

اثر بخشی بازی درمانی بر کاهش کمرویی کودکان

الهه رضائی*^۱

۱. کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات شاهرود، سمنان، ایران (نویسنده مسئول).

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره سوم، شماره نوزدهم، اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۷، صفحات ۴۵-۵۸

چکیده

کمرویی همواره با ناتوانی از کنار آمدن بازندگی اجتماعی، خانوادگی و حرفه‌ای مشخص می‌شود که می‌تواند به صورت کاهش حرمت نفس، اضطراب، احساس تنهایی و طردشدگی بروز کند. در صورت عدم اصلاح کمرویی در کودکان پیش دبستانی در اکثر موارد می‌تواند به اشکال و انواع مختلف در سنین بعدی و حتی تا بلوغ ادامه یابد و فرد را با مشکلات جدی روبرو سازد. یکی از مداخلات درمانی مؤثر در کاهش کمرویی بازی درمانی است. لذا این پژوهش باهدف اثربخشی بازی درمانی بر کاهش کمرویی در کودکان پیش دبستانی انجام شد. در این پژوهش تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل تعداد ۳۰ کودک پیش دبستانی که در مراکز پیش دبستانی در سال تحصیلی ۹۵ - ۹۴ مشغول به آموزش بودند، به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. چک‌لیست رفتاری کمرویی به‌عنوان ابزار پژوهش قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل (بازی درمانی) اجرا گردید و سپس داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی تحلیل کواریانس مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که دو گروه در شرایط پیش از درمان تفاوت قابل توجهی در میزان کمرویی نداشتند. درحالی‌که پس از مداخله مقدار (۵۳/۱۸) F مشاهده شده در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنی‌دار بود. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت که بازی درمانی بر کاهش کمرویی کودکان پیش دبستانی مؤثر بوده است.

کلیدواژه‌ها: بازی درمانی، کمرویی، کودک

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره سوم، شماره نوزدهم، اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۷

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی
روانشناسی

مقدمه

کمرویی یک ناتوانی و معلولیت فراگیر اجتماعی است. در هر جامعه‌ای درصد قابل توجهی از کودکان، نوجوانان و بزرگسالان این اختلال رفتاری و عامل بازدارنده‌ی رشد شخصیت اجتماعی مواجه هستند. در بسیاری از مواقع کمرویی «اصلی‌ترین مانع شکوفایی قابلیت‌ها، خلاقیت‌ها و ایفای مسئولیت‌هاست». مگر اینکه بتوانیم، با تشخیص سریع و استفاده از روش‌های صحیح تربیتی و درمانی مناسب از گسترش کمرویی و تشدید آن پیشگیری کنیم. در غیر این صورت کمرویی می‌تواند به تدریج به صورت نوعی بیماری روانی درآید (افروز، ۱۳۹۲). هیوز (۱۳۸۷)، نقل می‌کند: امروزه رویکردهای متفاوتی در روان‌درمانی کودکان مورداستفاده قرار می‌گیرد؛ اما صرف نظر از جهت‌گیری خاص آن‌ها، تقریباً همه آن‌ها دارای یک باور مشترک هستند: استفاده از بازی یا محیط بازی، ویژگی اجتناب‌ناپذیر تشخیص و درمان کودکانی است که مشکل دارند. چرا بازی تا بدین اندازه در روان‌درمانی کودکان از اهمیت برخوردار است؟ در طول مهروموم‌ها، تعدادی از روانشناسان دلایل زیر را ارائه کرده اند:

۱- بازی فرصت‌هایی را برای رهاسازی احساسات نظیر خشم، ترس و... در اختیار کودکان قرار می‌دهد تا بدون ترس از سرزنش بزرگسالان ناکامی خود را بر سر وسایل بازی تلافی کنند.

۲- کودکان واکنش خود نسبت به محیط و میزان آگاهی از اتفاقات اطرافشان را از طریق بازی نشان می‌دهند. در بازی‌درمانی اسباب‌بازی‌ها و ابزارهایی که در بازی‌های کودکان مورداستفاده قرار گرفته می‌شوند همانند کلماتی هستند که در زبان‌بازی کودکان (که زبان عملکردی است) مورداستفاده قرار می‌گیرد؛ بنابراین بازی‌درمانی برای کودکان همانند مشاوره و روان‌درمانی برای بزرگسالان است (صمدی، ۱۳۹۳). این رویکرد درمانی برای گستره‌ی وسیعی از مشکلات کودکان مورد بهره‌برداری قرار می‌گیرد (محمد اسماعیل، ۱۳۸۷).

انسان اصالتاً موجودی اجتماعی است و نیازمند برقراری ارتباط با دیگران. در هر جامعه‌ای درصد قابل توجهی از کودکان، نوجوانان و بزرگسالان بدون آنکه تمایلی داشته باشند، ناخواسته خودشان را در حصار از کمرویی محبوس می‌کنند و شخصیت واقعی و قابلیت‌های ارزشمندشان در پس کمرویی، ناشناخته می‌ماند (افروز، ۱۳۹۲). زیمباردو و هندرسون^۱ (۲۰۰۱) کمرویی را این‌گونه تعریف می‌کنند: کمرویی یک توجه افراطی به خود، اشتغال ذهنی افکار، احساسات و واکنش‌های فیزیکی است که می‌تواند حداقل شامل یک ناراحتی اجتماعی ضعیف تا یک ترس اجتماعی بازدارنده و شدید باشد. کودک خجالتی در موقعیت‌های ناآشنا و هنگام تعامل و گفت‌وگو با دیگران عصبی و مضطرب می‌شود. ترجیح می‌دهد شاهدبازی کودکان دیگر باشد، ولی خود به بازی آن‌ها نپیوندد. از جمله ویژگی‌های دیگر افراد کمرو در ارتباط با دیگران می‌توان به ترس و نگرانی از مورد تأیید قرار نگرفتن و یا نگرانی

1- Zimbardo & Handerson

2- Depression

از مورد استهزا قرار گرفتن، جرأت اظهارنظر و بیان احساسات نداشتن، زیاد به قضاوت دیگران اهمیت دادن و مرور افکار غیرمنطقی و خودکار منفی به هنگام مواجه شدن با یک موقعیت تازه و یا افراد ناآشنا و صرف نظر کردن از پرسش، صحبت و یا حتی پاسخ گفتن به سؤالات مطرح شده البته گاهی هم افراد کمرو، هول و هراس خود را زیرپوشش نوعی استهزا و تمسخر مخفی می کنند (زیمباردو، ۱۹۹۶). البته بیشتر کودکان در شرایط مختلف قدری احساس خجالت و کمرویی می کنند، ولی کودکانی که این مشکلات را به صورت حاد دارند، در تمام اوقات زندگی شان احساس خجالت و کمرویی دارند (سلحشور، ۱۳۸۷). در بررسی علل گوشه گیری، به طور مشخص می بایست به شرایط و عوامل خانوادگی، ویژگی های شخصیتی، نظام باورها و رفتارهای فردی، موقعیت های روانی و اجتماعی اشاره کرد (افروز، ۱۳۹۲). همچنین از جنبه روان شناختی عواملی مانند احساس حقارت، عزت نفس پایین، ترس و عدم توانایی و مهارت در انطباق با محیط، تنبیه و توهین شدن در دوران کودکی سبب بروز کمرویی می شوند (منصوری، ۱۳۹۱). کمرویی به اختلال از دست دادن فرصت ها معروف است. چون فرد کمرو نمی تواند استعدادهایش را شکوفا کند و به موقعیت هایی که لیاقتش را دارد برسد (بهشتیان، ۱۳۸۹).

نکته مهم در بیان این مشکل این است که کودکانی کمرو احساس بی کفایتی کرده و به دنیای درون خود پناه می برند و بیش از حد متواضع هستند، حتی اگر با مسئله ای مخالف باشند، جرأت مخالفت با نظر دیگران را ندارند.

کیت^۵ (۲۰۰۷) معتقد است که بسیاری از افراد کمرو به جنبه های منفی شخصیت شان زیاد توجه دارند و آن ها نقاط ضعفشان را بزرگ و نقاط قوتشان را کم ارزش می دانند. به نظر می رسد که کمرویی به عنوان یک معضل اجتماعی و مشکل آفرین می تواند به عنوان یک عامل بازدارنده مانعی در جهت تحول و بروز توانایی های افراد باشد (عطار طوسی، ۱۳۹۳).

بر اساس یک مطالعه زمینه یابی توسط فیلیپس و لندرت^۳ (۱۹۹۸) به نقل از جرالد^۴ (۱۹۹۹) بازی درمانی^۵ مناسب ترین روش درمان برای کودکان ۳ - ۱۱ سال شناخته شده است. این روش درمانی رویکرد فعالی است که می توان آن را به صورت فردی و یا گروهی بکار برد. همچنین این روش یکی از این شیوه های درمانی است که می تواند موجب کاهش نشانه های کمرویی و گوشه گیری اجتماعی و در نتیجه کاهش تأثیرات منفی آن بر زندگی کودک شود. بازی درمانگران، اهداف بازی را به صورت رشد خود پختگی و رشد ارتباط دسته بندی کرده اند. در زمینه رشد خود، کودکان از بازی برای بیان احساسات و افکار، کشف علائق و کسب احساس کنترل بر روی محیط استفاده می کنند و در مورد فرایند پختگی یا رسش^۶ بازی می تواند به منظور رشد و توسعه مهارت های حرکتی، شناختی، زبانی و حل مسئله بکار برده شود که فرصت آگاهی یافتن از محیط خود را به کودک می دهد. سرانجام اینکه بازی با دیگران و بازی با وسایل بازی متنوع می تواند مهارت های اجتماعی کودکان و توانایی آن ها را در همکاری و همدلی با دیگران افزایش دهد (والن، ۲۰۱۱^۷). پژوهش هایی که در مورد تأثیر بازی درمانی انجام شده است، نشانگر تأثیر مثبت آن در بهبود مشکلات رفتاری کودکان است و تقریباً در تمامی طبقات تشخیصی کاربرد دارد (نورمحمدی، ۱۳۹۳؛ ملک و همکاران، ۱۳۹۲؛ افتخاری،

۱۳۹۳). گرچه پیشینه توجه به نیازها و مشکلات روانی کودکان به‌عنوان قشر خاص و دارای ویژگی‌های منحصر به فرد خود و نه به‌عنوان بزرگسالان کوچک اندام، به بیش از چند دهه نمی‌رسد، لیکن در همین مدت کوشش‌های بسیاری در جهت شناخت و تبیین و طبقه‌بندی و ارائه روش‌های درمانی برای اختلالات دوران کودکی به‌عمل آمده است. اختلالات رفتاری طیف وسیعی از مشکلات کودکی از جمله گوشه‌گیری را در برمی‌گیرد (عیسی زاده، ۱۳۸۶). بااینکه برخی روانشناسان نظیر کتل^۱ بر این عقیده‌اند که بعضی افراد با زمینه یا سندرم کمروبی متولد می‌شوند اما باید توجه داشت بحث درباره سندرم کمروبی و استعداد بیشتر کودکان در ابتلا به آن، به معنای ارثی بودن کمروبی نیست. بدیهی است که کودکان کمرو متعلق به والدینی هستند که خودشان کمروبی دارند، آن‌ها کمروبی را یاد گرفته‌اند (افروز ۱۳۹۲). درباره شیوع کمروبی و درصد فراوانی افراد کمرو روندهای موجود در اجتماع نشان می‌دهند که در خلال سال‌های آینده به خاطر افزایش انزوا، رقابت و تنهایی افراد، این مشکل افزایش خواهد یافت. اگر هرچه زودتر این بیماری را درمان نکنیم فرزندان و آیندگان ما زندانیان کمروبی خویش خواهند گردید (سادتیان، ۱۳۹۳). بنابراین، همان‌طور که یک فرد بی‌سواد در هر سنی که باشد آموزش را از همان‌جایی آغاز خواهد کرد که یک کودک شش‌ساله آغاز می‌کند، یعنی الفبا و ... بازی‌درمانی را نیز می‌توان الفبای بسیاری از فرایندهای روان‌درمانی دانست، چراکه دارای یکی از اصلی‌ترین اجزای درمان یعنی انعطاف‌پذیری و تسهیل برقراری رابطه مخصوصاً با کودکان می‌باشد (رضائی، ۱۳۸۹). یکی از روش‌های درمانی در زمینه کمروبی بازی‌درمانی است. بازی‌درمانی غیرمستقیم، تعاملی بین کودک و بزرگسال آموزش دیده است که از طریق ارتباط نمادین در جستجوی راه‌هایی برای کاهش آشفتگی‌های هیجانی کودک است و در طی این تعاملات بین فردی با درمانگر، کودک پذیرش^۲، تخلیه‌هیجانی^۳، کاهش اثرات رنج‌آور، جهت‌دهی مجدد تکانه‌ها و تجربه‌های هیجانی تصحیح‌شده را تجربه می‌کند (محمد اسماعیل، ۱۳۸۹)؛ بنابراین با توجه به موارد اشاره‌شده در بالا درباره‌ی کمروبی و آگاهی از این مورد که در صورت عدم‌اصلاح مشکلات رفتاری کودکان، اکثر آن‌ها می‌تواند در سنین بعدی و حتی بعد از بلوغ به اشکال و انواع مختلف ادامه یافته و حتی باعث اختلالات شدید و جدی‌تری در زمینه فردی، اجتماعی و روانی شود. لذا طراحی و کاربرد برنامه‌های درمانی و آموزشی که سودمندی مداخلات در سنین پایین را بررسی کند دارای اهمیت می‌باشد. با توجه به فواید بازی‌درمانی گروهی، اهمیت و نقش سازنده‌ی آن در آموزش و درمان، همچنین مقرون‌به‌صرفه بودن درمان گروهی، پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی این روش درمانی بر کاهش کمروبی کودکان پرداخت تا درنهایت بتوان از نتایج حاصل از این پژوهش به ارائه راهکارهای مؤثری برای کاهش کمروبی در کودکان دست‌یافت.

1- Cattle

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی (آزمایشی - میدانی) با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل است، از آن جهت که در شکل عرضی و در مقطعی از زمان دو گروه آزمایش و گواه، در شکلی که یکی تحت اعمال متغیر مستقل درمانی و دیگری بدون دریافت این متغیر، با یکدیگر مقایسه می‌شوند و در عین حال سایر متغیرهای احتمالی مؤثر، از طریق کنترل نظام‌مند انتخاب تصادفی نمونه‌ها تحت کنترل قرار می‌گیرد. نوع پژوهش در درجه اول بنیادی است، از آن جهت که به شناخت و فهم بهتر بازی‌درمانی در کودکان می‌انجامد. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه کودکان ۷ - ۵ سال (۲۰۰۲ نفر) که در ۳۰ مرکز پیش‌دبستانی در سال تحصیلی ۹۵ - ۹۴ شهر شاهرود ثبت‌نام شده‌اند. نمونه پژوهش حاضر بر اساس پژوهش‌های مشابه ۳۰ نفر از کودکان کمروبی می‌باشد که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و همچنین نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای از ۴ مرکز پیش‌دبستانی انتخاب شدند. سپس، چکلیست رفتاری کمروبی، توسط والدین در مورد کودکانی که با ملاک‌های کمروبی مطابقت داشتند، پر شد. بعد از جمع‌آوری نمرات و کودکانی که در مقیاس‌های کمروبی بیشترین نمره‌ها را کسب کرده بودند به‌عنوان نمونه پژوهشی انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه شامل ۱۵ کودک) قرار گرفتند. سپس چکلیست رفتاری کمروبی قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل اجرا شد. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه، هر هفته ۲ جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای در معرض متغیر مستقل (بازی‌درمانی) به‌صورت گروهی قرار گرفت. آموزش بازی‌درمانی با استفاده از پروتکل آموزشی بازی‌درمانی محمد اسماعیل (۱۳۹۳) صورت گرفت. در طول این دوره گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. در این پژوهش از چکلیست رفتاری کمروبی به‌عنوان ابزار پژوهش استفاده شده است. این چکلیست به‌وسیله‌ی (حسینی، ۱۳۸۴) تهیه شده است و ۳۶ سؤال و ۶ مقیاس (وابستگی، کناره‌گیری، تنهایی، بی‌تفاوتی، انفعالی و طردشدگی) است. گزینه‌های پاسخ‌گویی به سؤال‌های این چکلیست بر اساس مقیاس لیکرتی ۵ سطحی تنظیم شده است. در این پژوهش نقطه برش، نمره میانگین (۹۰) در نظر گرفته شده است. در بررسی ابزار پژوهش از روش ملاکی استفاده شده است. ضریب اعتبار کل چکلیست کمروبی با استفاده از روش کودر ریچاردسون در پژوهش‌های حسینی (۱۳۸۴) و قیاسی‌زاده ۰/۸۱ و در پژوهش کریمی (۱۳۸۷)، ۰/۸۴ به‌دست آمده است. ضریب پایایی مؤلفه‌های کمروبی این چکلیست با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش قیاسی‌زاده (۱۳۹۰) و پژوهش جعفری و همکاران (۱۳۹۰) با ترتیب وابستگی ۰/۸۱، ۰ تنهایی ۰/۷۵، بی‌تفاوتی ۰/۷۵، کناره‌گیری ۰/۷۸، انفعالی ۰/۶۱ و طردشدگی ۰/۵۸ به‌دست آمده است.

یافته‌ها

در جدول ۱ داده‌های توصیفی مربوط به آزمودنی‌ها نشان داده شده است. میانگین کمروبی در پیش‌آزمون برای گروه کنترل و آزمایش قابل توجه نیست در حالی که در پس‌آزمون تفاوت افزایش یافته است

جدول ۱. تحلیل توصیفی شاخص کمروبی کودکان در مراحل پیش و پس‌آزمون

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه آزمایش	
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	گروه	میانگین
۱/۶۲	۱۴/۲۱	۲/۵۶	۱۸/۵۷	طرد	
۳/۱۲	۱۵/۰۷	۳/۸۳	۲۰/۲۸	انفعال	
۲/۰۵	۱۳/۰۷	۳/۲۷	۱۷/۵۰	کناره	
۱/۴۵	۱۳/۵۷	۱/۸۶	۱۶/۶۴	بی‌طرفی	
۲/۵۳	۱۴/۴۲	۲/۶۱	۱۸/۰۷	تنهایی	
۱/۲۷	۱۳/۳۵	۱/۸۱	۱۶/۷۱	وابستگی	
۵/۰۲	۸۳/۸۵	۸/۵۲	۱۰۶/۹۲	کل کمروبی	
پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه کنترل	
2.09	18.66	2.15	۲۰/۰۶	طرد	
۳/۴۰	۱۸/۲۰	۳/۲۵	۱۸/۸۰	انفعال	
۲/۷۵	۱۷/۰۰	۳/۰۴	۱۷/۵۳	کناره	
۱/۸۹	۱۵/۸۰	۲/۲۹	۱۵/۴۰	بی‌طرفی	
۲/۲۳	۱۵/۸۶	۱/۸۶	۱۶/۷۳	تنهایی	
۲/۸۵	۱۵/۴۶	۲/۶۱	۱۶/۶۰	وابستگی	
۷/۱۱	۱۰۰/۸۰	۶/۵۱	۱۰۵/۰۰	کل گوشه‌گیری	

جدول ۲. تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر بازی درمانی بر کمروبی کودکان در مرحله پس‌آزمون

Observed Power ^b	Partial Eta Squared	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
۱/۰۰۰	۰/۸۹۱	۰/۰۰۱	۱۸۰/۹۴۰	۲۳۶۷/۶۸۱	۱	۲۳۶۷/۶۸۱	پیش‌آزمون
۰/۵۴۵	۰/۱۵۱	۰/۰۰۱	۵۳/۱۸۱	۶۹۵/۸۹۳	۱	۶۹۵/۸۹۳	گروه
۱/۰۰۰	۰/۸۷۴			۱۳/۰۸۵	۲۶	۳۴۰/۲۲۱	خطا

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، پس از حذف اثر پیش‌آزمون و تحلیل کوواریانس میزان $F=۵۳/۱۸$ هست که در سطح آماری $P < ۰/۰۰۱$ ، از نظر آماری معنادار بوده و این نتایج به‌خوبی بیانگر تأیید فرضیه مزبور می‌باشد فرض پژوهش پذیرفته می‌شود.

جدول ۳. بررسی آزمون لوین در شاخص زیر مقیاس‌های کمروبی

زیر مقیاس‌ها	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
طرد	۱/۶۵۸	۱	۲۷	۰/۲۰۹
انفعال	۴/۵۲۲	۱	۲۷	۰/۰۴۳
کناره	۶/۴۸۸	۱	۲۷	۰/۰۱۷
بی‌طرفی	۲/۲۳۴	۱	۲۷	۰/۱۴۷
تنهایی	۲/۲۳۴	۱	۲۷	۰/۱۴۷
وابستگی	۰/۰۶۳	۱	۲۷	۰/۸۰۴

با توجه به آماره آزمون لوین در جدول ۳، میزان F زیر مقیاس‌ها از نظر آماری معنادار نبوده و فرض همگنی واریانس رعایت شده است.

جدول ۴. تحلیل واریانس چند متغیره جهت مقایسه اثرات بازی‌درمانی بر کمروبی کودکان

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری
طرد	۶۳/۳۲۴	۱	۱۷/۳۰۳	۰/۰۰۱
انفعال	۱۵۴/۱۸۱	۱	۴۷/۳۲۹	۰/۰۰۱
کناره	۱۰۹/۸۷۳	۱	۵۱/۸۹۷	۰/۰۰۱
بی طرفی	۸۷/۲۶۵	۱	۷۲/۴۳۳	۰/۰۰۱
تنهایی	۸۷/۲۶۵	۱	۷۲/۴۳۳	۰/۰۰۱
وابستگی	۳۵/۸۱۱	۱	۲۶/۱۶۹	۰/۰۰۱

با توجه به یافته‌های جدول ۴ می‌توان گفت میان نمرات دو گروه از نظر کاهش مشکل گوشه‌گیری در مرحله پس‌آزمون در تمامی زیر مقیاس‌ها تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش به بررسی این پرسش پرداخته شده که آیا بازی‌درمانی در کاهش کمرویی کودکان پیش‌دستانی مؤثر است یا خیر؟ نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که این روش در کاهش علائم کمرویی کودکان مؤثر است؛ یعنی فرض پژوهشی مبنی بر کارآمدی بازی‌درمانی در کاهش کمرویی تأیید شد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های جعفری و همکاران (۱۳۹۰)، یاسینی و همکاران (۱۳۹۰)، غیائی‌زاده (۱۳۹۰) و باباخانی و همکاران (۱۳۹۲) همسو می‌باشد. همچنین نتایجی ناهم‌سو با یافته‌های پژوهش حاضر یافت نشد.

احساس تنهایی برداشت ذهنی فرد از کمبود یا فقدان روابط رضایت‌بخش اجتماعی است و در پاسخ به نارسایی‌های کمی یا کیفی در روابط اجتماعی افراد است که ظاهر می‌شود. افرادی که احساس تنهایی بالایی دارند نسبت به توانایی‌های خودشان تردید دارند و در رفتارهای بین فردی حالت‌هایی مثل شرم، خجالت، اضطراب، عدم جسارت و... نشان می‌دهند (عطار طوسی، ۱۳۹۳). معمولاً سرخ شدن چهره با احساس دستپاچگی همراه می‌شود، احساسی کوتاه‌مدت و شدید که ناشی از دست دادن عزت‌نفس است. افراد کمرو به دلیل پایین بودن سطح عزت‌نفس خود سعی می‌کنند از موقعیت‌هایی که باعث دستپاچگی آن‌ها می‌شود، دوری کنند. همین امر به مزوی شدن بیشتر آن‌ها می‌انجامد (زیمباردو، ۱۳۸۰). لذا استفاده از تکنیک‌های بازی‌درمانی مثل بازی حدس زدن برای کودکان کمرو فرصتی را برای آنان فراهم می‌کند که مهارت‌های اجتماعی مناسب را یاد بگیرند و با برون‌ریزی و بیان احساسات به رشد یک احساس مثبت از خود کمک کنند و در نتیجه احساس تنهایی در این کودکان کاهش می‌یابد. در زمینه‌ی وابستگی کودکان کمرو می‌توان اشاره کرد که در دو سال اول زندگی وابستگی کاملاً طبیعی است، ولی بعد از دوسالگی والدین باید وابستگی کودک

را کم کنند زیرا این وابستگی می‌تواند حاکی از مشکلات جدی در مورد وی باشد. بازی‌درمانی با افزایش اعتمادبه‌نفس در کودکان میزان وابستگی آن‌ها را کم کرده موجب افزایش روحیه اجتماعی، شرایط بهتر سازگاری با جامعه و ... می‌شود. یکی از ویژگی‌های افراد کمروبی میلی آن‌ها به صحبت کردن است که می‌تواند هشدار به دیگران و خودشان باشد که اشکالی در کار است. تحقیقات نشان می‌دهد که سکوت و بی‌تفاوتی یک واکنش عمومی نسبت به اضطرابی است که همه‌ی ما در شرایط مشخصی ممکن است احساس کنیم؛ اما از آنجایی که افراد کمروبی به برقراری ارتباط با دیگران بی‌میل هستند. این حالت بی‌تفاوتی در آن‌ها در اکثر موقعیت‌ها به چشم می‌خورد و با توجه به شدت کمروبی آن‌ها همیشه می‌شود (زیمباردو، ۱۳۸۰). برنامه بازی‌درمانی گروهی با تقویت حس اعتمادبه‌نفس کودکان از طریق تقویت مهارت‌های شناختی - عاطفی و همچنین استفاده از فن‌های مناسب و لذت‌بخش، فرصت‌هایی را برای استفاده از خلاقیت برای بیان خودشان در اختیار کودکان قرار داد. این امر منجر به کاهش میزان بی‌تفاوتی در نهایت کمروبی می‌شود (محمد اسماعیل، ۱۳۹۳). کمروبی همواره با ناتوانی از کنار آمدن با زندگی اجتماعی، خانوادگی و حرفه‌ای مشخص می‌شود در واقع یک فرد کمروبی از انطباق خود با شرایطی که به نظرش خطرناک می‌آید، عاجز می‌شود و به این دلیل از جمع کناره‌گیری می‌کند که می‌ترسد مورد قضاوت یا عدم قدرشناسی واقع شود (منصوری، ۱۳۹۱). افراد کمروبی به دلیل هراس نسبت به وقایع اجتماعی، در ظاهر مطیع، موافق، خوشحال و یا همراه هستند، ولی در باطن و در عمل خشم خود را از طریق فراموش کردن، اشتباهات به‌ظاهر سهوی و تعلل نمایان می‌کنند (ساداتیان، ۱۳۹۳). رفتارگرایان انفعالی بودن افراد کمروبی را محصول یادگرفتن این مطلب که به خاطر «عدم لیاقت» فردی به خود کم‌بها می‌دهند و همچنین عباراتی مثل «من کمرو هستم»، «من بی‌ارزش هستم»، «من نمی‌توانم آن کار را انجام دهم» می‌دانند (زیمباردو، ۱۳۸۰). احساس تعلق داشتن به گروه و جمع و دوستی از نیازهای اساسی برای سلامت روانی و شخصیتی انسان است (خصوصاً برای تقویت حرمت نفس، بارور شدن توانمندی‌ها و قابلیت‌ها و مقابله با احساس تنهایی) و هسته اولیه آن پیوند عاطفی امن میان والدین و کودک در دو سال اول تولد شکل می‌گیرد و در سنین بعدی با روابط بین فردی و دوستی رشد می‌یابد. احساس دفع و طردشدگی بسیار دردناک و مخرب است و اکثر کودکان و بالغین چنین موقعیت و حالاتی را هرازگاهی تجربه می‌کنند. علل مختلفی در طرد کودک از جانب همسالان نقش ایفا می‌کند مثل: نظافت، لباس، نژاد، وزن، رنگ پوست، معلولیت جسمی، زمینه‌های اقتصادی یا قومی کودک، مهارت‌های اجتماعی کم و از همه مهم‌تر کمرو بودن (ساداتیان، ۱۳۹۳). بازی یکی از ابزارهای سودمند و مؤثری است که مشاور و متخصص بالینی و درمانگر را یاری می‌کند تا در فضایی مناسب و آزاد طرح مناسبی را به‌منظور درمان از طریق بازی تهیه و اجرا نماید (محمد اسماعیل، ۱۳۸۳). بازی‌درمانی یکی از شیوه‌های درمانی است که می‌تواند موجب کاهش نشانه‌های کمروبی و در نتیجه کاهش تأثیرات منفی آن بر زندگی کودک شود و همچنین مهارت‌های اجتماعی کودکان و توانایی آن‌ها را در همکاری و همدلی کردن با دیگران افزایش دهد (غیائی زاده، ۱۳۹۰).

بدیهی است که اهمیت گروه‌های هم‌سال در رشد شخصیت کودکان و نوجوانان، گزارش و اثبات شده است. تجارب گروه فرصت‌هایی را برای کودکان فراهم می‌کند تا مهارت‌های اجتماعی مناسب را یاد بگیرند و با برون‌ریزی و بیان احساسات به شیوه‌ای صحیح با یکدیگر تعامل داشته باشند. بازی‌درمانی رشد درون فردی و کسب مهارت‌های اجتماعی مناسب را در کودکان تسهیل می‌کند و کودکان در این برنامه به خود آشکارسازی تشویق می‌شوند و اجازه فراهم ساختن بازخورد مناسب در گروه برای آن‌ها فراهم می‌شود و همچنین سطح صمیمیت بین اعضای گروه افزایش می‌یابد و به‌مرور کودکان دیگر احساس کناره‌گیری نمی‌کنند (محمد اسماعیل، ۱۳۹۳). بعضی از فن‌های بازی‌درمانی مورد استفاده در این پژوهش به کودکان فرصت ایفای نقش و بررسی نحوه‌ی متفاوت شدن چیزها در زندگی شخصیت‌ها و همچنین زندگی شخصی خود کودکان را می‌دهد. پژوهشگر در این تحقیق از بازگویی داستان در میان فعالیت‌های بازی کودکان برای محک زدن رفتارهای جدید استفاده نمود و تا به کودکان کمک شود تا خودشان را به شیوه‌های مثبت‌تر تجربه کنند (محمد اسماعیل، ۱۳۹۳). همان‌طور که مطرح شد کودکان کمرو دارای ویژگی‌های چون عزت‌نفس و اعتمادبه‌نفس پایین هستند، همچنین اضطراب را در موقعیت‌های زیادی تجربه می‌کنند. مهارت‌های اجتماعی‌شان ضعیف بوده و افکار خود آیند منفی دارند. محقق با استفاده از فن‌های بازی‌درمانی و استفاده از بازی‌های هدفمند و گروهی و وسایل بازی متنوع، هیجان‌انگیز، پرتحرک و لذت‌بخش، به افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان و توانایی آن‌ها در همدلی و همکاری کردن با دیگران، ابراز احساسات، پذیرش خود و دیگران اقدام کرد. با تشویق نقاط قوت کودکان عزت‌نفس و اعتمادبه‌نفس آن‌ها افزایش یافته و همچنین کودکان در بازی‌های مثل بیا توپ‌بازی کنیم و توپ‌های چهره‌نما، با لذت بردن از بازی به برون‌ریزی، شناخت و بیان احساساتشان پرداخته و با استفاده از بازی‌های چون قصه‌های ناتمام، حدس بزن، حس شایستگی، خودآگاهی، عزت‌نفس و اعتمادبه‌نفس در آن‌ها افزایش یافته و درعین حال از طریق بازی با حیوانات و بازگویی نمایشی داستان‌ها، مهارت‌های اجتماعی مناسب جهت برقراری ارتباط با دیگران را یاد گرفتند. هدف بازی‌درمانی با ساختار برای کودکان افزایش دل‌بستگی، اعتمادبه‌نفس، صمیمیت نسبت به دیگران و سرگرمی لذت‌بخش است. فن‌های بازی‌درمانی تعاملی و جذاب مثل بازی «ببینیم چقدر زورت زیاد است» به‌منظور بهبود حس اعتمادبه‌نفس و احساس شایستگی و افزایش حس همکاری و همدلی در کودکان کمرو استفاده می‌شود. همچنین فن توپ‌بازی برای عزت‌نفس پایین در کودکان کمرو که منجر به احساس طردشدگی در آن‌ها شده است، بسیار مؤثر است و به کودک اجازه می‌دهد که بدون تهدید به طرد شدن به رشد توانایی‌هایش بپردازد و فضای ایمنی را برای بازی با خودش، درمانگر و بقیه هم‌گروهی‌هایش فراهم سازد (محمد اسماعیل، ۱۳۹۳). با توجه به شواهد و دلایل ذکر شده در مجموع می‌توان گفت بازی‌درمانی یکی از روش‌های مداخله‌ای درمانی مؤثر در درمان مشکلات رفتاری به‌ویژه کمروبی است.

محدودیت‌ها

- نبود امکان بررسی برخی از متغیرهای مزاحم از جمله هوش، طبقه اجتماعی - اقتصادی
- عدم نظم و همکاری بعضی از مراکز پیش‌دبستانی با پژوهشگر
- عدم امکان استفاده همزمان از مصاحبه ساختاریافته با والدین به خاطر محدودیت در زمان
- با توجه به انجام پژوهش بر روی کودکان پیش‌دبستانی، تعمیم نتایج به بقیه گروه‌های سنی با محدودیت مواجه است.

پیشنهادات کاربردی

- برگزاری کارگاه‌های آموزشی بازی درمانی برای والدین و مربیان مراکز پیش‌دبستانی.
- پیشنهاد می‌شود در مراکز پیش‌دبستانی اتاق بازی در نظر گرفته شود و همچنین توسط بازی‌درمانگران و مشاوران مسلط به این حیطه خدمات پیشگیرانه و همچنین درمانی ارائه شود.

منابع

- افروز، غلامعلی (۱۳۹۲). روانشناسی کمروبی و روش‌های درمان آن. تهران: فرهنگ اسلامی
- افروز، غلامعلی؛ رسول‌زاده، سید کاظم؛ فراهینی، ندا، فراهینی (۱۳۹۲). رابطه‌ی شیوه‌های فرزند پروری والدین و کمروبی با خلاقیت در تیزهوشان. فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی مدرسه، دوره ۲، شماره: ۴، ص ۱۳۶ - ۱۵۳.
- افتخاری، سمیرا (۱۳۹۳). اثربخشی دو روش بازی‌درمانی و خنده‌درمانی بر اضطراب کودکان ۶ - ۱۲ سال، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود.
- بهشتیان، محمدحسین (۱۳۸۹). غلبه بر کمروبی، چاپ اول، تهران: بهشتی.
- تامپسون، چارلز؛ رودلف، لیندا (۱۳۸۸). مشاوره با کودکان. ترجمه جواد طهوریان، تهران: رشد.
- جعفری، علیرضا؛ خلعتبری، جواد، ابوالفتوحی، جواد (۱۳۹۰). بررسی تاثیر بازی درمانی شناختی-رفتاری مایکنبام در کاهش کمروبی و گوشه‌گیری اجتماعی کودکان دبستانی، طرح پژوهشی ارائه شده، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد واحد ابهر.
- زیمباردو، فیلیپ. کودکان خجالتی مجله پیوند (۱۳۸۷)، ص ۳۴۵-۳۴۶-۳۴۷.
- سادتیان، سید اصغر (۱۳۹۳). کمروبی در کودکان، نوجوانان، بالغین، تهران: ما و شما.
- شارب، اولین (۱۳۸۹). بازی تفکر کودک است، ترجمه قاسم قاضی، نعمت کدیور، تهران: جیحون.
- صمدی، سید علی (۱۳۸۹). بازی درمانی نظریه‌ها: انجام پژوهش و روش‌های مداخله، تهران: دانژه.

- صریحی، ن؛ پور نسایی، غ؛ نیک اخلاق، م (۱۳۹۴). اثر بخشی بازی درمانی گروهی بر مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی گرمسار، دانشگاه آزاد، فصلنامه روانشناسی تحلیلی - شناختی، سال ششم، شماره ۲۳، ص ۳۵-۴۱.
- عطار طوسی، مهتاب (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین کمرویی و احساس تنهایی بر روی نوجوانان، دومین همایش ملی بهداشت روانی و سبک زندگی اسلامی، اسفند ۱۳۹۳، قوچان.
- غیائی زاده، مهدی (۱۳۹۳). اثر بخشی بازی درمانی به شیوه شناختی - رفتاری مایکنبام در کاهش کمرویی و گوشه گیری اجتماعی دانش آموزان دبستانی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد اهواز.
- کادوسون، جرارد؛ شافر، چارلزای (۱۳۹۳). ۱۰۱ تکنیک بازی درمانی، ترجمه الهه محمد اسماعیل، تهران: دانژه.
- کریمی، حنانه (۱۳۹۲). بررسی کارآمدی بازی درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش نشانه های پرخاشگری کودکان پسر ۸-۱۱ سال مبتلا به اختلال سلوک، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز.
- لندرث، ل (۱۳۹۰). بازی درمانی هنر برقراری ارتباط. ترجمه فروزنده داور پناه، تهران: رشد.
- لندرث، ل (۱۳۹۳). بازی درمانی دینامیسم مشاوره با کودکان. ترجمه خدیجه آرین چاپ دهم، تهران: اطلاعات.
- محمد اسماعیل، الهه (۱۳۸۹). بازی درمانی، نظریه ها، روش ها و کاربردهای بالینی، تهران: دانژه.
- منصوری، امیرعلی (۱۳۹۱)، کمرویی و خجالت بیش از حد، نشریه شرق، شماره ۱۴۹۹.
- محمدی، محمد رضا؛ خانبانی، هدی؛ جعفری، نیلوفر (۱۳۹۰). اثر بازی درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان ناسازگار پیش دبستانی، مجله ایرانی روانشناسی، شماره ۶، صص ۴۲-۳۷.
- ملک، مریم؛ حسن زاده، رمضان؛ تیرگی، عبدالکریم (۱۳۹۰). اثربخشی بازی درمانی گروهی به شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال خواندن، دوره ۲، شماره ۴، صفحه ۱۴۰ - ۱۵۳.
- نور محمدی، لیلا (۱۳۹۳). مقایسه اثر بازی درمانی و قصه درمانی بر روی افزایش عزت نفس و مهارت های اجتماعی کودکان ۵-۷ سال، پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد واحد شاهرود.
- هیوز، فرگاس پیتر (۱۳۸۷). روان شناسی بازی. ترجمه کامران گنجی، چاپ دوم، تهران: رشد.

- Gerald, G. (1999). Short term play therapy: New York.
- Jacson, B. (2010). An Investigation of the Relationship between Shyness and Liness, International Ohine Journal of Educational Sciences, 2 (2), 419-440.
- Keith F. (2007). understand individual weaknesses and strengths. J Expect soc Behav Health, 21: 634-645.
- Meany ° Walen, K. K. (2011). Adlerian play therapy: Effectiveness on disruptive behaviors of early elementary aged children. university of North Texas.
- Zimbardo, P. G., Handarson, L. (2001). Shame and Anger in chronic shyness and social anxiety disorder . Stanford university.

علوم رفتاری

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 رتال جامع علوم انسانی

The Effectiveness of play Therapy on Children's shyness

Abstract

Shyness always can be characterized, inability to cope with social life, family and carer as a decrease in self-esteem, anxiety, feel alon and abandoned and reduced immunity. In the absence of reform shyness in preschool children in most cases it can be nest to the forms and types of various age and even conyines to maturecand the person would face serious difficulties. Play therapy is on of the useful interventions that reduce shyness in children. The aim of this research was to investigate the effectiveness of play therapy in rtducing shyness in children. The study method was conducted as an experimental pretest and posttest fashion in the city of shahrood. For this purpose, 30 children of preschool on the city of shahrood during the academic year 2015- 2016 were selected by multi-stage clustering sampling method. The shyness behavioral checklist as are search tool before and after implementation of independent variable (play therapy) was performed and then, the obtained data were analyzed using spss software and descriptive and inferential statistic tests (frequentcies and ANCOVA). To evaluate the efficacy op play therapy in reducing shyness in children, analysis of covariance was used. These results showed that two groups had not significant differences in shyness before treatment. While, after the intervention (play therapy) the observed F value (53/18) wasthe significance level of 0/001. The over all average score of shyness (based on shyness behavioral checklist for all indicatirs) were significant after play therapy ($P < 0/001$). According to results play therapy fashion is effective for treatment and reducing shyness preschool children.

Keywords: play therapy, shyness, child