاعات.

- Baggerly, J, (2009). The effects of child-centered group play therapy on self-concept, depression, and anxiety of children who are homeless, *International Journal of Play Therapy*, 13, 2, 31-51.
- Baggerly, J & Jenkins, W, (2009). The effectiveness of child-centered play-therapy on developmental and diagnostic factors in children who are homeless, *International Journal of Play Therapy*, 8, 1, 45- 55.
- Bratton, S, Ray, D, & Jones, L, (2005). The efficacy of play therapy with children: A Meta analytic review of treatment outcomes. *Professional psychology, Research and Practice*, 36, 4, 376-390.
- Brown, G, (2007). Relationship between child centered play therapy and developmental levels of young children: A single case analysis, *University of North Texas*, 125, AAT, 3300943.
- Cabe, N, (1999). *Conduct disorder: Grounded play therapy*, Northvale, N, J, USA: Jason, Aronson, INC.
- Christine, E, (2008). The use, beliefs perceived barriers and the methods of delivery of play therapy by elementary school counselors, *University of New Orleans*, 181, AAT 3332386.
- Dadsetan, P. Bayat, M & Asgari, A, (2010). Effectiveness of child-centered play therapy on children's externalizing problems reduction, *Journal of Behavioral Sciences*, 3, 4, 26-35.
- Danger, S & Landreth, G, (2005). Child-centered group play therapy with children with speech difficulties, *International Journal of Play Therapy*, 14, 1, 81-102.
- Dogra, A & Veeraraghavan, V, (1999). A study of psychological intervention of children with aggressive conduct disorder, *Indian Journal of Clinical Psychology*, 21, 28 -32.
- Jones, M. E & Landreth, G, (2002). The efficacy of intensive individual play therapy for chronically 111 children, *International Journal of Play Therapy*, 11, 1, 117-140.
- Jongsmy, A, Deterson, M & McInnis, W, (2000). *The child psychotherapy treatment planner*, John Wiley Sons/ Inc.
- kernberg, P & Chazzan, S, (1999). *Children with conduct disorders*. New York,, USA.
- Landreth, G.L, Ray, D.C & Bratton, S.C, (2009). Play therapy in elementary schools, *Psychology In the Schools*, 46, 3, 281-289.
- Lewinsohn, P, Rohde, P & Farrington, D, (2000). The OADP-CDS: A Brief screener for adolescent conduct disorder, *Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 888-889.
- Moore, M & Russ, S, (2008). Follow-up of a pretend play intervention: Effects on play Creativity and emotional processes in children, *Creativity Research Journal*, 20, 4, 427.
- Naderi, F, Heidarie, L, Bouron, P & Asgari, A, (2010). The efficacy of play therapy on ADHD, Anxiety and social maturity in 8 to 12 years aged clientele children of Ahwaz metropolitan counseling clinics, *Applied Sciences*, 10, 189-195.
- Ray, D.C, (2008). Impact of play therapy on parent-child relationship stress at a mental health training setting, *British Journal of Guidance*, 36, 2, 165-187.
- Ray, N, (2008). Play therapy as a mental health intervention for children and adolescents, *Journal Family Healthcare*, 18, 1, 17-29.