

# تأثیر بازی‌درمانی گروهی بر کاهش کمرویی دانش‌آموزان با آسیب شنوایی

عباسعلی حسین‌خانزاده\* / دانشیار گروه روان‌شناسی / دانشگاه گیلان

ربابه قلی‌زاده / کارشناس ارشد روان‌شناسی / دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت

محبوبه روشندل‌راد / کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان / دانشگاه تبریز

سیده‌زهرا سیدنوری / کارشناس ارشد روان‌شناسی / دانشگاه گیلان

## چکیده

زمینه: بازی به‌عنوان یک روش درمانی عالی برای درمان مشکلات رفتاری کودکان همواره مورد توجه متخصصان بوده است، بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر بازی‌درمانی گروهی بر کاهش کمرویی دانش‌آموزان با آسیب شنوایی انجام شد.

روش: جامعه آماری در این پژوهش شامل همه دانش‌آموزان با آسیب شنوایی دختر کلاس‌های چهارم، پنجم و ششم شاغل به تحصیل در مدارس استثنایی شهرستان رشت در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ بود که از این میان ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی و مساوی در ۲ گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. طرح پژوهش حاضر، آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه کمرویی کرزیر (۱۹۹۵) استفاده شد. برنامه مداخله‌ای بازی‌درمانی گروهی به مدت ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای روی گروه آزمایش اجرا شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد بازی‌درمانی گروهی بر کاهش کمرویی دانش‌آموزان با آسیب شنوایی تأثیر دارد ( $P > 0.001$ ).

نتیجه‌گیری: این نتایج کاربردهای بالینی ضمنی و مهمی در زمینه پیشگیری و بهبود کمرویی دانش‌آموزان با آسیب شنوایی دارد.

واژه‌های کلیدی: بازی‌درمانی گروهی، کمرویی، دانش‌آموزان، آسیب شنوایی

## مقدمه

به علت محدودیت در ابزار ارتباطی، بیشتر در خطر طرد و عدم‌پذیرش از سوی دیگران قرار دارند و این مسئله بر درکی که فرد از خود دارد، تأثیر می‌گذارد (۲). براساس انجمن گفتار، زبان و شنوایی آمریکا، کودکان با آسیب شنوایی تحت تأثیر ۴ مشکل؛ تاخیر در ارتباط بیانی و دریافتی، کاهش پیشرفت تحصیلی، انزوای اجتماعی و خودانگاره منفی به دلیل مشکلات ارتباطی، محدودیت در فرصت‌ها و انتخاب‌های شغلی قرار دارند که این امر مشکلات خاص شناختی، روانی و اجتماعی را به دنبال خواهد داشت (۳). یکی از نتایج احساس تنهایی، رشد مشکلات ارتباطی و اجتماعی است. از میان گروه‌های مختلف کودکان استثنایی آنچه در مورد خانواده و پرورش کودکان کم‌شنوا وجود دارد، بیشتر مربوط به مشکلاتی است که بسیاری از کودکان کم‌شنوا در رشد اجتماعی-روان‌شناختی خود دارند (۴). ثریف<sup>۱</sup> بیان می‌کند دانش‌آموزان کم‌شنوایی که در روابط خود با دیگران دچار مشکل

سلامت جسمی و روانی یکی از مهم‌ترین عوامل موثر در پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان است، نقص یا اختلال در عملکرد هر یک از حواس کودک، منجر به افت تحصیلی تدریجی و در نتیجه ایجاد عوارض و مشکلات روانی دیگری مانند احساس حقارت، خودکم‌بینی، کمرویی و اعتماد نداشتن به خود خواهد شد (۱). شنوایی در رشد زبان و ارتباط کلامی، اصلی بنیادی محسوب می‌شود و آسیب در آن تحول بهنجار کودک و بسیاری از توانمندی‌های تحصیلی وی را تحت‌الشعاع قرار داده و پیشرفت آن را با کندی مواجه می‌کند. تاخیر اولیه ناشی از آسیب شنوایی در رشد زبان و گفتار منجر به نارسایی در ارتباط اجتماعی شده که به نوبه خود می‌تواند باعث سطح پایین‌تری از تعامل اجتماعی، عملکرد تحصیلی ضعیف‌تر، احساس انزوا و حرمت خود پایین و در نهایت کم‌رویی شود. این امر به نوبه خود مشکلات رفتاری، هیجانی-اجتماعی و یادگیری را به ارمغان می‌آورد. دانش‌آموزان با آسیب شنوایی

\* Email: abbaskhanzade@gmail.com

1. Trief

شنوایی نیز به صورت مانع و محدودیتی بر سر راه افراد قرار می‌گیرد، باید این مشکل را از بدو تولد به طور منطقی مدیریت کرد تا آثار سوء آن هر چه بیشتر کاهش یابد و فرد مبتلا به این نقص بتواند در جامعه زندگی کند و عضو مفیدی برای اجتماع باشد (۱).

استفاده از راهبردهای موثر برای انطباق مناسب می‌تواند در بهبود تعامل اجتماعی، حرمت خود پایین و کمرویی دانش آموزان آسیب دیده شنوایی موثر بوده و ظرفیت آن‌ها را برای تمرکز بر فعالیت‌های تحصیلی، بهبود سلامت روانی و کاهش مشکلات رفتاری افزایش دهد. مطالعات نشان داده‌اند در کودکان مضطرب و کمرو، شناخت‌های آسیب دیده یا پردازش‌های شناختی نابهنجار وجود دارد. از جمله مداخلات روان‌شناختی که برای درمان پیشنهاد شده، روش‌های شناختی- رفتاری است (۱۴).

درمان شناختی- رفتاری شامل ۳ فرضیه اصلی: افکاری که بر هیجان‌ها و رفتارهای فرد در پاسخ به رویدادها تأثیر می‌گذارند، تعبیر و تفسیر رویدادها که توسط باورها و فرضیات فرد شکل می‌گیرند و خطاهای شناختی است. این روش، نوعی تکنیک درمانی است که هدف آن فرونشانی اضطراب و پریشانی از طریق تغییر مستقیم خیال‌اندیشی‌های معلول همراه با آن است. بدیهی است درمان شناختی- رفتاری را چنانچه تصور می‌شود در کودکان نمی‌توان به کار برد، زیرا به علت کاربرد فرآیندهای شناختی پیشرفته در درمان، اثربخشی محدودی دارد. بنابراین به عنوان جایگزین آن می‌توان از شیوه بازی درمانی شناختی- رفتاری که نوعی از درمان شناختی- رفتاری است و متناسب با رشد کودکان پیش دبستانی و سنین مدرسه طرح ریزی شده استفاده کرد (۳). در این روش تأکید بر آموزش مهارت‌های مواجهه، بالا بردن خودمهارگری و افزایش خود کارآمدی همچنین مشارکت فعال کودکان در کشف تفکرات و عقاید آن‌ها از طریق مشارکت با درمانگر است (۱۵).

بازی یک روش صحیح و درست در درمان کودک است، زیرا کودکان اغلب در بیان شفاهی احساسات‌شان دچار مشکل هستند. از طریق بازی، کودکان می‌توانند موانع‌شان را کاهش

هستند، توسط همسالان عادی خود مورد پذیرش واقع نمی‌شوند و در معرض فشارهای شدید روانی، طرد و تنهایی قرار دارند (۵)، بنابراین اگر آسیب شنوایی به طور مناسب در سنین اولیه مدیریت نشود، این موضوع در بزرگسالی ادامه یافته و به فرصت‌های شغلی، روابط و کیفیت زندگی آسیب می‌زند (۶) و (۷).

کودکانی که آسیب شنوایی دارند در معرض رشد روانی- اجتماعی پایین قرار دارند که برای بسیاری از آن‌ها مشکلات ارتباطی، یادگیری هیجانی و اجتماعی را سخت‌تر می‌کند (۸ و ۹). کمرویی در طبقه بندی بیماری‌های روانی قرار ندارد اما پژوهش‌های عصبی- زیستی یا عصبی- روان‌شناختی سال‌های اخیر نشان داده‌اند کمرویی در دوران کودکی می‌تواند پیامدهای شدید مثل اضطراب، افسردگی و فقدان اطمینان به خود در تعاملات اجتماعی داشته و منجر به بیماری‌های ارتباطی مانند تاخیر در زبان بیانی و به دنبال آن مشکلات یادگیری در مدرسه شود (۱۰ و ۱۱).

کمرویی به عنوان یک پدیده پیچیده و مرکب ذهنی، روانی و اجتماعی تعریف شده که با اضطراب در موقعیت‌های اجتماعی، بازداری اجتماعی یا رفتارهای بین فردی که ناشی از نگرانی درباره ارزیابی بین فردی است، مشخص می‌شود (۱۲).

افراد مبتلا در موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی پرتنش، نگران و آشفته‌اند و از شرمندگی و احتمال تغییر، واهمه دارند، به همین علت اغلب از این موقعیت‌ها اجتناب کرده و در صورت روبه‌رو شدن با این شرایط، اضطراب شدیدی را تجربه می‌کنند، زیرا ارزیابی منفی از خود، حرمت خودضعیف و احساس حقارت دارند. این افراد اغلب در مدرسه به علت اضطراب، پیشرفت چندانی نداشته و در مجموعه‌ای از فعالیت‌های مدرسه تا محیط اجتماعی و شغلی با شکست مواجه خواهند شد (۱۳). بنابراین این کودکان نسبت به جمعیت طبیعی نشانه‌های افسردگی بیشتری را تجربه کرده و از تحول روانی- اجتماعی پایینی برخوردارند (۸). از این رو با توجه به این که عموماً محدودیت، مانع بروز توانایی‌ها و شکوفایی استعداد انسان می‌شود و آسیب شنوایی یا نقص

در کل با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته و نیز نقش بسزای راهبردهای مقابله‌ای بر سلامت عمومی، انتخاب جمعیت هدف و نحوه برنامه‌ریزی درست متناسب با ویژگی‌های آن‌ها از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. بنابراین پژوهشگران حاضر با توجه به حساسیت این مرحله رشدی و نتایج یافته‌های پژوهشی مبنی بر مفید بودن روش‌های بازی درمانی، با طرح این سوال که آیا کاربرد بازی درمانی گروهی موجب کاهش کمروبی کودکان دبستانی با آسیب شنوایی می‌شود؟ با به کارگیری این تکنیک تغییرات کمروبی را در دانش آموزان با آسیب شنوایی بررسی کردند.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر مطالعه‌ای آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دختر پایه تحصیلی چهارم، پنجم و ششم مقطع ابتدایی با آسیب شنوایی شاغل به تحصیل در مدارس استثنایی شهرستان رشت در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ بود. نمونه آماری در این پژوهش شامل ۳۰ نفر از دانش‌آموزان فوق بودند که با توجه به مشکلات اجرایی و همکاری نکردن بسیاری از والدین در تکمیل پرسش‌نامه به‌ناچار از روش در دسترس در انتخاب نمونه استفاده کردیم. افراد نمونه به‌صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند.

### پرسش‌نامه کمروبی

در این پژوهش از پرسش‌نامه خودسنجی کمروبی کرزیر<sup>۳</sup> (۲۳) استفاده شد. این مقیاس برای کودکان ۸ تا ۱۱ ساله استفاده می‌شود و دارای ۲۶ گویه است (۲۳). این ابزار در پژوهش‌های قبلی در سطح وسیعی استفاده و به‌اندازه کافی تحلیل شده است. پرسش‌نامه کمروبی کودکان ۲ وجه شناختی و بدنی از کمروبی را مشخص می‌کند. این ابزار از کمروبی ادراک شده خود کودکان ناشی شده است (۲۴). برخی از گویه‌های این آزمون عبارتند از: «برای من صحبت کردن با شخصی که نمی‌شناسم، کار سختی

داده و احساسات خود را بهتر نشان دهند (۱۶). بنابراین با توجه به پژوهش‌های انجام شده در زمینه درمان، بازی درمانی رفتاری-شناختی در درمان این مشکلات مناسب بوده و این روش در تبدیل شناخت‌های منفی این کودکان به شناخت‌های مثبت اثرگذار است (۱۲). بازی موجب ارتباط افکار درونی کودک با دنیای خارجی او شده و باعث می‌شود بتواند اشیای خارجی را تحت کنترل خود درآورد. بازی به کودک اجازه می‌دهد تا تجربیات خود، افکار، احساسات و تمایلاتی را که برای او تهدیدکننده است، نشان دهد (۱۷). بازی درمانی از موثرترین روش‌های درمانی برای درمان اختلالات رایج در کودکان است. در تایید این نظر می‌توان به نتایج برخی از یافته‌های پژوهشی استناد کرد. از جمله دادستان و همکاران (۱۸) در بررسی تاثیر بازی درمانی کودک محور بر مشکلات بیرونی کودکان نشان دادند بازی درمانی کاهش مشکلات بیرونی و پرخاشگری را سبب شده است (۱۸). نادری و همکاران نیز در پژوهش خود تاثیر بازی درمانی را در کاهش اختلال کم توجهی/بیش‌فعالی، اضطراب و افزایش رشد اجتماعی در کودکان مشاهده کردند (۱۹) با کگرلی و جنکینز (۲۰) اثربخشی بازی درمانی کودک محور را بر عوامل تشخیصی و رشدی در کودکان بی‌خانمان بررسی کردند، نتایج نشان داد به‌طور معنی‌داری کرانه‌های رشدی و پروفایل‌های تشخیصی در این کودکان بهبود یافته است (۲۰).

دانگر و لاندرت<sup>۲</sup> در پژوهش خود اثربخشی بازی درمانی کودکان پیش‌دبستانی و دبستانی مبتلا به مشکلات تکلم را مورد بررسی قرار دادند، نتایج بیانگر این بود که بازی درمانی، کمک بسیاری در کاهش اضطراب کودکان داشته است (۲۱). جنتیان و همکاران در پژوهشی در مورد اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر شدت علائم اختلال کم توجهی/بیش‌فعالی در ۳۰ پسر دانش‌آموز ۹ تا ۱۱ ساله مبتلا، دریافتند که از بازی درمانی می‌توان به‌عنوان یک روش درمانی موثر برای این کودکان استفاده کرد (۲۲).

1. Baggarly & Jenkins
2. Danger & Landreth

3. Crozier

پرسش‌نامه با نظرخواهی از متخصصان مختلف کاملاً مورد تایید قرار گرفته است. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای این آزمون ۰/۷۸ به دست آمد که رضایت‌بخش است.

### برنامه مداخله

بازی‌درمانی رفتاری - شناختی، بر نظریه‌های رفتاری - شناختی رشد هیجانی، آسیب‌شناسی روانی و نیز بر مبنای مداخله‌های ناشی از چنین نظراتی، استوار است. این روش بازی‌درمانی که توسط سهرابی در سال ۱۳۹۰ با توجه به نظرات بازی‌درمانی رفتاری - شناختی وب (۲۰۰۹) و کادسون و اسکفر (۲۰۰۹) طراحی و اجرا شد، مداخله‌های رفتاری و شناختی را در یک الگوی بازی‌درمانی جذب می‌کند. فعالیت‌های بازی به صورت ارتباط کلامی و غیر کلامی مورداستفاده قرار می‌گیرند.

بازی‌درمانی رفتاری - شناختی یک چارچوب نظری مبتنی بر اصول رفتاری و شناختی فراهم می‌آورد و چارچوب مذکور این اصول را به لحاظ تحولی با یکدیگر تلفیق می‌کند (۳۰).

جلسه‌های درمان به مدت ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای بود. روش مداخله محقق در پژوهش حاضر بر اصول بازی‌درمانی گروهی استوار است. بعد از اتمام جلسه‌های بازی‌درمانی، مجدداً آزمون مشکلات رفتاری روی ۲ گروه آزمایش و گواه اجرا شد.

است»، «من معمولاً در میان جمعی از افراد خجالت می‌کشم» و «من در کنار افراد مهم عصبی و نگرانم». پاسخ‌ها، ترس و کمروبی خودآگاه افراد را انعکاس می‌دهند. شیوه نمره‌گذاری آزمون به گونه‌ای است که برای «بله» عدد ۲، برای «نمی‌دانم» عدد ۱ و برای «نه» عدد صفر را انتخاب می‌کنند. نمرات برای پرسش‌هایی که برخلاف دستورالعمل بیان شده‌اند، معکوس می‌شوند. برای تایید روایی این مقیاس از متخصصان داخلی نظرخواهی شده است.

کریز (۲۳) برای این مقیاس همسانی درونی خوب (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲) و اعتبار همزمان (ضرایب همبستگی برای مقیاس فرعی پذیرش اجتماعی از نیمرخ خودپنداشت کودکان در محدوده ۰/۳۷- تا ۰/۳۶-) را نشان داده است. زیمباردو<sup>۱</sup> (۲۵)، زیمباردو و رادل<sup>۲</sup> (۲۶) و دی سوزا، گودا<sup>۳</sup> و گودا (۲۷) آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. گودینو و لایو<sup>۴</sup> (۲۸) همسانی درونی این مقیاس را ۰/۸۵ گزارش کرد. ایمان، برای این مقیاس همسانی درونی داخلی خوب (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴) و اعتبار همزمان ۰/۵۳ را نشان داده است (۲۹). پروین، موحدی و فرامرزی (۲۴) بین نمره‌های حاصل از پرسش‌نامه و نمره‌ها و رتبه‌هایی که معلمان و مربیان به دانش‌آموزان از نظر میزان خجالتی‌بودن داده بودند، ضریب همبستگی ۰/۸۵ یافتند. همچنین آن‌ها پایایی بازآزمایی این آزمون را ۰/۹۲ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز روایی

### جلسه نخست

**هدف:** معرفی افراد حاضر در جلسه‌های درمانی به همدیگر، بیان قوانین و قراردادهای برنامه و ترسیم دورنمای کلی از جلسه‌های درمانی گروهی توسط درمانگر.  
**اجرا:** ابتدا درمانگر خود و قوانین جلسه را به افراد گروه معرفی کرد، سپس از همه آزمودنی‌ها خواسته شد خودشان را به‌طور کامل برای همه افراد حاضر معرفی کنند و بعد از معرفی برای برقراری ارتباط متقابل مناسب و همچنین جلب اعتماد آزمودنی‌ها از آن‌ها سوالاتی پرسیده شد.

### جلسه دوم

**هدف:** تعیین موقعیت‌های مشکل توسط آزمودنی‌ها.  
**اجرا:** در این جلسه از آزمودنی‌ها خواسته شد موقعیت‌های مشکل را با همکاری هم تعیین کنند (موقعیت مشکل، موقعیتی است که دیگران به رفتارهای کودکان اعتراض داشته باشند).

1. Zimbardo
2. Radl
3. D, Souza & Gowda
4. Gudino & Lau

<b>جلسه سوم</b>
<p><b>هدف:</b> تعیین مجدد موقعیت‌های مشکل و بازی کردن آن موقعیت‌ها توسط آزمودنی‌ها.</p> <p><b>اجرا:</b> موقعیت‌های مشکل تعیین شده در جلسه قبل مجدداً توسط آزمودنی‌ها مطرح و نمره داده شد تا به این وسیله هماهنگی و ثبات موقعیت‌ها تشخیص داده شود.</p>
<b>جلسه چهارم: بهبود روابط بین فردی، افزایش پذیرش اجتماعی و کاهش کمروبی</b>
<p><b>هدف:</b> شالوده‌ریزی ارزش‌ها، پیشگیری از مشکل، طرح‌ریزی حل مسئله، ایقا و نگهداری ارزش‌ها در آزمودنی‌ها.</p> <p><b>اجرا:</b> ابتدا موقعیت‌ها ارزیابی شده و سپس شالوده‌ریزی ارزش‌ها در ذهن آزمودنی‌ها صورت گرفت. موقعیت‌ها به‌طور کلی تشریح و نکات منفی کارها توضیح داده و ارزش اعمال مثبت روشن شد.</p>
<b>جلسه پنجم: بهبود روابط بین فردی</b>
<p><b>هدف:</b> کار روی مفهوم مشارکت گروهی آزمودنی‌ها در بازی شهرسازی.</p> <p><b>اجرا:</b> از بچه‌ها خواسته شد با توجه به وسایل بازی موجود با توافق همدیگر نقش‌های خاصی را انتخاب کرده و هر کدام کار خاصی را انجام دهند. به وسیله مشارکت گروهی نیازها تعیین و اولویت‌بندی شد و شروع به ساختن شهر کردند.</p>
<b>جلسه ششم: افزایش پذیرش اجتماعی و کاهش کمروبی</b>
<p><b>هدف:</b> کار روی مفهوم تعامل اجتماعی آزمودنی‌ها در بازی شهرسازی.</p> <p><b>اجرا:</b> چگونگی وضعیت و جایگاه شغلی رده‌های مختلف اجتماع آزمودنی‌ها شناسانده و در قالب بازی شهرسازی به نکات ریز رفتاری در تعاملات پرداخته شد.</p>
<b>جلسه هفتم: بهبود روابط بین فردی و افزایش پذیرش اجتماعی</b>
<p><b>هدف:</b> کار روی فهم درست قوانین آزمودنی‌ها در بازی شهرسازی.</p> <p><b>اجرا:</b> در بازی شهرسازی سعی بر این است ۳ مورد در فهم درست قوانین مورد توجه قرار گیرد:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱- قوانینی که بر گروه یا جامعه حاکم‌اند</li> <li>۲- دانستن قوانین</li> <li>۳- رفتار کردن به قوانین</li> </ol>
<b>جلسه هشتم: بهبود روابط بین فردی و افزایش پذیرش اجتماعی</b>
<p><b>هدف:</b> کار روی مفهوم مدیریت و برنامه‌ریزی آزمودنی‌ها در بازی شهرسازی.</p> <p><b>اجرا:</b> در خلال بازی به آزمودنی‌ها مدیریت و برنامه‌ریزی هنگام شهرسازی آموزش داده شد و همگی ملزم به یادگیری و رعایت نظم شدند.</p>
<b>جلسه نهم: افزایش پذیرش اجتماعی</b>
<p><b>هدف:</b> کار روی مفهوم مدیریت هیجان‌های آزمودنی‌ها در بازی شهرسازی.</p> <p><b>اجرا:</b> در خلال بازی سعی شد به تمایلات و عواطف آزمودنی‌ها نظم داده شود.</p>
<b>جلسه دهم: کاهش کمروبی</b>
<p><b>هدف:</b> کار روی تقویت مکانیسم دفاعی خویشنداری آزمودنی‌ها در بازی شهرسازی.</p> <p><b>اجرا:</b> آزمودنی‌ها در ساختن شهر یاد گرفتند ابتدا چگونه نیازهای خود را اولویت‌بندی کرده، در صورت لزوم آن‌ها را به تاخیر انداخته و بلافاصله خواهان رفع نیازهایشان نباشند و رفاه و آسایش دیگران را هم در نظر بگیرند. در این جلسه درمانی سعی شد خواسته‌های آن‌ها از ناحیه درمانگر بیشتر رنگ منطقی و عقلی به خود بگیرد.</p>
<b>جلسه یازدهم و دوازدهم: بهبود روابط بین فردی، افزایش پذیرش اجتماعی و کاهش کمروبی</b>
<p><b>هدف:</b> ارزیابی موقعیت‌های مطلوب و نامطلوب آزمودنی‌ها.</p> <p><b>اجرا:</b> در این جلسه‌ها به ارزیابی موقعیت‌ها پرداخته شد. در ابتدا موقعیت‌های مشکل با آزمودنی‌ها به روال جلسه‌های قبل مرور، سپس چند موقعیت مطلوب متناسب با مشارکت آزمودنی‌ها تعیین شد، آن‌ها نیز با گرفتن نقش‌های متعدد در قالب بازی، در واقع میزان تاثیرپذیری درمان را نشان دادند.</p>

## یافته‌ها

## جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	K-S Z	P
روابط بین فردی	پیش آزمون	آزمایش	۵۵/۴۶	۷/۰۳	۰/۵۸	۰/۸۷
	پس آزمون	گواه	۵۶/۱۳	۸/۱۸	۰/۶۵	۰/۷۷
	پس آزمون	آزمایش	۳۲	۴/۱۹	۰/۶۶	۰/۷۷
	پس آزمون	گواه	۵۵/۷۳	۸/۵۱	۰/۸۷	۰/۴۲
پذیرش اجتماعی	پیش آزمون	آزمایش	۱۴/۲۰	۴/۰۷	۰/۷۲	۰/۶۷
	پس آزمون	گواه	۱۳/۴۰	۳/۶۴	۰/۸۱	۰/۵۲
	پس آزمون	آزمایش	۲۴/۶۰	۳/۹۲	۰/۷۴	۰/۶۴
	پس آزمون	گواه	۱۳/۷۳	۴/۳۵	۱/۱۶	۰/۱۳
کمروبی	پیش آزمون	آزمایش	۳۶/۴۶	۵/۹۲	۰/۵۲	۰/۹۴
	پس آزمون	گواه	۳۶/۹۳	۶/۰۷	۰/۹۱	۰/۳۷
	پس آزمون	آزمایش	۲۸/۰۶	۶/۳۴	۰/۳۸	۰/۹۹
	پس آزمون	گواه	۳۷	۵/۸۴	۰/۹۰	۰/۳۸

## جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه تفاوت گروه آزمایش

## و گواه در متغیر کمروبی

منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آماره F	سطح معنی داری	اندازه اثر
پیش آزمون	۹۷۸/۶۳	۱	۹۷۸/۶۳	۴۲۴/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۹۴
عضویت گروهی	۵۳۷/۶۵	۱	۵۳۷/۶۵	۲۳۲/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۸۹
خطا	۶۲/۳۰	۲۷	۲/۳۰			

## جدول ۳. میانگین‌های برآورد شده نهایی متغیر کمروبی در گروه‌ها

گروه	میانگین	خطای استاندارد
آزمایش	۲۸/۲۹	۰/۳۹
گواه	۳۶/۷۷	۰/۳۹

با توجه به جدول ۳ میانگین گروه آزمایش در متغیر کمروبی ۲۸/۲۹ کمتر از میانگین گروه گواه در این متغیر با میانگین ۳۶/۷۷ بود که این تفاوت با توجه به آزمون F در جدول ۳ معنی دار است، بنابراین با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت بازی درمانی گروهی بر کاهش کمروبی دانش آموزان با آسیب‌شناسی تأثیر دارد.

یافته‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در این پژوهش به این شرح بود که تعداد دانش آموزان مورد پژوهش در هر گروه ۱۵ نفر و در هر پایه (پایه‌های چهارم، پنجم و ششم) ۵ دانش آموز دختر بودند. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها آزمون کالموگروف-اسمیرنوف اجرا شد. یافته‌ها نشان دادند آماره Z آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای تمامی متغیرها در هر ۲ گروه معنی دار نیست، بنابراین توزیع متغیرها در گروه آزمایش و گواه طبیعی است.

برای بررسی تأثیر آموزش بازی درمانی گروهی بر کاهش کمروبی دانش آموزان با آسیب شنوایی از تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد. آزمون F برای بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون-پس‌آزمون متغیر کمروبی در گروه آزمایش و گواه به کار برده شد.

بر اساس نتایج، آماره F آزمون از نظر آماری معنی دار نیست ( $F=0/50, P>0/49$ )، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت شیب رگرسیون پیش‌آزمون-پس‌آزمون متغیر کمروبی در گروه‌ها برابر است. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر بازی درمانی بر کمروبی در مرحله پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

با توجه به جدول ۲ آماره F کمروبی در پس‌آزمون ۲۳۲/۹۸ بوده که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است و این نشان می‌دهد بین ۲ گروه در میزان کمروبی تفاوت معنی دار وجود دارد. اندازه اثر ۰/۸۹ نیز نشان می‌دهد این تفاوت در جامعه بزرگ و قابل توجه است.

لازم به ذکر است که مقدار ۰/۰۱ به عنوان اندازه اثر کوچک، ۰/۰۴ متوسط و ۰/۱ بزرگ در نظر گرفته می‌شود (۳۱). آماره F پیش‌آزمون کمروبی نیز ۴۲۴/۰۸ و در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است، یعنی پیش‌آزمون تأثیر معنی داری بر نمرات پس‌آزمون دارد و استفاده از تحلیل کوواریانس ضروری است.

## بحث

هدف از پژوهش حاضر تاثیر بازی درمانی گروهی بر کاهش کمرویی دانش آموزان با آسیب شنوایی بود. با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس، کمرویی دانش آموزان با آسیب شناسی در مرحله پس از آزمون در گروه آزمایش به طور معنی داری کمتر از گروه گواه بود، به نحوی که میانگین برآورد شده گروه آزمایش در متغیر کمرویی پس از مداخله کمتر از میانگین گروه گواه در این متغیر است. این نتایج با پژوهش های سایر محققان و درمانگران در رابطه با مشکل کمرویی کودکان همسو است. بابایی، یزدی و حسینیان طی پژوهشی تحت عنوان بررسی اثربخشی بازی درمانی گروهی با رهنمود بر اختلال سلوکی دانش آموزان دبستانی بر ۱۶۰ دانش آموز ۱۰ و ۱۱ ساله به این نتیجه رسیدند که بازی درمانی گروهی با رهنمود در کاهش اختلال سلوکی دانش آموزان دبستانی می تواند مفید باشد (۳۲). عبدخدایی و صادقی میزان اضطراب جدایی و اثربخشی بازی درمانی با رویکرد رفتاری-شناختی را بر کاهش آن در کودکان ۵ تا ۶ ساله شهرستان مشهد بررسی کرده و به این نتیجه رسیده اند که با شناساندن افکار ناکارآمد دختران پیش دبستانی، کمک به آن ها برای استفاده از راهکارهای مقابله ای مناسب، ایجاد الگوهای خوب در آن ها، آموزش مادران برای ایجاد ارتباط صحیح با کودک و شناسایی خطاهای شناختی توسط کودک می توانند اضطراب جدایی را در آن ها کنترل کنند (۳۳). استالمیکر و دی، طی پژوهش خود روی ۵۳ کودک ۶ تا ۸ ساله اثربخشی بازی درمانی بر کودکان مضطرب را بررسی کردند. نتایج نشان داد بازی درمانی، اضطراب کودکان را به طور معنی داری کاهش می دهد (۳۴). وتیگ<sup>۲</sup> در پژوهشی اثر بازی درمانی بر کمرویی و کناره گیری اجتماعی کودکان را بررسی کرده و به این نتیجه رسید بعد از درمان، نشانه های هدف به طور معنی داری کاهش پیدا می کند (۳۵). غیائی طی پژوهشی بر تاثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری مایکنبام بر کمرویی کودکان دبستانی به این نتیجه رسید

بازی درمانی بر کاهش کمرویی کودکان دبستانی موثر است (۱۲). روکساندر<sup>۳</sup> و همکاران نیز کاربرد بازی و نمایش را در انعطاف پذیری کودکان در معرض خطر مورد بررسی قرار داده و به این نتیجه رسیده اند که بازی و جلسه های نمایش اعتماد به خود کودکان را افزایش داده و رفتارهای از هم گسیخته را در آن ها کاهش می دهد. جلسه های کاری خلاق راه های مختلف ارتباطی را پیشنهاد داده و فرصت کار در گروه را ایجاد می کند (۳۶).

در پژوهش حاضر نیز نتایج نشان داد بازی درمانی گروهی بر کاهش کمرویی دانش آموزان با آسیب شناسی تاثیر دارد. در تبیین این امر می توان گفت کودکان با آسیب شناسی به دلیل نقص خود و به دنبال کمرویی ایجاد شده، در ارتباط با سایر همسالان دچار ترس اجتماعی شده و از تماس با دیگران و شرکت در بازی های گروهی خودداری می کنند. در بازی درمانی گروهی، کودکان مجبور به تماس با همسالان خود و شرکت در بازی ها هستند و به علت این که در این موقعیت قرار می گیرند و محرک ترس آوری دریافت نمی کنند، کمرویی و اضطراب آن ها در محیط رفته رفته کم می شود. بعد از مدتی که کودکان متوجه می شوند آن ها مورد ارزیابی یا تحقیر نیستند، کناره گیری افراطی آنان نیز به تدریج برطرف شده، از شرکت در بازی با همسالان خود لذت می برند. نارسایی شنوایی قابلیت فرد را برای دریافت و پردازش محرک های شنیداری تغییر می دهد. افراد آسیب دیده شنوایی یا نیمه شنوا اطلاعات شنیداری محدودی را دریافت می کنند که در مقایسه با درون داد دریافت شده افراد شنوا تحریف شده است و منجر به درک متفاوت اطلاعات در مقایسه با افراد بهنجار خواهد شد. این تفاوت ها بدون تردید پیامدهایی را برای رشد روان شناختی آن ها خواهد داشت. بنابراین دانش آموزان کم شنوا و با آسیب شنوایی که در روابط اجتماعی دارای مشکل هستند یا توسط همسالان عادی خود مورد پذیرش واقع نمی شوند، در معرض ابتلا به انواع ناهنجاری های رفتاری و عاطفی از جمله کمرویی، انزوا و گوشه گیری هستند. نقص شنوایی در کودکان

1. Stulmaker & Dee  
2. wettig

3. Ruxandr

شناختی، زبانی و حل مسئله که در روند بازی به کار برده می‌شود به آن‌ها فرصت آگاهی یافتن از محیط خود و آموختن مهارت‌های اجتماعی و توانایی همکاری و همدلی با دیگران را می‌دهد (۳۵). گروهی بودن درمان نیز یکی از عوامل اثربخشی آن است. به کار بردن این نوع درمان به خصوص در کودکان اثربخشی آن را افزایش می‌دهد. بازی‌درمانی گروهی پیوند طبیعی ۲ درمان موثر و یک فرآیند روان‌شناختی و اجتماعی است که در آن کودکان از طریق ارتباط با یکدیگر در اتاق بازی چیزهایی را درمورد خودشان یاد می‌گیرند. بازی‌درمانی گروهی برای درمانگر فرصتی را فراهم می‌کند تا به کودکان کمک کند چگونه تعارضات را حل کنند (۳۸). بازی‌درمانی رفتاری - شناختی، بر نظریه‌های رفتاری - شناختی رشد هیجانی، آسیب‌شناسی روانی و نیز بر مبنای مداخله‌های ناشی از چنین نظراتی، استوار است. در این پژوهش سعی بر این بود با بازسازی موقعیت‌های مشکل و بازی کردن آن موقعیت‌ها روابط بین فردی کودکان با آسیب‌شناسی اصلاح شده و در نتیجه با مشارکت بیشتر در کار گروهی پذیرش اجتماعی آن‌ها افزایش یابد. در انتها کودکان با آگاهی یافتن از محیط خود و آموختن مهارت‌های اجتماعی، توانمندی کنترل هیجان‌های خود را کسب کردند و کمروبی آنان با توجه به نتایج پژوهش کاهش یافت.

از محدودیت‌های پژوهش دسترسی نداشتن به افراد بیشتر در گروه نمونه به علت مشکلات اجرایی و همکاری نکردن بسیاری از والدین در تکمیل پرسش‌نامه بود، بنابراین شرایط برای تفکیک جنسیت و مقایسه اثربخشی پدید نیامد. همچنین حجم پایین نمونه از قدرت تعمیم‌پذیری آن به جامعه می‌کاهد. در سطح نظری پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از حجم نمونه بیشتر، گروه‌های سنی و مقاطع تحصیلی دیگر، همچنین ابزارهای بومی استفاده شود و در صورت امکان، مرحله پیگیری مداخلات نیز مورد توجه قرار گیرد. همچنین در سطح کاربردی و براساس یافته‌های پژوهش حاضر مبتنی بر تاثیرگذاری بازی و بازی‌درمانی در کاهش کمروبی دانش‌آموزان با آسیب شنوایی،

کم‌شنوا تا حد زیادی پیش‌بینی کننده عملکرد آنان در ارتباطات بین فردی است، چراکه این کودکان از دریافت و ارسال واضح و بدون واسطه پیام هنگام رویارویی با افراد و برقراری ارتباط با آنان محروم هستند. مهارت‌های شناختی که کودکان در بازی‌درمانی کسب می‌کنند باعث افزایش مهارت آنان در استفاده از تمامی توانایی‌ها و موجودیت اطرافش برای بهبود در روابط بین فردی خواهد شد. در بازی‌درمانی مهارت‌های بین فردی همچون توانایی صحیح مکالمه، مهارت حل مسئله، همدلی، استفاده مطلوب از زبان بدن در مکالمات، احترام به قوانین گروه و ... به کودک آموزش داده می‌شود. علاوه بر این، بازی‌درمانی با کاهش مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده (چون اضطراب و افسردگی) و برونی‌سازی شده (پرخاشگری، تکانشگری و ...) زمینه‌گرایش به تعامل افراد با این دانش‌آموزان را فراهم می‌کند. همچنین رشد مطلوب مهارت‌های اجتماعی در پی بازی‌درمانی و ایجاد فرصت تعامل با همسالان می‌تواند سبب ارتقای توانایی تحصیلی دانش‌آموز و خود این مسئله باعث پذیرش اجتماعی بیشتر و رابطه بهتر همسالان شود، بنابراین منجر به کاهش کمروبی در آنان خواهد شد.

بازی‌درمانی یکی از شیوه‌های درمانی موثر است که می‌تواند موجب کاهش نشانه‌های کمروبی و گوشه‌گیری اجتماعی و در نتیجه کاهش تاثیرات منفی آن بر زندگی کودک شود. بازی‌درمانی گروهی بهترین انتخاب برای کودکانی است که مشکلات اجتماعی دارند یا مشکلات آن‌ها در حضور کودکان دیگر ظاهر می‌شود. درمانگر به کودک کمک می‌کند به طور مناسب نحوه ابراز خود و هیجان‌اتش را بیاموزد. کمک به مشارکت یادگیری، خودشاهدی، مسئولیت ابراز احساسات، احترام گذاشتن، پذیرفتن خود و دیگران و بهبود رفتارهایی چون مهارت‌های اجتماعی، حرمت خود و کاهش افسردگی از اهداف کلی مداخله بازی‌درمانی گروهی است (۳۷).

اهداف بازی در ۳ حیطه رشد خود، پختگی و رشد ارتباط دسته‌بندی می‌شود. کودکان در بازی، بیان احساسات و افکار را آموخته و بر محیط خود احساس کنترل کسب می‌کنند. مهارت‌های حرکتی،



به مسئولان ذیربط در آموزش و پرورش پیشنهاد می‌شود آموزش‌هایی درباره این شیوه درمانی (بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری) در آموزش ضمن خدمت معلمان مدارس، برای کمک به دانش آموزان دارای این نوع اختلال داده شود. به مشاوران شاغل در مراکز مشاوره نیز پیشنهاد می‌شود از بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری به عنوان درمان اصلی برای کمک به سایر اختلالاتی که منجر به کمرویی و اعتماد به خود پایین در کودکان می‌شوند، بهره گیرند.

#### Reference:

1. Farajollahi M, Sarmadi MR, Taghdiri nooshabadi A. Academic achievement and behavioral difficulties in male students. *Research on Exceptional Children*. 2009; 9(3):273-81. [Persian]
2. Rath S, Nanda S. Self-concept: A psychological study on adolescence. *International Journal of Multidisciplinary Research*. 2012; 1(2): 63-71.
3. O'Connor KJ, Schaefer Ch H, Braverman LD. *Handbook of Play Therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons. 2016; PP: 397-484.
4. Berjis M, Hakim Javadi M, Taher M, Lavasani MGh, Hossein Khanzadeh, AA. A comparison of the amount of worry, hope and meaning of life in the mothers of deaf children, children with autism, and children with learning disability. *J Learn Disabil*. 2014; 3(1): 6-27. [Persian]
5. Ranjbar G, Tarkhan M, Taher M, Khanzadeh H, Esapoor M. The effect of communication skills training on the self-concept and loneliness of students with hearing impairment. *J Sch Psychol*. 2015; 4(2): 39-54. [Persian]
6. Meinzen-Derr J, Wiley S, Grether S, Choo DI. Children with cochlear implants and developmental disabilities: a language skills study with developmentally matched hearing peers. *Res Dev Disab*. 2011; 32(2): 757-767.
7. Wiefferink CH, Rieffe C, Ketelaar L, Frijns JH. Predicting social functioning in children with a cochlear implant and in normal-hearing children: The role of emotion regulation. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2012; 76(6): 883-889.
8. Moeller M. Current state of knowledge: psychosocial development in children with hearing impairment. *Ear Hear*. 2007; 28(6):729-739.
9. Fellingner J, Holzinger D, Beitel C, Laucht M, Goldberg DP. The impact of language skills on mental health in teenager with hearing impairments. *Acta Psychiatr Scand*. 2009; 120(2): 153-159.
10. Schore AN. *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. New York: W. W. Norton & Company Language and Emotional/Behavioral Disorders; 2003.
11. Rogers-Adkinson DL, Griffith PL. *Communication Disorders and Children with Psychiatric and Behavioral Disorders*. San Diego, CA: Singular Publishing Group, Inc; 1999.
12. Ghyasizadeh M. Effectiveness of Play Therapy Via the Cognitive-Behavioral Approach of Mayknbamin Reducing Shyness and Social Withdrawal at Elementary School Students. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2011; 21(6), 96-105.
13. Davison GC, Neale JM. *Abnormal psychology*. 8th ed. Philadelphia: John Wiley; 2001.
14. Kristensen H, Torgersen S. Is social anxiety disorder in childhood associated with developmental deficit/delay? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17(2): 99-107.
15. Meany-Walen KK. *Adlerian play therapy: Effectiveness on disruptive behaviors of early elementary aged children*. University of North Texas; 2011.
16. Wethington HR, Hahn RA, Fuqua-Whitley DS, Fuqua-Whitley TA, Liberman AM, Moscicki E, et al. The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2008; 35(3): 287-313.
17. Prins PJ, Ollendick TH. Cognitive change and enhanced coping: missing mediational links in cognitive behavior therapy with anxiety-disordered children. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2003; 6(2): 87-105.

18. Dadsetan, P, Bayat M, Asgari A. Effectiveness of child-centered play therapy on children externalizing problem reduction. *Journal of Behavioral Sciences*. 2010; 3(4): 26-35.
19. Naderi F, Heidari L, Bouron P, Asgari A. The efficacy play therapy on ADHD, Anxiety and social maturity in 8 to 12 years aged clientele children of Ahwaz metropolitan counseling clinics. *Applied science*. 2010; 10(3): 189-195.
20. Baggarly J, Jenkins W. The effectiveness child-centered play therapy on developmental and diagnostic factors in children who are homeless, *International Journal of Play Therapy*. 2010; 8(1): 45-55.
21. Danger S, Landreth G. Child-Centered Group Play Therapy with Children with Speech Difficulties. *Int J Play Therapy*. 2005; (14): 81-102.
22. Janatian S, Nouri A, Shafiq A, Molavi H, Samavatyan H. Effectiveness of play therapy on the bases of cognitive behavior approach on severity of symptoms of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) among primary school male students aged 9-11. *Behavioral Sciences Research*. 2009; 6(2): 109-118.
23. Crozier W R. Shyness and self-esteem in middle childhood. *Br J Educ Psychol*. 1995; 65(1): 85-95.
24. Parvin M, Movahedi A, Faramarzi S. The Effect of Juvenile Physical Plays on Shyness Improvement of Female Primary School Students. *Development and Motor Learning*. 2015; 7(2): 187-201. [Persian]
25. Zimbardo PG. Shyness. New York: Addison-Wesley publishing company; 2000, PP: 83-98.
26. Zimbardo PG, Radl SL. The shy child: A parent's guide to preventing and overcoming shyness from infancy to adulthood. Los Altos city: Ishk Book Service; 1999, PP 170-191.
27. D, Souza L, Gowda R, Gowda SH. Relationship between shyness and fear among high school students. *Pakistan Journal of Psychological Research*. 2006; 21(3-4): 53-60.
28. Gudino, OG, Lau NS. Parental cultural orientation, shyness, and anxiety in Hispanic children: An exploratory study. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2010; 31: 202-210.
29. Gholi Zadeh R. The impact of group play therapy on improving interpersonal relationships and increasing social acceptance and reduce inhibitions students with hearing damage. Master's Thesis. Azad University of Rasht; 2015. [Persian]
30. Mohammed Ismail A. Play Therapy: Theories, Methods and Clinical Applications. Tehran: Danzheh. [Persian]
31. Huberty CJ. A History of effect sizes indices. *Educational Psychology Measurement*. 2002; 62: 227-240.
32. Babae M, Yazdi M, Hosseiniyan S. The effect of directed social play therapy on behavioral disorder among elementary school students. *Quarterly Journal of New thoughts on Education*. 2011; 7(1): 49-64. [Persian]
33. Abdkhodaie M S, Sadeghi Ardobadi A. Prevalence of Separation Anxiety in Children and Effect of Cognitive Behavioral Play Therapy on Reducing it. *Journal of Clinical Psychology*. 2012; 3 (4):51-58. [Persian]
34. Stulmaker HL, Ray DC. Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Child Youth Serv Rev*. 2015; 57: 127-133.
35. Wettig HG, Coleman AR, Geider FJ. Evaluating the effectiveness of Theraplay in treating shy, socially withdrawn children. *International Journal of Play Therapy*. 2011; 20(1): 26-37.
36. Ruxandr F, Loredana T, Theodora M, Banga E, Viorel A, Hivda H. Using Play and Drama in Developing Resilience in Children at Risk. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2015; 97: 2362 – 2368.
37. Jones KD. Group play therapy with sexually abused preschool children: group behaviors and interventions. *Journal for Specialists in Group Work*. 2002; 27(4): 377-89.
38. Kristin K. Effectiveness on disruptive behaviors of early elementary-aged children. Dissertation prepared for the degree of doctor of Philosophy University of north Texas; 2010.