



کهریزی، سمیه؛ مرادی، آسیه؛ مؤمنی، خدامراد (۱۳۹۴). اثربخشی شن بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش دبستانی. پژوهش های روانشناسی بالینی و مشاوره، ۵(۱)، ۱۷۴-۱۵۴.

اثربخشی شن بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش دبستانی

سمیه کهریزی^۱، آسیه مرادی^۲، خدامراد مؤمنی^۳

دریافت: ۱۳۹۲/۹/۲۰ پذیرش: ۱۳۹۴/۳/۳۰

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شن بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال رفتاری انجام شد. این پژوهش از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره بود. جامعه آماری شامل کودکان ۷-۵ ساله دارای اختلال رفتاری بود که در سال ۹۲-۹۱ در مراکز مهد کودک شهر کرمانشاه، قرار داشتند. روش نمونه گیری تصادفی ساده بود. ابتدا از بین مناطق سه گانه شهر کرمانشاه، شش مهد کودک (از هر منطقه دو مهد کودک) به تصادف انتخاب شد. ۵۴ کودک دارای اختلال رفتاری شناسی شدند. سپس بر اساس نقطه برش پرسشنامه و شرایط ورود و خروج از مطالعه، ۳۰ کودک (۱۰ دختر و ۲۰ پسر) به عنوان گروه نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش ۱۵ نفر و کنترل ۱۵ نفر قرار گرفتند. کودکانی که در گروه آزمایشی قرار داشتند به مدت ده جلسه هفتگی (۴۵ دقیقه در هفته) در فعالیت شن بازی به صورت انفرادی شرکت داده شدند در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. برای سنجش اختلال رفتاری و مؤلفه‌های آن از پرسشنامه اختلال رفتاری راتر فرم معلم (۱۹۶۷) استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان دادند که مداخله شن بازی درمانی، به کاهش مؤلفه‌های پرخاشگری/بیش‌فعالی، اضطراب/افسردگی، ناسازگاری و کمبود توجه در کودکان مبتلا به اختلال رفتاری منجر می‌شود. اما بر اختلال سلوک اثر معنی‌دار ندارد. چنین دستاوردی در پیگیری یک ماه حفظ شد. می‌توان نتیجه گرفت مداخله شن بازی در کاهش اختلال رفتاری کودکان مبتلا به اختلال رفتاری نقش مؤثری دارد.

کلید واژه ها: کودکان، اختلال رفتاری، شن بازی

۱. کارشناس ارشد روانشناسی (نویسنده مسئول)، Kahrizi.sahar@yahoo.com

۲. استادیار دانشگاه رازی کرمانشاه، گروه روانشناسی

۳. دانشیار دانشگاه رازی کرمانشاه، گروه روانشناسی

مقدمه

دوران کودکی از مهمترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد پایه ریزی می‌شود و شکل می‌گیرد. اغلب اختلالات و ناسازگاری‌های رفتاری پس از این دوران ناشی از کمبود توجه به دوران حساس کودکی و عدم هدایت صحیح در روند رشد و تکامل است. این بی‌توجهی منجر به عدم سازش و انطباق با محیط و بروز انحرافات گوناگون در ابعاد مختلف برای کودک می‌شود (Genna, Natacha, Dale & et, 2010). پس از چندین دهه پژوهش در زمینه روان‌شناسی مرضی و بر خلاف باور ابتدایی، نشان داده‌شد که کودکان و نوجوانان نیز در معرض خطر ابتلای به اختلال‌های روانی^۱ قرار دارند و در مجموع بین ۱۴ تا ۲۴ درصد از کودکان و نوجوانان با انواع مشکلات و اختلال‌های رفتاری و هیجانی دست به گریبانند (Zeng, 2007). پژوهش‌های انجام شده در فرهنگ‌های مختلف نشان داده است درصد قابل توجهی از کودکان سنین مدرسه و قبل از مدرسه دچار اختلال رفتاری^۲ هستند (Harland, Reijneveld, Brugman, Verloove-Vanhorick & Verhulst, 2002). اختلال‌های رفتاری، اختلال‌های شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای معلمان و خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری را ایجاد می‌کنند و با درصدهای بالایی از معضلات اجتماعی همراه هستند. تعاریف گوناگونی از اختلال‌های رفتاری ارائه شده که هر تعریفی بر جنبه‌های ویژه‌ای تأکید می‌کند اما همه تعاریف روی موارد زیر توافق نسبی دارند: (۱) این رفتارها افراطی هستند، رفتاری که با هنجارها تفاوت اندکی دارد، جزء این اختلال‌ها محسوب نمی‌شوند، (۲) اختلال‌های رفتاری مزمن هستند و به سرعت بر طرف نمی‌شوند. (۳) این رفتارها به دلیل ناهماهنگی با انتظارات اجتماعی- فرهنگی، مورد قبول جامعه قرار نمی‌گیرد (Shokohi-yekta & Parand, 2004).

اختلالات رفتاری کودکان طیف وسیعی شامل: بیش‌فعالی، پرخاشگری، اضطراب، افسردگی، ناسازگاری اجتماعی و اختلال سلوک است که نیازمند تشخیص و مداخله زود هنگام است (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas, 2005). اغلب کودکان با اختلالات رفتاری، احساسات منفی دارند و با دیگران بدر رفتاری می‌کنند. در بیشتر موارد معلمان و همکلاسی‌ها، آنان را طرد می‌کنند و در نتیجه فرصت‌های آموزشی آنان کاهش می‌یابد (Brown, 2007). از سوی دیگر انزوای اجتماعی این کودکان، موجبات پرخاشگری هرچه بیشتر آنان را فراهم می‌آورد. مجموعه این عوامل کودکان را در معرض خطر بروز رفتارهای ضداجتماعی قرار می‌دهد (Wolfe & Mish, 2006) پژوهش‌ها در مورد اختلالات رفتاری

1. mental disorders
2. behavioral disorders

کودکان نشان می‌دهد که اکثر بزرگسالان ضداجتماعی، تاریخچه‌ای طولانی از مشکلات رفتاری در دوران کودکی داشته‌اند (Rutter, Kreppner, O'connor, 2001).

همه مشکلات هیجانی و رفتاری با یکدیگر رابطه دارند و به ندرت می‌توان کودک یا نوجوانی را یافت که فقط یک مشکل رفتاری داشته باشد (Campbell, 2004). نتایج مطالعات نشان داده است که مشکلات رفتاری کودکان می‌تواند آثار طولانی مدتی بر سطح کنش وری رفتاری، جسمانی، شناختی و هیجانی بر جای گذارد (Smith, Katsiyannis & Ryan, 2011). چون با ایجاد مانع در راه اکتساب مهارت‌های متناسب با سن بر مسیرهای تحولی اثر می‌کند و کودکان را در معرض خطر مشکلات بعدی قرار می‌دهند (Patterson & Stoolmiller, 1991). به عبارتی دیگر این کودکان اغلب نمی‌توانند پاسخ‌های عاطفی و رفتاری متناسب با سن خود را تجربه کنند و با موانع یادگیری در محیط آموزشی مواجهه می‌شوند (Sausser & Waller, 2006).

مدارک و شواهد جمع‌آوری شده توسط سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که در سال ، اختلالات رفتاری و عاطفی کودکان و نوجوانان به بیش از ۵۰ درصد افزایش خواهد یافت و به عنوان پنجمین عامل ناتوانی در میان کودکان تبدیل خواهد شد (Wolfe & Mish, 2006). آثار مربوط به شیوع این عارضه در جوامع مختلف بین ۱۱/۸ درصد تا ۲۵ درصد متغیر است (Epen, Swady & Abou-saleh, 2007). مهرابی (Mehrabi, 2004) در پژوهشی در شهر اصفهان به این نتیجه رسید که ۱۳/۲ درصد دانش‌آموزان ابتدایی دارای معیارهای تشخیصی اختلالات رفتاری هستند. در پژوهشی دیگر میزان شیوع اختلالات رفتاری بر اساس طبقه بندی بالینی نظام مبتنی بر تجربه ۲۰/۳ درصد در طبقه بالینی و ۵/۸ درصد در طبقه مرزی قرار داشت (Qobari-banab & et, 2006).

یکی از روش‌های مورد استفاده در بهبود اختلالات رفتاری کودکان، بازی درمانی است (Taklavi, 2011). بازی افکار درونی کودک را با دنیای خارجی او ارتباط می‌دهد و باعث می‌شود که کودک بتواند اشیای خارجی را تحت کنترل خود در آورد (Wethinton, 2008). به عبارتی دیگر استفاده از بازی (Hughes, 2008) ویژگی اجتناب ناپذیر تشخیص و درمان کودکانی است که مشکل دارند. در همین جهت (Tampson & Roodlef, 2005) پیشنهاد کرده‌اند که به جای این عبارت فریود "درمان از راه صحبت" و به ویژه وقتی سخن از درمان کودکان به میان می‌آید، بهتر است از عبارت «درمان از راه بازی» استفاده شود. شن‌بازی شکل خاصی از بازی درمانی است که در دهه برای نخستین بار معرفی شد و در پایان این دهه از تجدید حیات مجددی برخوردار گشت (Mattson & Veldorale-Brogan, 2010). شن‌بازی

درمانی روشی برای درمان کودکان و بزرگسالان است که توسط دوراکالف^۱ (1980) ارائه شد. کالف اولین فردی بود که با کنار هم قرار دادن مجسمه‌های کوچک و شن و بکارگیری اصول نظریه یونگ، مراجعان خود را درمان کرد. شن بازی درمانی کالف روشی است غیر کلامی، نمادین و بر اساس تجربه‌های خلاق افراد که در آن کودک با ساختن دنیای خود در جعبه شن، به بیان تعارضات، تمایلات و هیجانانش می‌پردازد (Allan & Berry, 1987). در واقع این تکنیک بین خودآگاه و ناخودآگاه رابطه برقرار می‌کند و باعث توسعه و بازسازی اعتماد به نفس افراد می‌شود (Cunningham, 1997).

درمانگران شن بازی کالفی بر این باورند که تصاویر ساخته شده در شن که توسط مراجع خلق شده است، اغلب بازنمایی از کهن الگوهای مختلف برای بیان جهان خود است (Sue Dawson, 2012). فرض کلیدی در شن بازی درمانی این است که مواد انتخاب شده و نحوه قرار دادن اشیاء کوچک در جعبه شن منعکس‌کننده نگرانی‌ها و مسائل مربوط به مراجع و عینی و برون‌سازی این نگرانی‌هاست. این فرایند به درک بیشتر و تسلط نهایی بر مشکلات منجر می‌شود (Landreth, 1993).

از زمانی که شن بازی به عنوان مداخله درمانی پذیرفته شد، مطالعات مختلفی به اثربخشی آن پرداختند و در بسیاری از مطالعات برای دامنه وسیعی از مشکلات بزرگسالان و کودکان استفاده شده است. این مطالعات حاکی از آن است که شن بازی درمانی بر سلامت روانی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری شرکت‌کنندگان (اغلب نوجوان و بزرگسال) تأثیرگذار است (Wang Flahive & Ray, 2007). افسردگی^۲ و احساس تنهایی آن‌ها را کاهش می‌دهد (Mi-yung & Kim, 2012). عزت نفس را افزایش می‌دهد (Botha, 2010). و از طریق تأثیرگذاری بر رفتارهای تکانشی^۳ و پرخاشگرانه باعث بهبود مهارت‌های اجتماعی می‌شود (Allan & Berry, 1987). مطالعه‌ی (Wen, Risheng, Haslam & Zhilikh, 2011) حاکی از تأثیرگذاری شن بازی درمانی بر کاهش نشانه‌های اجتناب اجتماعی^۴ و اضطراب در دانشجویان چینی و بهبود آگاهی اجتماعی بوده است.

در مطالعه‌ی دیگر (Sue Dawson, 2012) از شن بازی درمانی برای بهبود نشانه‌های افسردگی در نوجوانان افسرده استفاده کرد و متوجه شد که این نوع مداخله تأثیر مثبت معنی‌داری در کاهش نشانه‌های افسردگی دارد. همچنین در یادگیری و رشد عاطفی و رفتاری کودکان (Unnsteinsdottir, 2012) کاهش

1. Kalf, D
 2. depression
 3. impulsive behavior
 4. social avoidance

مشکلات عاطفی - هیجانی (Richards, Pillay & Fritz, 2012) و توسعه مهارت‌های ارتباطی بین فردی (Cao, Shan, Xu & Xu, 2013) مؤثر است.

در هر حال، پژوهش درباره اثربخشی شن‌بازی درمانی در کاهش اختلالات رفتاری در کودکان به صورت بسیار محدود انجام شده است و تا به حال پژوهشی در خصوص اثرات شن‌بازی درمانی در کاهش اختلالات رفتاری کودکان انجام نشده است. با توجه به شواهدی مبنی بر بالا بودن میزان اختلالات رفتاری در کودکان ایرانی و پیامدهای منفی این متغیر در زندگی آن‌ها و اطرافیان، هدف از اجرای این مطالعه تعیین اثربخشی شن‌بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی است. فرضیه این مطالعه عبارت است از: شن‌بازی درمانی باعث کاهش اختلال رفتاری (و مؤلفه‌های آن) در کودکان می‌شود.

روش

تحقیق حاضر از نوع طرح‌های آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون^۱ پس‌آزمون با گروه کنترل است. روش پردازش داده‌ها در سطح توصیفی با استفاده از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکنندگی است. در سطح استنباطی نیز آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شده است. در این مطالعه متغیر وابسته (اختلال رفتاری) در دو گروه (آزمایشی و کنترل) در سه نوبت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (یک ماه پس از پایان مداخله) اندازه‌گیری شده‌اند. جامعه آماری مطالعه شامل تمام کودکان دارای اختلال رفتاری مهد کودک و پیش‌دبستانی زیر نظر بهزیستی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۱ می‌شد. در این مطالعه از روش نمونه برداری تصادفی ساده استفاده شد. پس از مراجعه به سازمان بهزیستی شهر کرمانشاه، شش مهد-کودک (از هر منطقه دو مهد کودک) به صورت تصادفی انتخاب شد. پس از آن پرسشنامه اختلال رفتاری کودکان توسط مربیان برای تمام کودکان (۵ تا ۷ سال) تکمیل شد. از (۳۲۴) پرسشنامه ارائه شده، ۳۲۰ پرسشنامه قابل نمره گذاری بازگردانده شد. در مرحله بعد پس از تصحیح پرسشنامه‌ها، ۵۴ کودک دارای اختلال رفتاری انتخاب شدند. که در نهایت با توجه به شرایط ورود و خروج آزمودنی‌ها، ۳۰ کودک (۱۰ دختر و ۲۰ پسر) که دامنه سنی آنها بین ۵ تا ۷ سال ($M=5/67$ ، $SD=0/61$) بود، به شیوه جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایشی و کنترل گمارده شدند. لازم به یادآوری است که مربیان در یک جلسه آموزشی به مدت ۲ ساعت جهت تکمیل پرسشنامه‌ها شرکت کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS^{۱۸} انجام پذیرفت. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه پژوهشی را نشان می‌دهد.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه نمونه

گروه	جنس	رتبه	تحصیلات پدر			تحصیلات مادر		
			زیردپلم	دپلم	تحصیلات عالی	زیردپلم	دپلم	تحصیلات عالی
آزمایش	دختر	۶	۱	۳	۴	۱	۶	۸
	پسر	۹	۲	۳	۳	۱	۶	۸
	%	۴۰	۶۰	۳۰	۲۶/۶۷	۵۳/۳۳	۶/۶۷	۴۰
کنترل	دختر	۴	۲	۲	۳	۳	۵	۷
	پسر	۱۱	۲	۲	۲	۳	۵	۷
	%	۲۶/۶۷	۳۳/۳۳	۱۳/۲۴	۱۳/۳۳	۲۰	۶۶/۶۷	۲۰

شرایط ورود به مطالعه آزمودنی‌ها عبارت بود از: کسب نمره برابر یا بالاتر از ۱۳ در آزمون اختلال رفتاری راتر، رضایت والدین، گذشت حداقل شش ماه از ثبت نام در مهد کودک، زندگی در کنار پدر و مادر است. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: داشتن اختلال بارز گفتاری، شنوایی، بینایی و حرکتی، استفاده از روش‌های دیگر درمانی (مشاوره ای و یا پزشکی) می‌شد.

بعد از انتخاب و جایگزینی تصادفی کودکان در گروه‌های آزمایش و گواه، کودکان حاضر در گروه آزمایشی به مدت ۱۰ جلسه تحت مداخله قرار گرفتند. طبق طرح تحقیقی انتخاب شده، در فرایند اجرای مداخله برای مقایسه دو گروه آزمایشی و گواه، در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و یک ماه پس از مداخله (پیگیری) پرسشنامه‌ها مجدداً توسط مربیان کامل شد.

در این مطالعه، مداخله‌ای که برای گروه آزمایش اجرا شد عبارت بود از مداخله به کمک شن بازی درمانی (بر اساس کتاب راهنمای گام به گام شن بازی درمانی) است. مداخله توسط پژوهشگر به مدت دو ماه و نیم به صورت هفتگی در ۱۰ جلسه (چهل و پنج دقیقه) اجرا شد. در این مطالعه، مداخله‌ای که برای گروه آزمایش انجام شد عبارت بود از برنامه شن بازی درمانی که توسط بویک و گودوین (۲۰۰۰) تدوین شده است.

ابزار گردآوری داده‌ها

پرسش نامه اختلال رفتاری راتر فرم B (فرم معلم): این آزمون توسط راتر (Rutter, 1967) جهت تمایز گذاشتن بین کودکان بهنجار و کودکان دارای مشکلات رفتاری تنظیم شده است. پرسشنامه راتر فرم B شامل ۲۶ سؤال می باشد که به شیوه لیکرت (۰-۲) نمره گذاری می شود. نقطه برش مقیاس ۹ می باشد و کودکانی که نمره ۹ یا بیشتر می گیرند به عنوان کودکان دارای اختلال شناخته می شوند (Rutter, 1967). در پژوهش اولیه راتر و همکاران (Rutter & et, 1967) که در مورد ۹۱ کودک انجام شد، میزان توافق پرسشنامه با تشخیص روانپزشک اطفال ۷۶/۶ درصد گزارش شده که در سطح ۰/۰۱ معنی دار بوده است. در پژوهش دیگری که توسط راتر و همکاران (Rutter & et, 1975) صورت گرفت درصد توافق حدود ۶۱/۵ درصد گزارش گردید.

راتر (Rutter, 1985) پایایی این پرسشنامه را از طریق بازآزمایی به فاصله سیزده هفته در حدود ۸۵٪ گزارش کرده است. ضریب پایایی بازآزمایی (با فاصله دو ماه) ۰/۷۴ برای فرم والدین و ۰/۸۹ برای فرم معلم گزارش شده است. همچنین همبستگی بین پاسخ های پدران و مادران ۰/۶۴ و بین نمره گذاری دو معلم ۰/۷۲ بود. این پرسشنامه توسط دکتر مهریار و یوسفی (Mahyar & Usefi, 1991) برای ارزیابی مشکلات رفتاری کودکان ایرانی (شیراز) بکار گرفته شد. دکتر مهریار و همکارانش با توجه به فرهنگ جامعه ایرانی ۶ سؤال به آن افزوده اند. طبق تحقیق راتر (Rutter, 1967) نمره ۹ جهت تمایز بین کودکان هنجار و دارای مشکل در نظر گرفته شد ولی در ایران بعد از تغییراتی که توسط دکتر مهریار و همکارانش صورت گرفت نمره ۱۳ و بالاتر جهت این تفاوت گذاری تعیین شد. این پرسشنامه ۵ بعد مختلف اختلالات رفتاری را در بر می گیرد که عبارتند از: پرخاشگری و بیش فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضد اجتماعی و اختلال کمبود توجه. این پرسشنامه از روایی قابل قبولی در ایران برخوردار است. مهریار و یوسفی روایی این پرسشنامه را به شیوه تشخیص روانپزشک و پرسشنامه راتر بدست آوردند که در نتیجه میزان توافق در وجود اختلالات رفتاری در سطح ۰/۰۱ معنی دار بوده است. پایایی این پرسشنامه نیز معتبر است. عدل (aadi, 1993) با به کار بردن روش های دونیمه کردن و بازآزمایی ضریب همبستگی پرسشنامه را به ترتیب ۶۸٪ و ۸۵٪ گزارش کرده است که هر دو روش در سطح ۰/۰۱ معنی دار بوده اند. یوسفی (Usefi, 1998) پرسش نامه اختلال راتر ویژه معلمان را به همراه آزمون بندر گشتالت اجرا نمودند و ضریب همبستگی ۰/۹۶ را به دست آوردند. علیخانی (alikhani, 1997) با بکار بردن روش های دو نیمه کردن و بازآزمایی، ضریب هم بستگی، این پرسش نامه را به ترتیب ۶۸٪ و ۸۵٪ گزارش کرده است که هر دو در سطح ۰/۰۱ معنی دار

بودند. در پژوهشی ابوالقاسمی، نریمانی (Abo-Alghasemi, Narimani, 2005) ضرایب پایایی دو نیمه سازی و آلفای کرونباخ این پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۹۱ گزارش کردند.

شیوه اجرا

آزمودنی‌های گروه آزمایش به صورت انفرادی در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای حاضر می‌شوند و با وسایل و اشیاء سمبولیک بازی می‌کنند. در این روش نقش پژوهشگر/آزمونگر، ثبت مشاهدات بالینی و حالات و رفتارهای آزمودنی‌ها در طی تمامی جلسه‌ها با استفاده از نشان دادن عکس العمل متناسب با موقعیت است. هم‌چنین پژوهشگر/آزمونگر باید در پایان هر جلسه از تصاویری که مراجعان می‌سازند عکس تهیه کند و با آنها درباره محتوای تصاویر گفتگو کند. اداره ی جلسه‌ها به روش غیرمستقیم است، به صورتی که آزمودنی‌ها هدایت جلسه را به عهده دارند و پژوهشگر/آزمونگر تنها در مواردی مداخله می‌کند که آزموننی سؤال داشته و یا نیازی احساس شود. اصول بازی در این روش مداخله، مبتنی بر اصول بازی درمانی اکسلاین (Oxlin, 1947) است که مواردی مانند(ایجاد ارتباط عاطفی با کودک، رهبر بودن کودک در جلسه درمان، حفظ احترام کودک) را شامل می‌شود (Boik & Goodwin, 2000).

جدول ۲. خلاصه برنامه گام به گام شن بازی درمانی

(بر اساس کتاب راهنمای گام به گام شن بازی درمانی؛ Boik & Goodwin, 2000).

مرحله اول: خلق کردن دنیا

الف: معرفی شن بازی به مراجع

- ایجاد یک فضای ایمن، محافظت شده و آزاد.
- معرفی دوباره سینی‌ها و ظروف، اشیاء، فرایند و مراحل انجام کار به مراجع.
- به کودک بگویید که ما برخی اوقات از شن برای این موضوع استفاده می‌کنیم که به ما داستانی را بگوید، یا این که با آن درباره چیزی صحبت می‌کنیم، یا این که با شن تصویری از آن چه درباره آن فکر می‌کنیم یا احساسی که داریم استفاده می‌نماییم.
- قرار دادن خودمان در موقعیتی که مراجع با آن احساس راحتی داشته باشد.
- به کودک بگویید که در انجام شن بازی هیچ روش و کار اشتباهی برای انجام بازی وجود ندارد.
- او هر چه بخواهد خلق کند را می‌تواند با آن درست کند.
- او می‌تواند با شن بازی کند و از هر شی و جسمی که روی میز است برای گفتن داستان استفاده نماید.
- به مراجع بیاموزید که وقتی کارش تمام شد شما را آگاه کند.

ب: ساختن دنیا

- کودک هر صحنه‌ای را که بخواهد خلق می‌کند.
- بدون این که در کار کودک دخالت کنید و یا این که تفسیری برای او انجام دهید، شاهد کار او باشید به او افتخار کنید و به او احترام بگذارید.
- مراجعان می‌توانند دنیا را با و یا بدون کمک اشیا و بسازند.
- ساکت بمانید و کاملاً متوجه و مراقب اوضاع باشد.

مرحله دوم: تجربه کردن و آرایش دوباره دنیا

الف: تجربه کردن

- شما می‌توانید بگویید: این تصویر درست مانند یک دنیا است. این تصویر یک مکان خاص و ویژه است، زمان کوچکی را صرف این موضوع کنید که وانمود نمایید شما در این مکان زندگی می‌کنید. شما می‌توانید بلند شده و اگر دوست دارید در اطراف آن قدم بزنید و از تمامی جهت‌های مختلف آن دنیا را ببینید.
- مراجع را تشویق کنید که کاملاً دنیا را با تمام وجود تجربه نماید.
- وقتی که مراجع نسبت به آن دنیا واکنش نشان می‌دهد شما ساکت بنشینید (این زمان همان زمان تجربه کردن عمیق است).
- به کودک اجازه دهید که اگر خواست هر تغییری را که دوست دارد در دنیای خود ایجاد نماید.
- با اعمال تغییرات مراجع هم اگر بخواهد می‌تواند آن دنیا را ترک نماید
- به مراجع زمان دهید تا دوباره آن دنیایی را که تغییر یافته است را تجربه کند.

مرحله سوم: درمان

الف: گردش در دنیا

- در همان طرفی که مراجع ایستاده است به او ملحق شوید.
- از کودک پرسید که آیا می‌تواند راهنما و یا معلم شما باشد و همه چیز را درباره آن دنیا به شما بگوید یا خیر، یا این که به شما بگوید در آن دنیا چه اتفاقی در حال رخ دادن است. از کودک پرسید آیا ایرادی ندارد وقتی که در حال صحبت کردن در مورد آن دنیا می‌باشد از او سوالاتی پرسید.
- اگر کودک درباره این مرحله از کار مشکلاتی داشت، شما می‌توانید از کودک بخواهید که از تصور و خیال خود استفاده نماید و برای شما هر داستانی را تعریف کند که او می‌خواهد درباره دنیایی که خلق کرده است روی دهد.
- به احساسات کودک درباره آن دنیا واکنش نشان دهید.
- به زبان و نشانه‌های غیر کلامی در هنگام تعریف کردن داستان توجه کامل داشته باشد.
- مراجع را تشویق کنید که همان احساساتی را که در او بروز می‌کند نشان دهد.

ب: مداخله های درمانی :

- سولاتی درباره آن دنیا پرسید، تنها به همان مواردی واکنش نشان دهید که مربوط به مراجع است و مشتری به آن اشاره می کند.
- تمرکز خود را بر روی اشیا داخل و بر روی میز (سینی) جلب کنید.
- شما می توانید از اشیا داخل سینی و دنیا نیز بخواهید که با یکدیگر صحبت کنند.
- شما می توانید از کودک بخواهید با استفاده از اشیا یک تور گردشی برای شما در سینی شن را خلق کند.
- شما می توانید از کودک بخواهید که به شما نشان دهد در آن سینی (دنیا) چه اتفاقی در حال رخ دادن است (آن اتفاقی را که در حال رخ دادن است را بازی کند).
- اگر کسی در داخل آن دنیا و سینی نیاز به کمک داشت، شما می توانید از کودک بخواهید که یک شخصیت و یا شی دیگری را وارد آن دنیا کند تا بتواند مانند یک کمک دهنده در آن جا برای آن فرد عمل کند.
- نحوه مداخلات درمانی خود را برای این کار انتخاب کرده و به کار ببرید (برای مثال روش های گشتالت، نمایش اخلاقی و انتقادی، نمایش مصور، ساختار بندی دوباره ادراکی، هنر درمانی).

مرحله چهارم: سند برداری (مستند سازی)

الف: تصویر برداری مشتری

- اجازه دادن به مراجع برای تصویر برداری از دنیا از هر زاویه ای که خودش بخواهد.
- اگر که این تصویر یک عکس زود ظاهر شونده باشد، مراجع می تواند آن را با خود به خانه ببرد. اگر که آن تصویر با یک دوربین دیجیتال گرفته شد، در جلسه بعد آن عکس را به کودک بدهید.

ب: عکس برداری درمانگر:

- با اجازه مراجع، می توانید برای استفاده ها و کاربردهای آینده، تصاویری را از آن دنیا داشته باشد.

مرحله پنجم: مرحله گذار و انتقال

الف: معنا سازی - ساختن

- شما می توانید از کودک بخواهید توضیح دهد که چه طور آن دنیا را ساخته است.
- شما می توانید این طور بگویید: زندگی تو در چه زمان هایی و به چه صورتی شبیه به این بازی و دنیای شنی است.
- شما می توانید بگویید: چه چیزی در این دنیا و بازی شنی وجود دارد که تو بخواهی آن را به یاد بیاوری.
- به یاد داشته باشد که همیشه به دنبال رفتار کودک حرکت کنید.

ب: ارتباط دادن این بازی و دنیای شنی با زندگی و دنیای واقعی مراجع

- اگر کودک ارتباطاتی را بین بازی شنی و زندگی خودش ایجاد کرد، به کودک کمک کنید تا بتواند آن اتفاقی را که در حال رخ دادن است را درک کند.
- به مراجع کمک کنید که دنیا را به صورتی با معنا تبدیل نماید.
- مراجع را ترغیب کنید که به این نکته توجه کند که چه طور موارد و مسائل داخل این دنیای شنی در زندگی روزمره او نمود پیدا کرده و نشان داده می شود.

- با خاطرات و یا مسائل جاری زندگی او ارتباط ایجاد کنید.
- از روش‌های عملی و کاربردی برای مراجع استفاده کنید تا بتواند به وسیله آن‌ها موقعیت‌های خطرناک، تهدید-کننده و غیر راحت را که برایش رخ می‌دهد، درک کرده و با آن‌ها کنار بیاید.

مرحله ششم: خراب کردن و ویران نمودن دنیا

الف: درک کردن دنیا

- پس از این که مراجع اتاق را ترک کرد، دنیای او را کاملاً تخریب نمایید، مراحل و روند انجام کار با مراجع را گزارش کرده.

ب: پاک کردن دنیا

- به تغییراتی که رخ داده است توجه نمایید.
- اشیا را در مکان‌های مناسب بر روی قفسه‌ها جابجا نمایید.
- نکته برداری‌های خود را تکمیل کنید.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر آزمودنی‌های گروه آزمایش شامل ۱۵ نفر (۶ دختر و ۹ پسر) و گروه کنترل نیز شامل ۱۵ نفر (۴ دختر و ۱۱ پسر) بود. میانگین سنی آزمودنی‌ها (۵/۶۷ سال، انحراف استاندارد ۰/۶) است. شاخص‌های توصیفی نمره کلی اختلالات رفتاری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمره اختلال‌های رفتاری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل

مرحله	متغیر	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	پر خاشگری / بیش‌فعالی	۳/۲۷	۳/۳۹	۴/۷	۴/۷۹
	اضطراب / افسردگی	۴/۲۷	۲/۰۵	۴/۳۳	۱/۹۱۵
	ناسازگاری اجتماعی	۵	۲/۳	۴/۶۷	۱/۶۷
	اختلال سلوک	۲/۲۷	۱/۷۱	۱/۳۵	۱/۴
	کمبود توجه	۴/۶	۲/۰۲	۲/۷۳	۱/۸۷
پس‌آزمون	پر خاشگری / بیش‌فعالی	۳/۲۷	۳/۳۹	۷/۴۰	۴/۷۶۳
	اضطراب / افسردگی	۲/۲۷	۱/۵۴۳	۴/۳۳	۱/۹۱
	ناسازگاری اجتماعی	۲/۹۳	۲/۰۱	۶	۲/۶۱
	اختلال سلوک	۱/۲۷	۱/۷	۱/۲۵	۱/۶۲
	کمبود توجه	۴/۲	۲/۸۵	۵/۲	۳/۰۲
پیگیری	پر خاشگری / بیش‌فعالی	۲/۹۳	۳/۱۵۰	۷/۵۳	۴/۷۷۹
	اضطراب / افسردگی	۱/۸۷	۱/۳۲	۵/۳	۱/۸۸۵

۲/۶۸	۶/۰۷	۱/۹۱	۲/۶۷	ناسازگاری اجتماعی
۱/۳۴	۱/۶۷	۲/۶۸	۶/۰۷	اختلال سلوک
۲/۹۴	۵/۱۳	۱/۵۶	۲/۴	کمبود توجه

با ملاحظه جدول ۳ می توان به تفاوت بسیار زیاد نمره های کودکان در مرحله اصلی و پیگیری در اختلال رفتاری و مؤلفه های آن در گروه آزمایش و کنترل پی برد. برای بررسی پیش فرض های مانکوا، ابتدا همگنی شیب پیش آزمون ها با پس آزمون ها محاسبه شد، در جدول ۴ همگنی شیب پیش آزمون های پرخاشگری/بیش فعالی، اضطراب/افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتار ضداجتماعی، کمبود توجه با پس آزمون پرخاشگری/بیش فعالی، اضطراب/افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتار ضداجتماعی، کمبود توجه آمده است.

جدول ۴. همگنی شیب پیش آزمون های مؤلفه های اختلال رفتاری

متغیرها	نام آزمون	مقدار	F	t	تقریباً	معیار	سطح
گروه * پیش آزمون پر خاشگری/بیش فعالی	آزمون اثر پیلایی	۰/۵۸۷	۴/۸۲۶	۵	۱۷	۰/۱۶	
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۱۳	۴/۸۲۶	۵	۱۷	۰/۱۶	
	آزمون اثر هتلینگ	۱/۴۱۹	۴/۸۲۶	۵	۱۷	۰/۱۶	
	آزمون بزرگترین ریشه وری	۱/۴۱۹	۴/۸۲۶	۵	۱۷	۰/۱۶	
گروه * پیش آزمون اضطراب/افسردگی	آزمون اثر پیلایی	۰/۸۰۴	۱۳/۹۲۳	۵	۱۷	۰/۲۶۵	
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۹۶	۱۳/۹۲۳	۵	۱۷	۰/۲۶۵	
	آزمون اثر هتلینگ	۴/۰۹۵	۱۳/۹۲۳	۵	۱۷	۰/۲۶۵	
	آزمون بزرگترین ریشه وری	۴/۰۹۵	۱۳/۹۲۳	۵	۱۷	۰/۲۶۵	
گروه * پیش آزمون ناسازگاری اجتماعی	آزمون اثر پیلایی	۰/۵۰۹	۳/۵۲۹	۵	۱۷	۰/۳۷۰	
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۹۱	۳/۵۲۹	۵	۱۷	۰/۳۷۰	
	آزمون اثر هتلینگ	۱/۰۳۸	۳/۵۲۹	۵	۱۷	۰/۳۷۰	
	آزمون بزرگترین ریشه وری	۱/۰۳۸	۳/۵۲۹	۵	۱۷	۰/۳۷۰	
گروه * پیش آزمون اختلال سلوک	آزمون اثر پیلایی	۰/۲۲۳	۰/۹۷۷	۵	۱۷	۰/۴۶۰	
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۷۷۷	۰/۹۷۷	۵	۱۷	۰/۴۶۰	
	آزمون اثر هتلینگ	۰/۲۸۷	۰/۹۷۷	۵	۱۷	۰/۴۶۰	
	آزمون بزرگترین ریشه وری	۰/۲۸۷	۰/۹۷۷	۵	۱۷	۰/۴۶۰	
گروه * پیش آزمون کمبود توجه	آزمون اثر پیلایی	۰/۵۹۱	۴/۹۱۷	۵	۱۷	۰/۱۸۶	
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۰۹	۴/۹۱۷	۵	۱۷	۰/۱۸۶	
	آزمون اثر هتلینگ	۱/۴۴۶	۴/۹۱۷	۵	۱۷	۰/۱۸۶	

۰/۱۸۶	۱۷	۵	۴/۹۱۷	۱/۴۴۶	آزمون بزرگترین ریشه‌وری	
۰/۴۶۰	۳۶	۱۰	۱/۰۰۳	۰/۴۳۶	آزمون اثر پیلایی	گروه * پیش آزمون
۰/۴۶۰	۳۴	۱۰	۰/۹۹۲	۰/۵۹۹	آزمون لامبدای ویلکز	* پرخاشگری / بیش
۰/۴۶۰	۳۲	۱۰	۰/۹۷۷	۰/۶۱۰	آزمون اثر هتلینگ	فعالی * اضطراب / افسردگی *
۰/۴۶۰	۱۸	۱۰	۱/۷۷۰	۰/۴۹۲	آزمون بزرگترین ریشه‌وری	ناسازگاری اجتماعی * اختلال سلوک * کمبود توجه

همان طور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود گروه * پیش آزمون پرخاشگری / بیش فعالی نشان می‌دهد میان پیش آزمون و پس آزمون پرخاشگری / بیش فعالی در گروه آزمایش و کنترل تفاوتی وجود ندارد. همچنین گروه * پیش آزمون اضطراب / افسردگی نشان می‌دهد میان پیش آزمون و پس آزمون اضطراب / افسردگی در گروه آزمایش و کنترل تفاوتی وجود ندارد. در گروه * ناسازگاری اجتماعی نشان می‌دهد میان پیش آزمون و پس آزمون ناسازگاری اجتماعی در گروه آزمایش و کنترل تفاوتی وجود ندارد. گروه * اختلال سلوک نشان می‌دهد میان پیش آزمون و پس آزمون اختلال سلوک در گروه آزمایش و کنترل تفاوتی وجود ندارد. همچنین گروه * پیش آزمون کمبود توجه نشان می‌دهد میان پیش آزمون و پس آزمون کمبود توجه در گروه آزمایش و کنترل تفاوتی وجود ندارد. سطح معنی‌داری گروه * پیش آزمون * پرخاشگری / بیش فعالی * اضطراب / افسردگی * ناسازگاری اجتماعی * اختلال سلوک * کمبود توجه نشانگر آن است که شیب میان ترکیب خطی پیش آزمون‌ها با ترکیب خطی پس آزمون‌ها برای گروه آزمایش و کنترل یکسان است. با وجود این شرط، مهم‌ترین شرط تحلیل کوواریانس یعنی پیش آزمون و پس آزمون‌ها یکسان است و تفاوتی بین آنها وجود ندارد، برقرار است.

جدول ۵. همگنی میان شیب ترکیب خطی پیش آزمون‌های مؤلفه‌های اختلال رفتاری

با پس آزمون مؤلفه‌های اختلال رفتاری

منابع	متغیرهای وابسته	مجموع آزادی درجه	مجددورات	میانگین	F	سطح معنی داری
گروه * پیش آزمون	پرخاشگری / بیش فعالی	۲/۱۱۰	۲	۱/۰۵۵	۲/۲۴۹	۰/۱۳۰
* پرخاشگری / بیش	اضطراب / افسردگی	۳/۳۵۴	۲	۱/۶۷۷	۰/۶۷۹	۰/۵۱۸
فعالی * اضطراب / افسردگی *	ناسازگاری اجتماعی	۰/۷۷۱	۲	۰/۳۸۶	۰/۱۹۷	۰/۸۲۳
ناسازگاری اجتماعی * اختلال	رفتار ضد اجتماعی	۶/۴۰۲	۲	۳/۰۲۱	۰/۵۷۷	۰/۰۵۲
سلوک * کمبود توجه	کمبود توجه	۴/۰۱۴	۲	۲/۰۰۷	۰/۵۸۶	۰/۵۶۵

این یافته نشانگر آن است که شیب میان ترکیب خطی پیش آزمون‌ها با متغیر پس آزمون پرخاشگری / بیش فعالی و شیب ترکیب خطی پیش آزمون‌ها با متغیر پس آزمون اضطراب / افسردگی و شیب

ترکیب خطی پیش آزمون‌ها با متغیر پس آزمون ناسازگاری اجتماعی و شیب میان ترکیب خطی پیش آزمون‌ها با متغیر اختلال سلوک و شیب میان ترکیب پیش آزمون‌ها با متغیر پس آزمون کمبود توجه تفاوتی نمی‌کند. بنابراین، با توجه به جدول‌های ۵ و ۶ می‌توان گفت که مهمترین پیش فرض کواریانس برقرار است یعنی شیب خط‌های رگرسیونی یکسان است. اما پیش فرض دیگر کواریانس برابری کواریانس‌ها است که برای بررسی آن از آزمون لوین استفاده شد.

جدول ۶. نتایج آزمون لوین بر مؤلفه‌های اختلال رفتاری

سطح معنی داری	df _r	df ₁	F	متغیر
۰/۵۰۸	۲۸	۱	۰/۴۵۰	پرخاشگری/بیش‌فعالی
۰/۳۸۴	۲۸	۱	۰/۷۸۳	اضطراب/افسردگی
۰/۱۱۵	۲۸	۱	۲/۶۴۴	ناسازگاری اجتماعی
۰/۹۵۵	۲۸	۱	۰/۰۰۳	اختلال سلوک
۰/۷۶۷	۲۸	۱	۰/۱۹	کمبود توجه

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود مقدار F لوین برای تمام مؤلفه‌های اختلال رفتاری در سطح $P < ۰/۰۵$ معنی‌دار نبود. بنابراین مفروضه همگنی کواریانس داده‌ها و برقراری شیب رگرسیون مورد استفاده قرار می‌گیرد و استفاده از آزمون تحلیل کواریانس برای فرضیه‌ها با پیش فرض همگنی کواریانس بلامانع ارزیابی گردید.

جدول ۷. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون

مؤلفه‌های اختلال رفتاری گروه‌های آزمایش و کنترل، با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری
آزمون اثر پیلایی	۰/۸۳۰	۱۸/۵۴۳	۵	۱۹	۰/۰۵
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۷۰	۱۸/۵۴۳	۵	۱۹	۰/۰۵
آزمون اثر هتینگ	۴/۸۹۵	۱۸/۵۴۳	۵	۱۹	۰/۰۵
آزمون بزرگترین ریشه وری	۴/۸۹۵	۱۸/۵۴۳	۵	۱۹	۰/۰۵

نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیری در جدول (۷) ارائه شده است. از نتایج می‌توان استنباط کرد که مداخله‌ی آزمایش حداقل بر یکی از متغیرهای وابسته (پرخاشگری/بیش‌فعالی، اضطراب/افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، اختلال سلوک و کمبود توجه) اثربخش بوده است.

برای روشن شدن این مطلب که مداخله‌ی آزمایشی به چه نحوی تک تک متغیرهای وابسته را تحت تأثیر قرار داده است از تحلیل کوواریانس مجزا که در متن تحلیل مانکوا ارائه شده است، استفاده می‌گردد.

جدول ۸. تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا برای تأثیر شن بازی درمانی بر مؤلفه‌های اختلال رفتاری

توان آزمون	سطح معنی داری	F	میانگین	مجدورات	درجه آزادی	مجموع	مجدورات	متغیر وابسته	معنی تفاوت
۰/۵۲۶	۰/۰۱	۲۵/۵۵۸	۴۶/۵۸۱	۱	۴۶/۵۸۱			پرخاشگری/بیش فعالی	
۰/۶۶۰	۰/۰۱	۴۴/۷۲۲	۱۰۷/۴۱۸	۱	۱۰۷/۴۱۸			اضطراب/افسردگی	
۰/۳۹۹	۰/۰۱	۱۵/۲۶۷	۷/۹۳۸	۱	۷/۹۳۸			ناسازگاری اجتماعی	
۰/۰۷۶	۰/۱۸۴	۱/۸۷۸	۳/۰۲۴	۱	۳/۰۲۴			اختلال سلوک	گروه
۰/۵۰۱	۰/۰۱	۲۳/۱۲۱	۷۶/۳۴۹	۱	۷۶/۳۴۹			کمبود توجه	

فرضیه اول: شن بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری/بیش فعالی کودکان مؤثر است.

بر اساس نتایج تحلیل کوواریانس (جدول ۸)، بین این دو گروه (آزمایش و کنترل) در حیطه کاهش پرخاشگری/بیش فعالی ($F=25/558, P<0/05$) با توان ۰/۵۲، اضطراب/افسردگی ($F=44/722, P<0/05$) با توان ۰/۶۶، ناسازگاری اجتماعی ($F=15/267, P<0/05$) با توان ۰/۳۹ و کمبود توجه ($F=23/121, P<0/05$) با توان ۰/۵۰ تفاوت معنی داری وجود دارد. و شن بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری/بیش فعالی، اضطراب/افسردگی، ناسازگاری اجتماعی و کمبود توجه مؤثر بوده است.

اما بین گروه آزمایش و کنترل در حیطه اختلال سلوک تفاوت معنی داری ($F=1/878, P>0/05$) وجود ندارد. و شن بازی درمانی تأثیری بر کاهش اختلال سلوک نداشته است.

در ادامه برای بررسی اثر تداوم مداخله بر گروه آزمایش، از آزمون t وابسته برای مقایسه نمره‌ی مؤلفه‌های اختلال رفتاری گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری استفاده شد که نتایج آن در جدول (۹) درج شده‌اند.

جدول ۹. نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه نمره‌ی مؤلفه‌های اختلال رفتاری کودکان

گروه آزمایش (۱۵ نفر) در مراحل پس آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معنی داری
پرخاشگری/بیش فعالی	پس آزمون	۳/۲۷	۳/۳۹	۲۹	۱	۰/۳۳۶
	پیگیری	۲/۹۳	۳/۱۵۰			
اضطراب/افسردگی	پس آزمون	۲/۲۷	۱/۵۴۳	۲۹	۱/۲۷	۰/۲۱۱
	پیگیری	۱/۸۷	۱/۳۲			
ناسازگاری اجتماعی	پس آزمون	۲/۹۳	۲/۰۱	۲۹	۱/۱۴	۰/۲۶۴
	پیگیری	۲/۱۷	۱/۹۱			
اختلال سلوک	پس آزمون	۲/۲۷	۱/۷۱	۲۹	۲/۲۶۲	۰/۴۹۳
	پیگیری	۶/۰۷	۲/۶۸			
کمبود توجه	پس آزمون	۴/۲	۲/۸۵	۲۹	۱/۲۶	۰/۳۱۰
	پیگیری	۲/۴	۱/۵۶			

همان گونه که در جدول ۹ مشاهده می شود، در گروه آزمایش که مداخله شن بازی درمانی را دریافت کرده اند، میزان پرخاشگری/بیش فعالی ($t=1$ و $P>0/05$)، اضطراب/افسردگی ($t=1/27$ و $P>0/05$)، ناسازگاری اجتماعی ($t=1/14$ و $P>0/05$) و کمبود توجه ($t=1/26$ و $P>0/05$) در مرحله پیگیری نسبت به پس آزمون تفاوت معنی داری نکرده است.

به عبارت دیگر اثر مداخله شن بازی بر کاهش پرخاشگری/بیش فعالی، اضطراب/افسردگی، ناسازگاری اجتماعی و کمبود توجه در گروه آزمایشی تداوم داشته است. اما بین کودکان گروه آزمایش از نظر مؤلفه‌ی اختلال سلوک ($t=2/262$ و $P>0/05$) تفاوت معنی داری وجود ندارد. به عبارت دیگر اثر مداخله در مرحله پیگیری نیز تداوم نداشته است.

نتیجه

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شن بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش دبستانی دارای اختلال رفتاری انجام شد. از مجموع نتایج به دست آمده می‌توان چنین استنباط کرد که شن بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری/بیش‌فعالی، اضطراب/افسردگی، ناسازگاری اجتماعی و کمبود توجه کودکان دارای این اختلالات مؤثر بوده است. به نحوی که میانگین نمره کلی مشکلات رفتاری با توجه به آنچه که پرسشنامه اختلال رفتاری راتر می‌سنجد، پس از مداخلات کاهش یافته است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های قبیل در حوزه شن بازی درمانی در مورد کودکان، نوجوانان و دانشجویان از جمله عبداللہی بقرآبادی و همکاران (Abdolahi-Boghr Abadi & et, 2010)؛ می‌یانگ و کیم (Mi-yang & Kim, 2012)؛ مون (Moon, 2005)؛ سوداوسون (Sue Dawson, 2011)، هماهنگ و همسو است. و شن بازی درمانی را شیوه ای مؤثر در بهبود اختلال رفتاری کودکان دانست.

در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت: نظریه پردازان روان تحلیل گر معتقدند که با استفاده از نمادها و از طریق بازی می‌توان از محتویات ناخودآگاه، آگاه شد. به نظر یونگ که روش شن بازی درمانی بر اساس نظریه او شکل گرفته است، خود نمی‌تواند نشان داده شود، با این حال می‌توان آن را در تصاویر نمادین تجربه کرد و از آن آگاه شد. بنابراین ماهیت نمادین و دیداری شن بازی است که باعث تبدیل شدن آن به یک محیط منحصر به فرد برای پیدا کردن و به یاد آوردن خود فراموش شده و یا واپس رانده شده، می‌شود. در روند این سفر، کهن الگوی سایه پدیدار می‌شود و با حمایت درمانگر از مسیر دردناک و طرد شده تجارب در جعبه شن پرده برداری می‌شود.

بابایی کافکی، حسن زاده و جدیدی (Babaei Kafaki, Hassanzadeh & Jadidi, 2013) در تبیین یافته‌های خود معتقدند بازی درمانی به کودک کمک می‌کند تا تنش روانی خود را به واسطه بازی کاهش دهد. زیرا بازی باعث تصفیه روحی و حذف اثر مشکلات در کودک می‌شود و انگیزه لازم را برای استفاده از حداکثر ظرفیت خود را در او ایجاد می‌کند. آمستر (Amster, 1982) نیز معتقد است کودک از طریق بازی، سعی می‌کند مسائل و تعارض‌های خود را حل کند. افزون بر این کودک با مرور تجربه‌های گذشته خویش، آن‌ها را با تصورها و الگوهای جدید زندگی منطبق می‌کند. در سرتاسر این کنش‌ها، کودک پیوسته به کشف مجدد خویش می‌پردازد، تصویر خود را اصلاح می‌کند و در روابط خود با جهان پیرامون نیز تجدید نظر می‌کند. بدین ترتیب کودک با بازنگری رفتارهای خود نسبت به مسائل، باورها، علایق، نیازها و پیامدهای رفتار خود آگاهی بدست می‌آورد و در جهت تغییر گام بر می‌دارد.

علاوه بر این شن بازی روش مداخله‌ای است که خطر آن کم و موفقیت آن زیاد است. همچنین

فرایند ساختن یک محوطه شنی برای کودکان جذاب است و بیان غیر مستقیمی را بدون نیاز به صحبت کردن در بر می گیرد. تمرکز بر فرایندهای خلاق و غیر کلامی و به فعل در آوردن توانایی های بالقوه فرد، موجب تقویت نیمکره راست مغز میشود که مربوط به فرایندهای ادراکی، حافظه تصویری، تجسم سازی، خیال پردازی، تخیل و احساسات است (Berger, 2012). تخیل در حقیقت، روش کودک برای غلبه یافتن بر مشکلات محیطی است. کودک مشکلی را بارها به تصور خویش در می آورد و به نگرش اجتماعی شده ای دسترسی می یابد که سرانجام در سطحی از عمل یا رفتار تجلی می یابد. در تبیین کلی یافته های پژوهش می توان به فواید شن بازی درمانی اشاره کرد، زیرا فایده بزرگ شن بازی، کیفیت غیر کلامی آن است. شن بازی به سطح پیش کلامی خودآگاه نفوذ می کند که از طریق حواس حمایت می شوند و آن را هنگام کار با کودکان به طور ویژه ای مؤثر می سازد. وینتورلا و جیمز (Vinturella & James, 1987) بر این باور هستند که شن بازی از دیگر شیوه های درمانی نتیجه بخش تر است زیرا به هیچ مهارتی از جانب کودک نیاز ندارد. همچنین نتایج نشان داد که شن بازی درمانی بر کاهش اختلال سلوک کودکان مؤثر نیست. در تبیین این نتیجه می توان به عوامل مؤثر در ایجاد اختلال سلوک اشاره کرد. با توجه به سبب شناسی اختلال سلوک در کودکان، خانواده به دلیل روش مدیریتی و دارا بودن صلاحیت های لازم برای تنظیم امور کودکان بر رشد هیجانی و اجتماعی آنها تأثیری عظیم دارند. لذا به نظر می رسد اگر شیوه های درمانی متناسب با نیازهای خانواده و با مشارکت خانواده باشد، مفیدتر خواهد بود. در ضمن مطالعاتی که نشان داده اند اختلال سلوک در اثر شیوه های فرزندپروری نامناسب افزایش می یابد، بیشتر بر شیوه های فرزندپروری استبدادی یا سهل گیر تأکید دارند. محققان دریافته اند که ترکیبی از عواطف والدینی ضعیف و مهارهای شدید والدینی اختلال سلوک را افزایش می دهد. زیرا شیوه های فرزندپروری والدین هم یک عامل ایجاد کننده و هم یک عامل بازدارنده اختلال سلوک است (Sohrabbi & Hassani, 2007).

از میان محدودیت هایی که در این مطالعه وجود داشت، می توان به اجرا توسط پژوهشگر که ممکن است باعث سوگیری شود و عدم وجود زمان کافی برای پیگیری بلند مدت نتایج به دست آمده اشاره کرد. با توجه به اثربخشی شن بازی درمانی هم در مرحله ی اصلی و هم حفظ ماندگاری پس از یک ماه برای کاهش اختلال رفتاری کودکان در این مطالعه، به مسئولان مراکز بهزیستی و روان شناسان بالینی توصیه می گردد از این روش در کار با کودکانی که دچار اختلالات برونی سازی و یا درون سازی هستند، استفاده کنند.

References:

- Abdullahi Bqrabady, Q., Sharifi Pordaramadi, P& Dolatabadi, Sh. (2009). Impact of Sand play Therapy in reduction of Aggression in Students with Deafness. *Journal of Psychological Studies*, 1 (6). (in Persian)
- Aadl, A. (1993). Influence of social skills training method to improve children's disruptive behavior disorder, MS Thesis, Institute of Psychiatry. (in Persian)
- Abolqasemi, A., Narimani, M & Kiyamaree, A. (2005). Prevalence and comorbidity of behavioral disorders in elementary school students and its relationship with academic achievement. *Journal Science and Technology*, 4 (3): 19-14. (in Persian)
- Alikhani, F. (1997). Comparison of behavioral disorders in children in an orphanage and Ghyrprvrshgahy in Tehran based on family type. *Master's thesis. Islamic Azad university. Khorasgan*. (in Persian)
- Allan, J., & Berry, P. (1987). Sandplay. *Journal of the Elementary School Guidance and Counseling*, 21: 300-306.
- Allan, J. & Brown, K. (1993). Jungian Play Therapy in Elementary Schools. *Journal of the Elementary School Guidance and Counseling*, 28:30-42.
- Amster, F. (1982). Differential uses of play in treatment of young children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 13, 62-68.
- Babaei Kafaki, H., Hassanzadeh, R., Jadidi, M (2013). The Effectiveness of Gestalts Group Play-Therapy on the Improvement of Social Skills in Pre -School Children. *International Journal of Basic Sciences & Applied Research*. 2 (4), 468-474.
- Berger R, Tiry M. (2012). The enchanting forest and the healing sand ÇöNature therapy with people coping with psychiatric difficulties. *Journal of the Arts in Psychotherapy*; 39(5): 412-6.
- Boik, B., & Goodwin, E. (2000). *Sandplay therapy: A sept by step manual for Psychotherapists of diverse orientations*. New York: Norton.
- Botha, M. (2010). The use of sand play psychotherapy with an adolescent how has poor self- esteem. In partial fulfillment of the requirements for the degree. *Magister educationis, in the department of educational psychology at the university of Pretoria*.
- Campbell, M. (2004). The Value of Sandplay as a Therapeutic Tool for School Guidance Counsellors. *Australian Journal of Guidance and Counselling* 14(2):211-232.
- Cao, H., Shan. W., Xu. Y., Xu. R (2013). Eastern sandplay as a safe container for a combined intervention for a child with Asperger syndrome: A case study. *Journal of the Arts in Psychotherapy* 40, 134- 142.
- Cunningham. L. (1997). What is Sandplay Therapy? *Journal of sandplay therapy*, 6(1).
- Eapen, V., Swadi, H., Sabri, S., Abou-saleh, M.(2007). childhood behavioural disturbance in a community sample in al-Ain, United Arab Emirates. *Journal of the Eastern Mediterranean Health*: 7(3):428-434.
- Ghobariye BONAB, B., Parand, A., Hosseinkhanzadeh Firoozjah, AA., Mouleli, G & Nemati, Sh. (2009). The prevalence of conduct disorder students Khanzadeh Fyrvzjah Hosseini, elementary *Tehran. Research on Exceptional Children*, 9 (3): 238-223. (in Persian)
- Hughes, F., C. (1999). *Psychology of the game, children, play and grow*. Translation Kamran Ganji (2009). *Tehran: Publications Roshd*. (in Persian)

- Kalff, D. M. (1980). A psychotherapeutic approach to the psyche ° Sandplay. Boston: Sigo Press.(p:45-49).
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR. (2005). Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of the Arch Gen Psychiatry*. 62(6):593-602.
- Mattson, DC., Veldorale-Brogan, A. (2010). Objectifying the sand tray: An initial example of three-dimensional art image analysis for assessment. *Journal of The Arts in Psychotherapy*; 37(2): 90-96.
- Mehrabi, H, A. (2005). Prevalence of behavioral disorders in elementary school students. *Education Organization in Isfahan province*. (in Persian)
- Mehryar, King., Joseph, F. (1967). Diagnosis and treatment of mental illness in children. *Tehran. Publications Roshd*. (in Persian)
- Mi-yung, J., Kim, Y. (2012). The effect of group sandplay therapy on the social anxiety, oneliness and self- expression of migrant women in international marriages in South Korea. *Journal of The Arts in Psychotherapy* 39(1):38-41.
- Moon, P. K. (2005). Sand Play Therapy With U.S. Soldiers Diagnosed With PTSD and Their Families. American counseling association. *VISTAS online*. 63-66.
- Rutter M, A. (1967). children's behavior questionnaire. *Journal of child psychology and psychiatry*. 8: 1-11.
- Rutter M, Graham P, Yule W (1970) A neuropsychiatric study in childhood. Clinics in developmental medicine. Heinemann, London. (pp;109).
- Rutter M. (1997). Child psychiatric disorder. Measures, causal mechanisms, and interventions. *Journal of Arch General Psychiatry*. 54(9):785-9.
- Rutter, M., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: Unifying issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44: 1092° 1115.
- Rutter, M., Kreppner, J. M., & O Connor, T. G. (2001). Specificity and heterogeneity in children s responses to profound institutional privation. English and Romanian Adoptees Study Team. *British Journal of Psychiatry*, 179, 97-103.
- Rutter, M.A., Tizard, J., Yule, W., Graham, P., & Whitmore, K. (1976). Research report: Isle of wight studies. *Journal of Psychological medicine*. 6: 313-332.
- Rutter, MA. (1985). Children s behavior questionnairecfor completion by teachers; Preliminary findings. *Journal of Psychol Psychiatry*; 8: 1-11.
- Sausser, S., & Waller, H. (2006). A model for music therapy with student with emotional and behavioral disorder. *Journal of The Art In Psychotherapy* 33:1-10.
- Shokohiye yekta, M., Parand, A. (2005). Behavioral disorders in children and adolescents. *Tehran: tayyb Publication*. (in Persian)
- Smith, C. R., Katsiyannis, A., & Ryan, J. B. (2011). Challenges of serving students with emotional and behavioral disorders: Legal and policy considerations. *Journal of Behavioral Disorders*, 36(3), 185° 194.
- Sohrabi, F., Hasani, A. (2007). Parenting styles and anti-social behavior among adolescent girls. *Journal of Psychology*, 11 (1): 88-75. (in Persian)
- Sue Dawson, L. (2011). Single-Case Analysis of Sand Tray Therapy of Depressive Symptoms in Early Adolescence. The Faculty of the graduate school of education

- and human development and columbia college of arts and sciences of the George Washington University.
- Taklavi, S. (2011). Training mothers in play therapy and its effects on the behavior problems of learning disabled children. *Journal of Learning Disabilities*, 1 (1): 59-44. (in Persian)
- Thompson, Ch., Rudolph, L., Linda, B. (1996). Consultation with children. Translation Tahoriyan (2009). *Tehran. Roshd Publication.* (in Persian)
- Unnsteinsdóttir, K. (2012). The influence of sandplay and imaginative storytelling on children's learning and emotional-behavioral development in an Icelandic primary school. *Journal of The Arts in Psychotherapy* 39(4): 328-332.
- Vinturella, L., & James, R. (1987). Sandplay: A therapeutic medium with children. *Journal of Elementary School Guidance and Counseling*, 21, 229-236.
- Wang Flahive, M. & Ray, D. (2007). Effect of group sand tray therapy with preadolescents. *Journal for Specialists in Group Work*, 32, 362-382.
- Wen, Z., Risheng, Z., Haslam, D., Zhiling, J. (2011). The effects of restricted group sandplay therapy on interpersonal issues of college students in China. *Journal of The Arts in Psychotherapy* 38: 281- 289.
- Wethinton, H.R., Hahn, R.A., Fugua-Whiteley, D.S., Sipe, T.A., Crosloy, A. E., Johnson, R.L., Liberman, A.M., Moschi, E., Price, L.N., Tuma, F.K., Halra, G., Chatto., Padhyay, S.K. (2008). The effectiveness of interventions to reduce psychology harm from traumatic events among child and adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(3), 287-373.
- Wolfe, D A., Mash, E J (2006). Behavioral and emotional disorders in adolescents: Nature, Assessment, and Treatment). The Guilford press. Library of congress cataloging-in-publication data, New York: London.
- Yousefi, F. (1998). Standardization Rotter scale to assess behavioral and emotional problems of male and female primary school students in Shiraz. *Journal of Humanities and Social Sciences University, Shiraz*, 13 (1): 192-172. (in Persian)
- Zeng, G. (2007). An exploratory investigation of the internalizing problem behavior among children from kindergarten to third grade. A dissertation presented in partial fulfillment of the requirements for PhD degree, University of Pennsylvania.