

بررسی تأثیر بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری دانش آموزان آزاردیده جسمانی- هیجانی ۹-۱۲ ساله شهر تهران

زهرا کمیجانی^۱

دکتر ژانت هاشمی آذر^۲

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۰/۲۰

تاریخ وصول: ۸۸/۱۲/۲

چکیده

این پژوهش به منظور بررسی تأثیر بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری دانش آموزان آزاردیده جسمانی- هیجانی ۹-۱۲ ساله شهر تهران و به صورت نیمه آزمایشگاهی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل انجام شده، پرداخته است. به این منظور از بین کلیه دانش آموزان آزار دیده جسمانی- هیجانی ۹-۱۲ ساله ساکن در مؤسسه‌های حمایتی مربوط شهر تهران با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۲۴ دانش آموز به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش ($n=12$) و کنترل ($n=12$) جایگزین شدند و سپس گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه برنامه بازی درمانی را به صورت هفته‌ای دو جلسه ۴۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند که ۵ جلسه آن به صورت انفرادی و ۵ جلسه به شکل گروهی انجام گرفت. پس از پایان برنامه بازی درمانی از هر دو گروه، پس آزمون به عمل آمد. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه اختلال رفتاری آخنباخ فرم سیاهه رفتاری کودک (CBCL) بود و به علت برقرار نبودن مفروضه مبتنی بر نرمال بودن توزیع، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آمار ناپارامتریک U من ویتنی استفاده شد. نتایج تحقیق نشان داد که بازی درمانی اضطراب/ افسردگی دانش آموزان آزار دیده جسمانی- هیجانی را کاهش می‌دهد. اما اختلالات رفتاری، پرخاشگری، گوشه‌گیری/ افسردگی و مشکلات توجه دانش آموزان آزاردیده جسمانی- هیجانی را کاهش نمی‌دهد و

۱- کارشناس ارشد روان شناسی کودکان استثنایی

۲- عضو هیأت علمی دانشگاه علامه طباطبائی

با اینکه بازی درمانی تأثیرگذار بوده است و درون گروه باعث کاهش این اختلالات شده است اما این تأثیر به اندازه‌ای نبوده که تفاوت بین گروه‌ها از لحاظ آماری معنادار شود. **واژگان کلیدی:** بازی درمانی، اختلالات رفتاری، دانش‌آموزان آزار دیده جسمانی - هیجانی.

مقدمه

کودک آزاری پدیده‌ای به قدمت بشر است، به طوری که تحقیقات، تاریخچه‌ی دردناک و طولانی مدت از آزار کودکان را از شروع تاریخ تاکنون نشان می‌دهد. وقتی بیشتر به گذشته برمی‌گردیم کودکان هم، بیشتر در معرض رهاشدگی، ترس شدید، آزار، پرخاشگری جنسی و مرگ بی‌رحمانه بودند (مدمکس،^۱ ۲۰۰۳). کودک آزاری عبارت است یک عمل اخیر یا قصور در یک عمل که اخیراً روی داده که منجر به مرگ، ضربه هیجانی یا جسمی جدی یا سوءاستفاده جنسی یا خطر جدی قریب‌الوقوع در یک کودک می‌شود و توسط والدین یا مراقبان کودک که مسئول حفظ سلامت کودک هستند انجام می‌گیرد و شامل کودک آزاری جسمانی، هیجانی، جنسی و غفلت می‌باشد (مکدونالد،^۲ ۲۰۰۷). اکثر والدین تمایل ندارند که به کودکانشان صدمه بزنند ولیکن آزار به واسطه‌ی اثری که روی کودک می‌گذارد و نه انگیزه والدین، مشخص می‌شود. بررسی‌ها در سال ۱۹۹۵ در امریکا نشان داده است که ۵ درصد والدین اعتراف کرده‌اند روش تربیتی آنها صرفاً از طریق کتک زدن کودک با یک وسیله، لگد زدن، گاز گرفتن یا تهدید کودک با چاقو یا تفنگ است. که این خشونت از سوی والدین می‌تواند اثرات وخیمی بر رشد کودک داشته باشد حتی اگر به آسیب جسمانی آشکار یا مرگ کودک منجر نشود (وست بای،^۳ ۲۰۰۷). در یک بررسی توسط کلاسن^۴ (۱۹۹۱، به نقل از هاو، ۲۰۰۵) ۹۰ درصد از کودکانی که مورد غفلت و آزار جسمانی بودند از بدرفتاری روان‌شناختی نیز رنج می‌بردند. در حقیقت این دلالت بر این نکته دارد که اگرچه آزار جسمانی برای اعضاء و جوارح خطرناک است،

1. Medmex
2. Macdonald
3. Westby
4. Classen

برای اکثر کودکان آسیب واقعی، روانی است چرا که صدمه از سوی افرادی بر کودک تحمیل می‌شود که از آنها انتظار عشق و حمایت می‌رود. گفته می‌شود که آزار جسمانی فقط یک ضربه نیست بلکه حمله به تمامیت روانی یک کودک است (هاو^۱، ۲۰۰۵). آزار هیجانی؛ طرد، نادیده گرفتن، انتقاد کردن، منزوی ساختن یا ترساندن کودکان تعریف می‌شود که همه این موارد بر کاهش عزت نفس کودکان تأثیرگذار است. آزار هیجانی با حملات کلامی مانند تحقیر، سرزنش، ناسزا همراه است و از آنجایی که با انواع دیگر آزار توأم می‌باشد اثبات آن مشکل است و به ندرت گزارش می‌شود. آزار جنسی؛ هر عمل جنسی با کودک که به منظور ارضای جنسی یک فرد بزرگسال، قبل از رسیدن کودک به سن قانونی انجام می‌شود، اطلاق می‌گردد. در سال ۱۹۹۶ به ۱۲ درصد آزار جنسی اشاره شده است که ۲۵-۲۰ درصد از زنان و ۱۵-۱۰ درصد از مردان قبل از سن ۱۸ سالگی مورد آزار جنسی واقع شده بودند (بکر^۲، ۲۰۰۲). غفلت؛ شکلی پنهان از بدرفتاری است. غفلت گرسنگی دادن به فکر و انگیزه‌ی در حال رشد کودک است و آگاهی و علاقه‌ی کودک نسبت به خود و دیگران را از بین می‌برد (هاو، ۲۰۰۵). غفلت به عنوان کوتاهی در تأمین نیازهای جسمانی، هیجانی، آموزشی یا پزشکی ضروری کودک، تعریف می‌شود و متداول‌ترین (۶۰ درصد از موارد) شکل از بدرفتاری‌ها، و شایع‌ترین علت مرگ در کودکان است که مورد بدرفتاری واقع شده است (مکدونالد، ۲۰۰۷).

برای بدرفتاری با کودک تنها یک علت شناخته شده وجود ندارد. بدرفتاری با کودک در بین همه طبقات اجتماعی-اقتصادی، مذهبی، فرهنگی، نژادی و گروه‌های قومی اتفاق می‌افتد. محققان تعدادی از عوامل خطر ساز را که معمولاً در بدرفتاری با کودکان سهیم هستند، شناسایی کرده‌اند. بیکاری، والدین جوان و بی تجربه، خانواده‌های تک‌والدینی، بیماری روانی در یکی از والدین، تاریخچه‌ای از آزار دیدن والدین، زندگی فقیرانه و سوء مصرف مواد و الکل از جمله آنها هستند. کودکان در این گونه خانواده‌ها و محیط‌هایی که این عوامل خطر ساز در آن به چشم می‌خورد، به احتمال بیشتری بدرفتاری را تجربه می‌کنند (گلدمن^۳

1. Howe
2. Baker
3. Goldman

و همکاران، ۲۰۰۳). آمارهای مبتنی بر آزار کودکان هشدار دهنده است به طوری که در سال ۲۰۰۴، ۱۵۲۲۵۰ کودک و نوجوان از قربانیان آزار جسمانی در ایالت متحده بودند. از چهار نوع بدرفتاری با کودک (غفلت، آزار جسمانی، آزار جنسی و آزار هیجانی) آزار جسمانی بعد از غفلت در مرتبه دوم است (کلوگ^۱، ۲۰۰۷).

بنابر آمارهای موجود در ایران، در سال ۱۳۸۵ حدود ۱۶۳ مورد کودک آزاری به انجمن دفاع از حقوق کودکان گزارش شده است که ۴۳/۸ درصد از کودکان آزار دیده پسر و ۵۶/۲ درصد دختر بوده‌اند و بیشترین نوع کودک آزاری با ۷۰/۶ درصد جسمی بوده است که از این میان کتک زدن با کمر بند، ضربه با دست، استفاده از کابل و سوزاندن بیشترین روش کودک آزاری جسمی کودکان بوده است. ۶/۳ درصد کودک آزاری‌ها، آزارهای جنسی گزارش شده است (بیگدلی، ۱۳۸۷). کودک آزاری، غفلت یا آسیب‌های روان‌شناختی به تغییرات ساختاری و بیوشیمیایی در مغز منجر می‌شود که باعث انواع مشکلات رفتاری، یادگیری و معلولیت‌ها در کودکان می‌شود.

این مشکلات یادگیری، کودکان را در معرض خطر بیشتری برای آزار و غفلت قرار می‌دهند. کودکان آزار دیده معمولاً نقایص شایع زبانی را نشان می‌دهند. علاوه بر این آنها مشکلاتی در استفاده از زبان برای بیان کردن نیازها و احساسشان، فهماندن افکارشان و دنبال کردن یک مکالمه منسجم که کلید تبادل اجتماعی است، نشان می‌دهند (وست بای، ۲۰۰۷).

کودک آزاری و غفلت از کودکان با بروز اختلال‌های روان‌شناختی همراه است اختلالاتی مانند: افسردگی، اختلالات اضطرابی (فوبی، وسواس، اختلال استرس پس از سانحه)، افکار انتحاری یا خودکشی، اختلال نقص توجه، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک، اختلال خوردن، اختلال شخصیت مرزی و پرخاشگری (سالترز - پدنیالت^۲، ۲۰۰۸؛ کاتزویز و پوره^۳، ۲۰۰۷؛ سالزینگر و همکاران^۴، ۲۰۰۱؛ کوهن، براون و اسمیلز^۵، ۲۰۰۱). درمان

1. Kellogg
2. Salters - pedneault
3. Katzwise & Poore
4. Salzinger
5. Cohen, Brown & Smailes

عنصر اصلی کار با کودکان آزاردیده است و فرصتی را در اختیار کودکان قرار می‌دهد که در یک محیط امن، با حمایت عاطفی یک درمانگر، تجارب گذشته خود را بررسی کنند (فیل پوت^۱، ۲۰۰۵). از آنجایی که بازی یک بخش ضروری و لازم زندگی کودک است به نظر می‌رسد که می‌تواند طبیعتاً به عنوان یک روش برای مقابله با مشکلات کودکان در یک موقعیت درمانی به کار رود (مولیناری^۲، ۱۹۹۷). بازی درمانی بهترین شکل مداخله‌ی مشاوره‌ای برای کودکان است (جوزفین^۳، ۲۰۰۷). در بازی درمانی کودکان قادرند نگرانی‌هایشان را در یک محیط امن روان‌شناختی به نمایش بگذارند و از توانایی‌ها، محدودیت‌ها، قوانین اجتماعی و تفاوت خیال و واقعیت آگاه شوند و مهارت‌های جدید را تمرین نمایند و راه‌حل‌های خلاقانه برای چالش‌های خود کشف کنند تا بتوانند بر موقعیت‌های سخت غلبه نمایند (برانو^۴، ۲۰۰۵). در این پژوهش، محقق در صدد بررسی فرضیه‌های زیر است:

- ۱- بازی درمانی اختلالات رفتاری دانش آموزان آزاردیده جسمانی - هیجانی را کاهش می‌دهد.
- ۲- بازی درمانی پرخاشگری دانش آموزان آزاردیده جسمانی - هیجانی را کاهش می‌دهد.
- ۳- بازی درمانی اضطراب / افسردگی دانش آموزان آزاردیده جسمانی - هیجانی را کاهش می‌دهد.
- ۴- بازی درمانی گوشه‌گیری / افسردگی دانش آموزان آزاردیده جسمانی - هیجانی را کاهش می‌دهد.
- ۵- بازی درمانی مشکلات توجه دانش آموزان آزاردیده جسمانی - هیجانی را کاهش می‌دهد.

1. Philpot
2. Molinari
3. Josepin
4. Bruno

روش پژوهش

روش مورد استفاده در این پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است و آزمودنی‌ها به طریق تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش، کلیه دانش‌آموزان ۹-۱۲ ساله آزاردیده جسمانی-هیجانی ساکن در مؤسسه‌های حمایتی مربوط شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۸۸-۱۳۸۷ بوده است.

نمونه، روش نمونه‌گیری

نمونه مورد نظر در پژوهش حاضر از نوع در دسترس است. به این صورت که از بین مؤسسه‌های نگهداری از کودکان آزاردیده، سه مؤسسه از طرف سازمان بهزیستی به پژوهشگر معرفی شد و پس از مراجعه به مؤسسه‌ها از بین دانش‌آموزان ۹-۱۲ ساله ساکن این مؤسسه‌ها با اجرای پرسشنامه اختلال رفتاری آخنباخ، ۲۴ دانش‌آموز که دارای بالاترین نمره در این آزمون بودند به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند که به صورت تصادفی ۱۲ نفر (۶ دختر و ۶ پسر) در گروه آزمایش و ۱۲ نفر (۶ دختر و ۶ پسر) در گروه گواه جایگزین شدند.

ابزار پژوهش

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه آخنباخ، سیاهه رفتاری کودک (CBCL) است. این پرسشنامه مناسب گروه سنی ۱۸-۶ سال است و برای هر گروه سنی یک پرسشنامه آخنباخ از سه منبع والدین، معلم و خود کودک اطلاعات لازم را در مورد رفتار کسب می‌کند. که در این پژوهش از سیاهه رفتاری کودک (CBCL) استفاده گردید. این سیاهه، توسط والدین و یا فردی که سرپرستی کودک را به عهده دارد و از او مراقبت می‌کند و یا هر کسی که با کودک در محیط‌های شبه خانوادگی برخورد دارد و او را به طور کامل می‌شناسد تکمیل می‌گردد. سیاهه رفتاری کودک مانند دو فرم موازی دیگر از ۱۱۳ سؤال

تشکیل شده است که در کنار هر سؤال سه گزینه صفر (درست نیست)، یک (تا حدی درست است) و دو (کاملاً یا غالباً درست است) قرار دارد. که والد یا سرپرست کودک می‌بایست با توجه به وضعیت رفتار کودک دور یکی از گزینه‌ها را خط بکشد. مینایی (۱۳۸۴) پرسشنامه آخنباخ را جهت تعیین اعتبار و روایی، مورد آزمون قرار داده است که از نظر روایی، دارای روایی محتوایی، روایی ملاکی، روایی سازه است و از نظر اعتبار با روش همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ برای فرم (CBCL) در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ است.

شیوه اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوز تحقیق از دانشگاه، و مراجعه به سازمان بهزیستی استان تهران، به دلیل تعداد زیاد جلسات و عدم همکاری برخی از مؤسسه‌ها، سه مؤسسه به پژوهشگر معرفی شد. بعد از مراجعه به مؤسسه‌ها از دانش آموزان ۹-۱۲ ساله ساکن این مؤسسه‌ها، پرسشنامه آخنباخ فرم سیاه‌رفتاری کودک (CBCL) به عمل آمد و پس از نمره‌گذاری ۲۴ دانش آموز به عنوان نمونه انتخاب شدند و به شیوه تصادفی ۱۲ دانش آموز (۶ دختر، ۶ پسر) در گروه آزمایش و ۱۲ دانش آموز (۶ دختر، ۶ پسر) در گروه کنترل جایگزین شدند و ۱۰ جلسه بازی درمانی به صورت هفته‌ای ۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش انجام گرفت که ۵ جلسه انفرادی و ۵ جلسه به صورت گروهی تشکیل شد و جلسات گروهی نیز به صورت جداگانه بین دختران و پسران اجرا شد. پس از پایان جلسه‌ها، از هر دو گروه آزمایش و کنترل، آزمون آخنباخ به عمل آمد.

تحلیل داده‌ها و نتایج

در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و در بخش آمار استنباطی از آمار ناپارامتریکی کالموگروف اسمیرنوف و لامن ویتنی استفاده شده است و نتایج پژوهش به شرح زیر می‌باشد:

فرضیه اول: بازی درمانی اختلالات رفتاری دانش‌آموزان آزاردیده جسمانی-هیجانی را کاهش می‌دهد.

جدول ۱. آزمون کالموگروف اسمیرنوف برای نمرات اختلافی اختلالات رفتاری

تعداد آزمودنی	سطح معناداری	s - k	انحراف معیار	میانگین	آماره منبع
۲۴	۰/۰۲	۱/۵۲	۳۰/۷۰	۱۹/۹۷	نمره اختلافی

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، سطح معناداری ۰/۰۲ از سطح معناداری ۰/۰۵ کوچکتر است، بنابراین مفروضه مبتنی بر نرمال بودن توزیع رد می‌شود و برای آزمون فرضیه‌های پژوهشی از آزمون‌های ناپارامتریک U من ویتنی استفاده می‌گردد.

جدول ۲. آزمون U من ویتنی برای نمرات اختلافی پیش‌آزمون - پس‌آزمون اختلالات رفتاری

گروه	تعداد	میانگین رتبه‌ای	مجموع رتبه‌ها	U من ویتنی	Z	سطح معناداری
آزمایش	۱۲	۱۳/۸۸	۱۶۶/۵	۵۵/۵	-۰/۹۵	۰/۳۴
کنترل	۱۲	۱۱/۱۳	۱۳۳/۵			

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود گروه آزمایش مجموع رتبه‌ای بالاتری نسبت به گروه کنترل به دست آورده است و این نشان می‌دهد که بازی درمانی تأثیر داشته است اما این تأثیر به اندازه‌ای نبوده که تفاوت بین گروه‌ها از لحاظ آماری معنادار شود. در نتیجه با توجه به اینکه U به دست آمده (U=۵۵/۵) از u جدول (u=۴۲) بزرگتر است با ۹۵ درصد اطمینان نتیجه می‌گیریم که بازی درمانی اختلالات رفتاری دانش‌آموزان آزاردیده جسمانی-هیجانی را کاهش نمی‌دهد.

فرضیه دوم: بازی درمانی پرخاشگری دانش آموزان آزاردیده جسمانی - هیجانی را کاهش می دهد.

جدول ۳. آزمون u من ویتنی برای نمرات اختلافی پیش آزمون- پس آزمون پرخاشگری

گروه	تعداد	میانگین رتبه‌ای	مجموع رتبه‌ها	u من ویتنی	Z	سطح معناداری
آزمایش	۱۲	۱۴/۰۴	۱۶۸/۵	۵۳/۵	- ۱/۰۷	۰/۲۸
کنترل	۱۲	۱۰/۹۶	۱۳۱/۵			

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می شود گروه آزمایش مجموع رتبه‌ای بالاتری نسبت به گروه کنترل به دست آورده است و این نشان می دهد که بازی درمانی تأثیر داشته است اما این تأثیر به اندازه‌ای نبوده که تفاوت بین گروه‌ها از لحاظ آماری معنادار شود. در نتیجه با توجه به اینکه U به دست آمده ($u=۵۳/۵$) از u جدول ($u=۴۲$) بزرگتر است با ۹۵ درصد اطمینان نتیجه می گیریم که بازی درمانی پرخاشگری دانش آموزان آزاردیده جسمانی - هیجانی را کاهش نمی دهد.

فرضیه سوم: بازی درمانی اضطراب / افسردگی دانش آموزان آزاردیده جسمانی - هیجانی را کاهش می دهد.

جدول ۴. آزمون u من ویتنی برای نمرات اختلافی پیش آزمون- پس آزمون اضطراب / افسردگی

گروه	تعداد	میانگین رتبه‌ای	مجموع رتبه‌ها	u من ویتنی	Z	سطح معناداری
آزمایش	۱۲	۱۵/۰۸	۱۸۱	۴۱	- ۱/۸۲	۰/۰۶
کنترل	۱۲	۹/۹۲	۱۱۹			

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می شود با توجه به اینکه U به دست آمده ($u=۴۱$) از u جدول ($u=۴۲$) کوچکتر است با ۹۵ درصد اطمینان نتیجه می گیریم که بازی درمانی اضطراب / افسردگی دانش آموزان آزاردیده جسمانی - هیجانی را کاهش می دهد.

فرضیه چهارم: بازی درمانی گوشه‌گیری/افسردگی دانش‌آموزان آزار دیده جسمانی - هیجانی را کاهش می‌دهد.

جدول ۵. آزمون U من ویتنی برای نمرات اختلافی پیش‌آزمون - پس‌آزمون گوشه‌گیری/افسردگی

گروه	تعداد	میانگین رتبه‌ای	مجموع رتبه‌ها	U من ویتنی	Z	سطح معناداری
آزمایش	۱۲	۱۴/۲۹	۱۷۱/۵	۵۰/۵	-۱/۲۵	۰/۲۰
کنترل	۱۲	۱۰/۷۱	۱۲۸/۵			

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود گروه آزمایش مجموع رتبه‌ای بالاتری نسبت به گروه کنترل به دست آورده است و این نشان می‌دهد که بازی‌درمانی تأثیر داشته است اما این تأثیر به اندازه‌ای نبوده که تفاوت بین گروه‌ها از لحاظ آماری معنادار شود. در نتیجه با توجه به اینکه U به دست آمده ($U=۵۰/۵$) از U جدول ($U=۴۲$) بزرگتر است با ۹۵ درصد اطمینان نتیجه می‌گیریم که بازی‌درمانی گوشه‌گیری/افسردگی دانش‌آموزان آزار دیده جسمانی - هیجانی را کاهش نمی‌دهد.

فرضیه پنجم: بازی‌درمانی مشکلات توجه دانش‌آموزان آزار دیده جسمانی - هیجانی را کاهش می‌دهد.

جدول ۶. آزمون U من ویتنی برای نمرات اختلافی پیش‌آزمون - پس‌آزمون مشکلات توجه

گروه	تعداد	میانگین رتبه‌ای	مجموع رتبه‌ها	U من ویتنی	Z	سطح معناداری
آزمایش	۱۲	۱۴/۱۳	۱۶۹/۵	۵۲/۵	-۱/۱۴	۰/۲۵
کنترل	۱۲	۱۰/۸۸	۱۳۰/۵			

همان‌گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود گروه آزمایش مجموع رتبه‌ای بالاتری نسبت به گروه کنترل به دست آورده است و این نشان می‌دهد که بازی‌درمانی مؤثر بوده است اما این تأثیر به اندازه‌ای نبوده که تفاوت بین گروه‌ها از لحاظ آماری معنادار شود. در نتیجه با توجه به اینکه U به دست آمده ($U=۵۲/۵$) از U جدول ($U=۴۲$) بزرگتر است با

۹۵ درصد اطمینان نتیجه می‌گیریم که بازی درمانی مشکلات توجه دانش آموزان آزاردیده جسمانی-هیجانی را کاهش نمی‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌گونه که گفته شد در این پژوهش اثر بخشی بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری دانش آموزان آزاردیده جسمانی-هیجانی ۹-۱۲ ساله شهر تهران مورد بررسی قرار گرفته است و یافته‌های حاصل از Lآمن ویتنی (جدول ۲) نشان می‌دهد که فرضیه اول تأیید نمی‌گردد البته جدول ۲ نشان می‌دهد بازی درمانی تأثیر گذار بوده است و درون گروه باعث کاهش اختلالات رفتاری شده است اما این تأثیر به اندازه‌ای نبوده که تفاوت بین گروه‌ها از لحاظ آماری معنادار شود. این یافته مغایر با یافته‌های هینز و همکاران (۱۹۹۳) به نقل از دایره المعارف اینترنتی و کی پدیا، (۲۰۰۸)، دگرا و ویراراگاوآن (۱۹۹۴) به نقل از دایره المعارف اینترنتی و کی پدیا، (۲۰۰۸) است. در توجیه این یافته می‌توان به تعداد کم جلسات بازی درمانی اشاره داشت چراکه وجود مشکلات شدیدتر در کودکان مدت درمان طولانی‌تری را می‌طلبد. یافته‌های حاصل از Lآمن ویتنی (جدول ۳) نشان می‌دهد که فرضیه دوم مورد تأیید قرار نگرفته است. البته جدول ۳ نشان می‌دهد که بازی درمانی تأثیر گذار بوده است و درون گروه باعث کاهش پرخاشگری شده است اما این تأثیر به اندازه‌ای نبوده که تفاوت بین گروه‌ها از لحاظ آماری معنادار شود. این یافته مغایر با یافته‌های باعدی (۱۳۸۰)، امجدی فر (۱۳۸۵)، عبداللهی (۱۳۸۷)، آلن و براون (۱۹۹۳) به نقل از عبداللهی، (۱۳۸۷) است. در توجیه این یافته می‌توان به کامل نشدن مراحل درمان کودکان آزاردیده اشاره کرد بنا بر نظر فوروارد (۱۹۸۹)، ترجمه قراچه داغی، (۱۳۸۶)، مراحل درمان این کودکان شامل سه مرحله: خشم، اندوه و رهایی.

برای کودکانی که قربانی آزار می‌شوند اندوه، تهایی و بد بودن احساسات به شدت آشنایی به شمار می‌آیند این کودکان اندوه را می‌شناسند اما خشم برایشان آشنا نیست از

1. Hennies
2. Dogra & Veeraraghavan

این رو خشم بخش ضروری و در عین حال دشوارترین مرحله درمان برای کودکان آزاردیده است. در این پژوهش فرصت خمیر بازی، نقاشی و نقش بازی کردن این امکان را برای کودکان فراهم نمود تا خشم خود را تخلیه کنند و تأیید نشدن این فرضیه نشان می‌دهد که کودکان در مرحله اول درمان قرار گرفته بودند از این رو شاید اجرای یک آزمون پیگیری با فاصله زمانی مناسب، نتایج متفاوتی با تحقیق حاضر نشان بدهد. یافته‌های حاصل از L_۱من ویتنی (جدول ۴) نشان می‌دهد که فرضیه سوم تأیید می‌گردد و بازی درمانی اضطراب/ افسردگی دانش‌آموزان آزاردیده جسمانی-هیجانی را کاهش می‌دهد. این یافته هماهنگ با یافته‌های لی اچ سی (۲۰۰۸)، قرایی و همکاران (۱۳۸۵) است. در توجیه این یافته می‌توان به حس کنترل‌پذیری کودکان در جریان بازی و نقش‌بازی کردن اشاره نمود. از آنجایی که عدم کنترل، ویژگی اصلی اضطراب است و داشتن تجارب کنترل‌ناپذیر عامل مؤثری در بروز اضطراب کودکان می‌باشد و کودکان آزاردیده هم دارای تجربه‌های آسیب‌زایی هستند که اغلب این تجارب برای آنها رویدادهای غیرقابل پیش‌بینی و غیر قابل کنترل تلقی می‌شوند، در این پژوهش فرصت بازی و ایفای نقش برای کودکان این امکان را فراهم آورد تا با آزادی عمل در نحوه اجرای بازی، از یک سو احساسات و عواطف خود را تخلیه نمایند و از طرفی با احساس تسلط و قدرت بیشتر بر محیط پیرامون خود به اعتماد به نفس ناشی از کنترل محیط، دست یابند که این مسئله به کاهش سطح اضطراب آنها شده است. یافته‌های حاصل از L_۱من ویتنی (جدول ۵) نشان می‌دهد که فرضیه چهارم مورد تأیید قرار نمی‌گیرد. البته جدول ۵ نشان می‌دهد که بازی درمانی تأثیرگذار بوده است و درون گروه باعث کاهش گوشه‌گیری/ افسردگی شده است اما این تأثیر به اندازه‌ای نبوده که تفاوت بین گروه‌ها از لحاظ آماری معنادار شود. در توجیه این یافته می‌توان به طی نشدن کامل مراحل سه‌گانه درمان کودکان آزاردیده اشاره نمود و تأیید نشدن این فرضیه و فرضیه دوم نشان می‌دهد که کودکان در مرحله اول درمان قرار داشتند و لذا ادامه جلسات بازی درمانی می‌تواند این امکان را برای کودکان فراهم آورد تا با عبور از مرحله دوم (اندوه) به مرحله‌های برسد و از اندوه آنها کاسته شود. یافته‌های حاصل از

L آمن ویتنی (جدول ۶) نشان می‌دهد که فرضیه پنجم مورد تأیید قرار نمی‌گیرد. البته جدول ۶ نشان می‌دهد که بازی درمانی تأثیرگذار بوده است و درون گروه باعث کاهش مشکلات توجه شده است اما این تأثیر به اندازه‌ای نبوده که تفاوت بین گروه‌ها از لحاظ آماری معنادار شود. در توجیه این یافته می‌توان به پایین بودن احتمالی سطح عملکرد کورتکس پیشانی در این کودکان اشاره نمود چرا که یکی از پیامدهای منفی کودک آزاری، رشد نیافتگی کورتکس حدقه‌ای-پیشانی و هماهنگی ضعیف نیمکره‌ها است که مشکلاتی را در تنظیم توجه، هیجان‌ها و هماهنگی عملکردی برای کودکان آزر دیده به دنبال دارد.

پیشنهادها

- ۱- انجام تکنیک بازی درمانی با کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی.
- ۲- افزایش جلسات بازی درمانی به ۲۰ جلسه به منظور طی کردن کامل مراحل درمان.
- ۳- استفاده از سایر تکنیک‌ها در بازی درمانی مانند سینی شن، کتاب‌ها و قصه‌ها و بازی‌ها و... به منظور کمک به کودک برای بیان هر چه بهتر احساسات و عواطف خود.
- ۴- به منظور کنترل بهتر اثربخشی بازی درمانی، طرح‌های پژوهشی چندگروهی طراحی شوند که در آنها گروه‌های کنترل با مداخله‌های مختلف با بازی درمانی مقایسه شوند مانند موسیقی درمانی، رقص درمانی و ورزش و ...

منابع

- امجدی فر، رضا. (۱۳۸۵). اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان دبستانی. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه علامه طباطبایی.
- باعدی، زهرا. (۱۳۸۰). بررسی کارآمدی بازی درمانی شناختی- رفتاری در کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه تربیت مدرس.
- بیگدلی، زهرا. (۱۳۸۷). کودک، شهروند مستقل یا مینیاتور بزرگسال؟. روزنامه اعتماد.

فوروارد، سوزان. (۱۹۸۹). تربیت مسموم. ترجمه مهدی قراچه داغی. (۱۳۸۶). نشر آسیم.
 قرایی، جواد؛ بینا، مهدی؛ یاسمی، محمد تقی؛ امامی، آناهیتا؛ نادری، فاطمه. (۱۳۸۵).
 بازی درمانی گروهی در نشانه‌های ناشی از آسیب زلزله. مجله بیماری‌های کودکان ایران.
 شماره ۲.

- Baker, Howard. (2002). Child abuse. <http://www.ask.com>.
 Bruno, Jeffrey. (2005). Play therapy. <http://www.ask.com>.
 Cohen, Patricia; Brown, Jocelyn & Smailes, Elizabeth. (2001). Child abuse and neglect and the development of mental disorder in the general population. *Journal of Development and Psychopathology*, 13, 981 - 999.
 Goldman; Salus; Wolcott; Kennedy. (2003). What factors contribute to child abuse and neglect ? <http://www.childwelfare.gov>
 Howe, David. (2005). child abuse and neglect.
 Josefin, Martin. (2007). Child centered play therapy. <http://www.ask.com>.
 Katz - Wise, Sabra, L; Poore, Ralph. (2007). Child abuse and neglect. <http://www.childwelfare.gov>.
 Kellogg, Nancy, D. (2007). Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*. vol, 119, 1232 - 1241
 LiHc, Lopez, V. (2008). Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing child for surgery. <http://www.pubmed.com>.
 Medmax, Gac. (2003). History of child abuse. <http://www.A2Z.Psychology.com>
 Mcdonald, Kellycolleen. (2007). Child abuse: Approach and management. *American family physician*. vol, 75, N 2. <http://www.aafp.org/afp>.
 Molinari, Anna. (1997). Play therapy. <http://www.ematusov.com/cd170>.
 Philpot, Terry. (2005). Therapy with traumatized children. <http://www.Google.com>.
 Salters - Pedneault, Kristalyn. (2008). The relationship between child abuse and borderline personality disorder. <http://A2Z.Psychology.com>.
 Salzinger, Suzanne; Feldman, Richard, S; Ng - Mak, Daisy, S. (2001). The effect of physical abuse on children's social and affective status: a model of cognitive and behavioral processes explaining the association. *Journal of development and Psychopathology*, 13, 805 - 825.
 Westby, Carol, E. (2007). Child maltreatment: a global issue. *Language, speech & hearing services in schools*. vol. 38, 140 - 148
 Wikipedia. (2008). Play therapy. <http://en.wikipedia.org>.