

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال دوازدهم شماره ۴۵ بهار ۱۳۹۶

تأثیر نمایش عروسکی در کاهش فوبی خاص دانش‌آموزان ابتدایی شهر

تبریز

اسکندر فتحی‌آذر^۱

شهرام واحدی^۲

سکینه رسول‌زاده^۳

چکیده

برخلاف ترس‌های طبیعی دوران کودکی، هراس‌های خاص بیانگر ترس‌های شدیدی هستند که به اجتناب از شی ترسناک منجر می‌شوند، پایدار و سازش نایافته‌اند و توسط کودک به صورت غیرقابل کنترل ادراک می‌شوند. ممکن است هراس‌های رایج در کودکی شامل ترس‌های شدید از حیوانات، طوفان‌ها، آمپول و مکان‌های بسته یا بلند باشد. این مطالعه با هدف تأثیر نمایش عروسکی بر کاهش فوبی خاص دانش‌آموزان ابتدایی شهر تبریز انجام یافته است. پژوهش حاضر بر روی ۴ کودک دارای فوبی خاص به صورت طرح تک آزمودنی همراه با خطوط خط پایه چندگانه پلکانی طی ۱۲ جلسه نمایش عروسکی و پیگیری ۳ هفته‌ای انجام شده است. جهت اندازه‌گیری متغیر وابسته از چک‌لیست محقق ساخته براساس معیارهای تشخیصی DSM-4 استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل دیداری نمودارها، درصد تمامی داده‌های غیرهمپوش و اندازه اثر استفاده شده است. نتایج به دست آمده نشان‌دهنده تغییرات معنادار در شرکت‌کنندگان بود. لذا می‌توان نتیجه گرفت که روش نمایش عروسکی می‌تواند در کاهش فوبی خاص دانش‌آموزان ابتدایی موثر است.

واژگان کلیدی: فوبی خاص؛ دانش‌آموزان ابتدایی؛ نمایش عروسکی؛ طرح چندخط پایه‌ای

۱- استاد گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

Email: e-fathiazar@tabriz.ac.ir

۲- استاد روانشناسی تربیتی، گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

مقدمه

ترس و اضطراب واکنش‌های طبیعی هستند که ارزش حیاتی برای جانداران دارند. ترس یک واکنش طبیعی در برابر خطر است و بقای فرد و نوع را تقویت می‌کند و در حد اعتدال مناسب و حتی ممکن است مفید باشد، اما گاهی ترس جنبه افراطی و غیرمنطقی به‌خود می‌گیرد. در این شرایط با وجود این‌که ترس برای خود شخص نیز غیرمنطقی است، باز از آن اجتناب می‌کند و حتی ممکن است بر عملکردش تأثیر منفی بگذارد که در این صورت ترس مرضی و نابهنجار یا به اصطلاح فوبی است (سادوک^۱ و سادوک، ۱۳۸۸).

فوبی نوعی ترس شدید و نامعقول از یک شیء، یک مکان یا یک موقعیت است. گاهی اوقات این نوع هراس‌ها بدون دلیل روشنی از دوران کودکی آغاز می‌شوند؛ گاهی پس از یک رویداد آسیب‌زا و زمانی نیز پس از تلاش برای درک مفهوم یک ترس یا یک اضطراب غیرمنتظره و شدید بروز می‌کنند (گودوین^۲، ۱۳۸۸).

طبق نظر انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۳ فرد مبتلا در حضور یا انتظار رویارویی با یک شیء یا موقعیت مشخص به ترس قابل ملاحظه، مستمر، مفرط و نامعقول مبتلا می‌شود و کانون این ترس ممکن است انتظار آسیب یا صدمه دیدن جنبه‌ای از یک شیء یا موقعیت باشد؛ مثلاً از سگ بترسد، چرا که نگران آن است که او را گاز بگیرد. این ترس و اضطراب تقریباً همیشه بلافاصله در رویارویی با محرک ترس آور احساس می‌شود و این اضطراب تابعی از درجه مجاورت با محرک ترس آور است. به‌همین دلیل فرد مبتلا از این‌گونه موقعیت‌ها اجتناب می‌کند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۸۸).

شخصی که این اختلال را دارد وقتی با شیء یا موقعیت هراس‌زا روبرو می‌گردد، بلافاصله مضطرب می‌شود. علائم فیزیکی این اضطراب عبارتند از: افزایش ضربان قلب، کندی تنفس، تعرق، احساس درد در قفسه سینه یا شکم، لرزش و ... و علائم احساسی

1- Sadock

2- Goodwin

3- American Psychiatria Association

آن نیز عبارتند از؛ ترس شدید نسبت به از دست دادن کنترل، مضطرب شدن، ضعف و حتی بیهوشی (سادوک و سادوک، ۱۳۸۸).

معمولاً افراد تلاش می‌کنند تا از این شرایط بگریزند و پس از آن نیز از موقعیت‌های هراس‌انگیز هر جا که امکان بروز آن وجود دارد، اجتناب کنند. این امر چنانچه رویارویی با شی ترس‌آور، مانند ترس از مار، به‌ندرت صورت گیرد کاملاً آسان خواهد بود و اجتناب شخص از آن موقعیت زندگی وی را چندان محدود نخواهد کرد. در سایر مواقع، مانند هراس از مکان‌های باز یا جمع‌هراسی، اجتناب از موقعیت هراس‌انگیز، زندگی این قبیل افراد را به شدت محدود خواهد کرد. گریز و اجتناب نیز شیء یا موقعیتی را که فرد نسبت به آن هراس دارد، ترسناک‌تر می‌سازد (گودوین، ۱۳۸۸).

اگر فوبی بیشتر از یک سال طول بکشد، میل به مزمن شدن نشان می‌دهد؛ یعنی ممکن است سال‌ها دوام بیاورد، مگر اینکه دو اتفاق روی دهد: ۱- شرایط زندگی بیمار چنان عوض شود که او مجبور باشد با شیء یا موقعیت فوبیک به‌طور مکرر روبه‌رو شود. ۲- بیمار تحت درمان قرار گیرد (گودوین، ۱۳۸۸).

هربرت^۱ (۱۳۷۸) عنوان می‌کند که در صورت عدم درمان فشار روانی حاصل از ترس شدید حالت مزمن به خود می‌گیرد و موجب بروز بیماری‌های روان‌تنی مثل: فشار خون، زخم معده و آسم می‌گردد.

برای درمان فوبی روش‌های مختلفی وجود دارد. روانکاوی، گفتاردرمانی، شوک-درمانی و خواب مصنوعی از جمله روش‌های درمان است. هنردرمانی از جمله روش‌های درمانی است که در اصلاح و درمان انواع بیماری‌های روان‌نژندی، اختلالات عمیق شخصیتی و نابهنجاری اجتماعی همچون کجروی‌های رفتاری و بیش‌فعالی کاربرد موثری دارد (نامبرگ^۲، نقل از صادق‌پور، ۱۳۹۱).

یکی از روش‌های هنردرمانی استفاده از بازی عروسکی است. عروسک‌ها برای ایفای

1- Herbert

2- Naumburg

نقش و اکتشاف افکار و احساسات بسیاری مؤثرند. با استفاده از نمایش عروسکی مهارت‌های مقابله به کودک آموزش داده می‌شود (هاشمی، میرزمانی، داورمنش و صالحی، ۱۳۸۹).

با توجه به این که فوبی جز اختلال‌هایی است که در صورت عدم درمان و با گذشت زمان رفع نخواهد شد و سطح کیفیت زندگی فرد را پایین می‌آورد بنابراین، رفع این مشکل به واسطه انجام پژوهش‌هایی مفید و مؤثر ممکن خواهد بود. پژوهش حاضر نیز با توجه به ضرورت درمان زود هنگام فوبی در کودکان و اهمیت اتخاذ شیوه‌ای جهت مداخله برای بازگرداندن کودکان به زندگی عادی و همچنین کاربرد شیوه‌ای مؤثر و در عین حال جذاب و انعطاف‌پذیر برای مداخله در این نوع اختلال انجام گرفته است.

درمان شناختی-رفتاری برجسته‌ترین رویکرد آموزشی برای درمان است. این درمان به مراجع دو چیز را یاد می‌دهد: ۱. مفاهیمی را که می‌تواند به او کمک کند درک و سازگاری بهتری با مشکلاتی مانند اضطراب داشته باشد و ۲. مهارت‌های خاصی که او را قادر می‌سازند با مشکلات ناشی از حملات هول یا هراس مواجه شده و آن‌ها را حل نمایند. مهارت‌آموزی مستلزم انجام تکالیف هفتگی توسط مراجع است. برای اهداف این پروتکل، درمان شناختی-رفتاری به‌عنوان یک رویکرد درمانی در نظر گرفته می‌شود زیرا تاثیر خارق‌العاده آن روی هراس خاص مشخص شده است. سایر رویکردهای درمانی شامل هیپنوتیزم و حساسیت‌زدایی حرکات چشمی نیز با درجاتی از موفقیت جهت درمان هراس استفاده شده‌اند (هاوتون^۱، کیس^۲، کرک^۳ و کلارک^۴، ۱۳۷۶).

فلسفه‌ای که در پشت درمان شناختی رفتاری قرار دارد این است که افکار و احساسات ما نقش کلیدی و بنیادی در رفتار ما دارند. برای مثال، فردی که زمان زیادی را صرف فکر کردن به سوانح هوایی می‌کند ممکن است رفته رفته از مسافرت‌های هوایی اجتناب کند. هدف درمان شناختی رفتاری آموزش این نکته به بیماران است که با وجودی که آن‌ها نمی‌توانند بر تمام جنبه‌های دنیای پیرامونشان کنترل داشته باشند،

1- Havtun
3- Krik

2- Chassis
4- Clark

اما می‌توانند چگونگی تعبیر و تفسیر و پرداختن به چیزهایی که در محیطشان وجود دارد را کنترل کنند. درمان شناختی رفتاری در سال‌های اخیر هم در بین بیماران و هم درمانگران محبوبیت زیادی یافته است. از آنجا که درمان شناختی رفتاری، یک درمان کوتاه‌مدت است، معمولاً کم هزینه‌تر از سایر گزینه‌های درمانی است. مزایای این روش درمانی از نظر تجربی به اثبات رسیده و نشان داده شده است که به‌طور موثری به بیماران در غلبه بر انواع گسترده‌ای از رفتارهای ناسازگارانه کمک می‌کند (هاوتون و همکاران، ۱۳۷۶).

درمان شناختی رفتاری برای درمان طیف وسیعی از اختلالات، از جمله اضطراب، هراس‌ها، افسردگی، اعتیاد و انواع رفتارهای ناسازگارانه مورد استفاده قرار گرفته است. درمان شناختی رفتاری یکی از روش‌های درمانی است که بیشترین پژوهش‌ها را به خود اختصاص داده زیرا این روش درمانی بر هدف مشخصی تمرکز دارد و نتایج آن نسبتاً به سادگی قابل ارزیابی است (دروز، ۱۳۸۹).

درمان شناختی رفتاری غالباً برای بیمارانی که با درون‌نگری مشکلی ندارند مناسب است. برای اثربخش بودن درمان شناختی رفتاری، فرد باید آماده و خواستار صرف وقت و تلاش برای تحلیل افکار و احساسات خود باشد. چنین خودکاوی می‌تواند مشکل باشد اما روشی عالی برای یادگیری بیشتر درباره چگونگی تاثیر وضعیت درونی بر رفتار بیرونی است (هاوتون و همکاران، ۱۳۷۶).

عروسک‌ها به‌عنوان واسطه‌ای برای دسترسی به دنیای کودک و برقراری رابطه در محیط درمان به کار برده می‌شوند. نمایش عروسکی به کودکان اجازه می‌دهد مشکلات خود را بر کاراکترهای عروسکی فرافکنی کنند. در نتیجه گمان می‌رود این نوع نمایش‌ها می‌توانند راهی مناسب برای ابراز وجود کودکانی باشند که دچار مشکلات و تضادهای درونی هستند این شیوه هم‌چنین اضطراب زیادی در بیماران برنمی‌انگیزد (دروز، ۱۳۸۹).

ولتمن^۱ یکی از نخستین افرادی بود که از عروسک‌ها در محیط‌های بستری و به عنوان فنون درمانی استفاده می‌کرد. وی معتقد است بازی عروسکی می‌تواند فن درمانی

1- Woltmann

کارآمدی در چهارچوب درمان رشدنگر باشد، این فن به کودکان آشفته کمک می‌کند احساس‌ها را بیان کنند، تعارض هیجانی را برطرف نمایند، مشکلات بین‌فردی را حل کنند و مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی جدید را تمرین نمایند چون عروسک‌ها سحرآمیز و گویا هستند، استفاده از آن‌ها برای کودکان سرگرم‌کننده و برانگیزنده است (نقل از صادق پور، ۱۳۹۱).

جلالی، آقایی، مولوی و کاراحمدی (۱۳۸۷) در پژوهشی به تأثیر بازی‌درمانی گروهی بر هراس خاص کودکان ۵ تا ۱۱ ساله پرداختند. ۳۰ نفر را به روش واگذاری تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت بازی‌درمانی به شیوه گروهی در ۶ جلسه هفتگی قرار گرفت و نتایج این پژوهش نشان داد که بازی‌درمانی گروهی در کاهش هراس خاص کودکان مؤثر می‌باشد. در پژوهشی دیگر زارع و احمدی (۱۳۸۶) به بررسی تأثیرات بازی‌درمانی شناختی-رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان پرداختند. در تمامی زیر مقیاس‌های پرسشنامه مشکلات رفتاری راتر؛ اختلال اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، بیش‌فعالی، رفتار ضداجتماعی و رفتار ناسازگارانه کاهش معنادار مشاهده شد.

مارتین^۱، بوکامپ^۲ و کانویل^۳ (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای فرایند ادراک احساسات در کودکان کودکستانی که از نظر بالینی مشکلات عاطفی و رفتاری نشان می‌دهند را با استفاده از نمایش عروسکی مورد بررسی قرار دادند. نتایج این تحقیق نشان داد که نمایش عروسکی در کاهش نشانه‌های منفی و مشکلات رفتاری کودکان مؤثر است. همچنین آگوا (۲۰۰۴) نشان داد که بازی‌درمانی در مرحله پیش عملیاتی یک روش مؤثر برای درمان کودکان آسیب‌دیده و کودکانی است که به اختلال استرس پس از سانحه مبتلا شده‌اند.

براتون^۴، ری^۵، رحین^۶ و جونز^۷ (۲۰۰۵)، بگرلی^۸ و پارکر^۹ (۲۰۰۵) بیان کردند که بازی

1- Martin
3- Conville
5- Ray
7- Jones
9- Parker

2- Bookamp
4- Bratton
6- Rhine
8- Baggerly

درمانی بر یادگیری خود کنترلی، مسؤلیت، ابراز احساسات، احترام گذاشتن، پذیرش خود و دیگران، بهبود مهارت‌های اجتماعی، عزت نفس، کاهش افسردگی، اضطراب مؤثر است.

امینی‌خو (۱۳۸۸) نیز، پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی بازی درمانی بر اختلالات رفتاری پسران ۵ تا ۶ ساله تهرانی انجام داد نتایج این پژوهش نشان‌دهنده تفاوت معناداری بین دو گروه و تأثیر مثبت بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری این کودکان بود.

صادق‌پور (۱۳۹۱) به بررسی تأثیر هنردرمانی نمایش عروسکی در کاهش علائم پرخاشگری پرداخته است. اصغری نکاح نیز با استفاده از بازی عروسکی مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان را کاهش داد او در این روش فرصت‌های مختلفی را برای ایفای نقش، تعامل و برقراری ارتباط و تخلیه هیجانی فراهم آورد.

ایساک^۱ و کولبی^۲ (۲۰۰۹)، رایت^۳، ویلی‌روست^۴، لاکوسچک^۵، مدل^۶ و سورودی^۷ (۲۰۰۷) در پژوهشی برای درمان مشکلات تغذیه و چاقی کودکان از هنر نمایش عروسکی استفاده کردند آن‌ها با استفاده از بازی عروسکی روش درست تغذیه و غذاهایی که برای این گروه سنی مناسب هست به‌خصوص شیر و لبنیات را برای کودکان پیش‌دستانی آموزش می‌دادند که نتایج این پژوهش مثبت ارزیابی شده است.

در پژوهش دیگری دونست^۸ (۲۰۱۲) برای بالا بردن دانش و تغییر نگرش کودکان معلول از بازی عروسکی استفاده کرد.

با توجه به تحقیقات مختلف می‌توان گفت دوران کودکی سال‌های مناسبی برای تشخیص و مداخله به‌هنگام جهت درمان مشکلات عاطفی و روانی کودکان خواهد بود. رویکردهای مختلف زیست‌شناختی، روانکاوی، گشتالتی و از جمله روش‌های شناختی- رفتاری برای درمان ترس کودکان وجود دارد (کریستنسن^۹ و تورگرسن^{۱۰}، ۲۰۰۸).

1- Isaasc

3- Wright

5- Lukoscheck

7- Sorody

9- Kristensen

2- Colby

4- Wylie-Roset

6- Moadel

8- Dounest

10- Torgersen

با این حال، تحقیقی که به تأثیر نمایش عروسکی بر روی کودکان مبتلا به فوبی پرداخته باشد وجود ندارد و با توجه به نیازمندی دست‌اندرکاران حوزه تعلیم و تربیت این دوره‌ی سنی در کنترل محیطی که این کودکان در آن حضور دارند و با توجه به حیاتی بودن تأثیرگذاری مسأله بر آینده تحصیلی و اجتماعی خود کودکان، در پژوهش حاضر قصد بر آن است که به بررسی تأثیر نمایش عروسکی بر روی کودکان مبتلا به فوبی پرداخته شود. بنابراین سؤال اصلی پژوهش حاضر این است آیا نمایش عروسکی در کاهش فوبی خاص دانش‌آموزان دبستانی مؤثر است یا نه؟

طرح پژوهش

روش این پژوهش آزمایشی از نوع تک آزمودنی است در این پژوهش از طرح چند خط پایه‌ای با استفاده از یک رفتار در افراد مختلف استفاده شده است. مرحله اول این طرح (A) خط پایه و مرحله‌ی دوم (B) مرحله مداخله است و بعد از مرحله مداخله پیگیری (A) صورت می‌گیرد.

روش اجرا

در مرحله اول رفتاری که قرار است تغییر کند، در شرایط طبیعی مورد مشاهده قرار می‌گیرد و نتایج به شکل ترسیم نمودار ثبت می‌شود. سپس مرحله درمان به اجرا درمی‌آید، پس از اتمام مرحله مداخله، مرحله پیگیری انجام می‌شود و نتایج مشاهدات این مرحله به دنبال مرحله دوم رسم می‌شود. به این صورت که: در مرحله اول تعداد ۴ نفر کودک پسر و دختر مقطع ابتدایی از دبستان‌های شهر تبریز را که به فوبی خاص مبتلا بودند، بر اساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM v) تشخیص داده شدند، انتخاب شد. فراوانی ترس آن‌ها در طول ۲ هفته که مرحله (A) نام دارد، ثبت شد و فراوانی با استفاده از چهارمین مقیاس‌های تشخیصی اختلالات روانی - رفتاری برای فوبی خاص انجام گرفت. سپس در مرحله مداخله (B)، متغیر مستقل (نمایش عروسکی) بر روی ۴ کودک دارای فوبی خاص اعمال گردید. پس از مشاهده علائم بهبودی در آزمودنی اول، درمان آزمودنی دوم شروع گردید. آزمودنی سوم و چهارم

هم به‌همین ترتیب وارد فرایند درمان شدند. فرایند درمان یعنی مرحله B که شامل ۱۲ جلسه بازی‌عروسکی ۳۰ دقیقه‌ای انجام شد، پس از اتمام مرحله مداخله پیگیری سه هفته‌ای صورت گرفت.

ابزار پژوهش

چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-رفتاری: برای تشخیص این کودکان مصاحبه بالینی با استفاده از معیارهای تشخیصی چهارمین نسخه راهنمای تشخیص اختلالات روانی-رفتاری برای فوبی خاص مورد استفاده قرار گرفت. راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش چهارم (DSM-IV) برای تشخیص بیماری‌های روانی مورد استفاده روان‌شناسان و روان‌پزشکان قرار می‌گیرد. این راهنما توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا به چاپ رسیده و تمام رده‌های مختلف اختلالات روانی هم در بزرگسالان و هم در مورد کودکان، پوشش می‌دهد. این راهنما یک راهنمای نظری نیست و عمدتاً بر روی تشریح و توصیف نشانه‌های بیماری، آمارهای مربوط به این که کدام جنس بیشتر در معرض آن بیماری قرار دارد، سن متداول ظهور بیماری، تأثیرات درمان و رویکردهای متداول درمانی، تمرکز دارد.

چک لیست: چک لیست تهیه شده توسط پژوهشگر بر اساس معیارهای تشخیصی چهارمین نسخه راهنمای تشخیص اختلالات روانی-رفتاری برای فوبی خاص برای درج مشاهدات مورد استفاده قرار گرفته است.

آزمون هوشی ریون: برای آزمون هوشبهر شرکت‌کنندگان در تحقیق از آزمون ماتریس‌های پیش‌رونده ریون رنگی استفاده شد.

محتوای داستان‌های نمایش عروسکی:

مقابله با عامل ترس: در برخی داستان‌ها قهرمان تلاش می‌کند عامل ترس را شناسایی و با آن مقابله کند.

کنجکاوی در شناخت عامل ترس: این عامل مشوقی است برای کسی که دچار ترس است ولی نمی‌داند چرا. این داستان‌ها او را تشویق می‌کند که از عامل ترس فرار نکند، بلکه تلاش کند آن را بشناسد. در صورت شناخت، دیگر آن عامل هراس‌انگیز نیست.

شجاعت: الگوی شجاعت که به‌جای فرار از عامل ترس، تلاش در مقابله با آن دارد و در این راه از شیوه‌های خلاقانه و مناسبی استفاده می‌کند. پیامد و پاداشی که قهرمانان شجاع دریافت می‌کنند، انگیزه مناسب را برای خواننده فراهم می‌کند تا با همانندسازی تلاش کند که شجاع باشد و به مقابله با عامل ترس بپردازد.

آرام‌سازی روانی: مضمون‌های آرام بخش مانند توصیف و تشبیه خیال‌انگیز طبیعت، به تصویر کشیدن زندگی آرام و برخورد لطیف عاطفی بین افراد، فکر را منحرف می‌سازد و هیجان‌های منفی را کنترل می‌کند.

خلاقیت: برخی از قهرمانان داستان از خلاقیت در شناسایی عامل ترس استفاده می‌کنند. جالب بودن این روش، می‌تواند انگیزه را در خواننده به وجود آورد تا با کمک همانندسازی، به تفکر در مورد روش‌ها بپردازد و در صورت امکان با تقلید از قهرمان داستان، راه‌های خلاقانه‌ای برای مقابله و یا شناخت از عامل ترس را بکار برده و ترس خود را کاهش دهد.

کاهش ترس: روش‌هایی که قهرمانان در داستان‌ها برای مبارزه با ترس بکار می‌برند در بسیاری از موارد اثربخش بوده و آن‌ها می‌توانند مانند سایرین به زندگی عادی ادامه بدهند (پریخ و مجد، ۱۳۸۸).

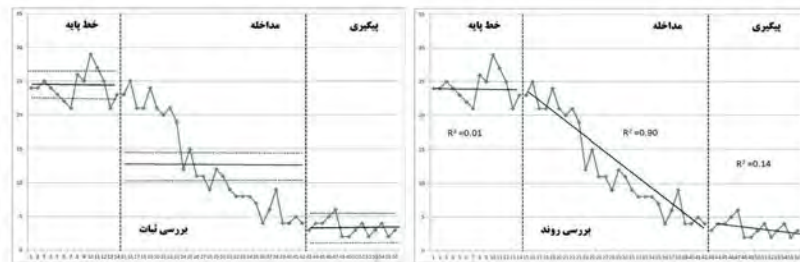
بررسی فرضیه پژوهش

نمایش عروسکی در کاهش فوبی خاص دانش‌آموزان ابتدایی تأثیر مثبت دارد.

تحلیل دیداری (بررسی ثبات و روند داده‌ها)

آزمودنی اول (زهرا)

برای بررسی ثبات و روند داده‌ها، خط میانگین، محفظه ثبات و خط روند (رگرسیون) و R^2 در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری نشان داده شده‌است.



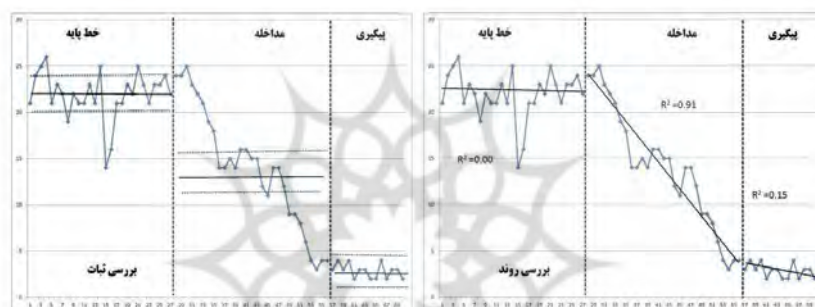
شکل (۱) بررسی ثبات و روند داده‌ها برای آزمودنی اول

بررسی ثبات در مرحله خط پایه برای زهرا نشان می‌دهد که ۶۴ درصد نقاط داده داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند. با توجه به این یافته می‌توان گفت که داده‌ها در این مرحله از ثبات متوسطی برخوردارند. در مرحله مداخله، ۱۸ درصد نقاط داده در داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند که نشانگر عدم وجود ثبات در این مرحله می‌باشد. با توجه به این که این دانش‌آموز در این مرحله دوره درمان را طی می‌کند، این عدم ثبات کاملاً طبیعی است. در مرحله پیگیری نیز ۹۳ درصد نقاط داده در داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند و می‌توان نتیجه گرفت که داده‌های این مرحله از ثبات بالایی برخوردارند.

بررسی روند تغییرات نشان می‌دهد که روند تغییرات در مرحله خط پایه برای دانش‌آموز نفر اول (زهرا) ثابت می‌باشد و ضریب تعیین آن ۰/۰۱ می‌باشد که نشانگر همگن نبودن و عدم وجود ثبات در روند تغییرات می‌باشد. در مرحله مداخله روند تغییرات به شدت کاهشی و ضریب تعیین برابر با ۰/۹۰ می‌باشد که نشانگر وجود ثبات بالا در روند تغییرات و توانایی بالای خط رگرسیون در پیش‌بینی تغییرات علائم فوبی خاص در طول زمان می‌باشد. در مرحله پیگیری روند تغییرات تاحدی کاهشی و نامنظم می‌باشد که ضریب تعیین ۰/۱۴ بیانگر این امر است.

هم‌چنین مقدار همپوشی برای دانش‌آموز اول (زهرا) $0/۱۷$ یا ۱۷ درصد و مقدار PAND نیز $0/۸۳$ به‌دست آمد. ضریب فای متناظر با این مقدار $0/۶۷$ و آماره d کوهن نیز $۱/۷۹$ می‌باشد که جزء اندازه اثرهای بالا محسوب می‌شود. با توجه به این یافته می‌توان گفت که نمایش عروسکی در کاهش فوبی خاص دانش‌آموز نفر اول (زهرا) تأثیر مثبت داشته‌است.

آزمودنی دوم (رقیه)



شکل (۲) بررسی ثبات و روند داده‌ها برای آزمودنی دوم

برای دانش‌آموز دوم (رقیه)، بررسی ثبات در مرحله خط پایه نشان می‌دهد که ۷۱ درصد نقاط داده‌ها در داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند. می‌توان گفت که داده‌های این مرحله از ثبات متوسطی برخوردارند. در مرحله مداخله، ۳۶ درصد داده‌ها در داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند و می‌توان بیان نمود که داده‌های این مرحله از ثبات برخوردار نیستند. در مرحله پیگیری نیز تمامی نقاط داده‌ها در داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند. می‌توان گفت که داده‌های این مرحله نیز ثبات کاملی دارند.

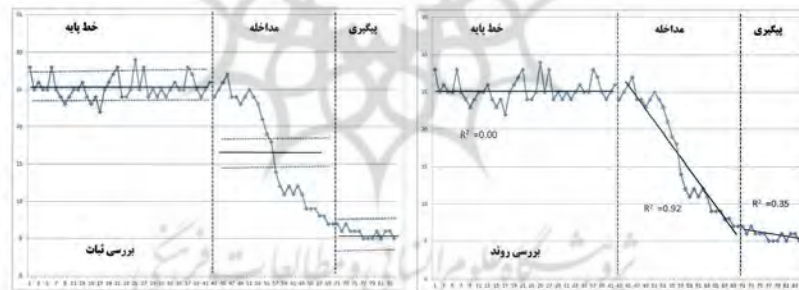
بررسی روند تغییرات نشان می‌دهد که در مرحله خط پایه برای دانش‌آموز دوم (رقیه)، روند تغییرات نامنظم می‌باشد و ضریب تعیین $0/۰۰$ نشانگر این امر در روند تغییرات می‌باشد. در مرحله مداخله نیز روند تغییرات به‌شدت کاهشی و ضریب تعیین $0/۹۱$

نشانه‌گر وجود ثبات بالا در روند تغییرات و نزدیک بودن داده‌ها به خط رگرسیون می‌باشد. در مرحله پیگیری نیز روند تغییرات کمی کاهشی می‌باشد که ضریب تعیین $0/15$ بیانگر ثبات کم در روند تغییرات این مرحله می‌باشد.

مقدار همپوشی برای دانش‌آموز دوم (رقیه) $0/30$ یا 30 درصد و مقدار PAND نیز $0/70$ به دست آمد. ضریب فای متناظر با این مقدار $0/39$ و آماره کوهن نیز $0/85$ است که جزء اندازه اثرهای بالا محسوب می‌شود. با توجه به این یافته می‌توان گفت که نمایش عروسی در کاهش فوبی خاص دانش‌آموز نفر دوم (رقیه) تأثیر مثبت داشته است.

آزمودنی سوم (علی‌رضا)

برای بررسی ثبات و روند داده‌ها، در شکل ۳-۴، خط میانگین، محفظه ثبات و خط روند (رگرسیون) و R^2 برای دانش‌آموز نفر سوم در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری نشان داده شده است.



شکل (۳) بررسی ثبات و روند داده‌ها برای آزمودنی سوم

برای دانش‌آموز سوم (علی‌رضا)، تحلیل ثبات در مرحله خط پایه نشان می‌دهد که 79 درصد داده‌ها در داخل محفظه ثبات (2 عدد بالا و 2 عدد پایین میانگین) قرار گرفته‌اند. این امر نشانه‌گر ثبات متوسط در داده‌های این مرحله می‌باشد. در مرحله مداخله فقط $0/04$ درصد داده‌ها در داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند که نشانه‌گر عدم وجود ثبات در

این مرحله می‌باشد. در مرحله پیگیری نیز تمامی نقاط داده‌ها در داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند که نشانگر وجود ثبات بالا در نقاط داده این مرحله می‌باشد.

بررسی روند تغییرات برای علی رضا نشان می‌دهد که در مرحله خط پایه، روند تغییرات ثابت و ضریب تعیین $0/00$ نشانگر عدم وجود ثبات متوسط در روند تغییرات می‌باشد. در مرحله مداخله روند تغییرات به شدت کاهشی و ضریب تعیین $0/92$ نشانگر وجود ثبات بالا در روند تغییرات و نزدیک بودن داده‌ها به خط رگرسیون می‌باشد. همچنین در مرحله پیگیری نیز روند تغییرات اندکی کاهشی می‌باشد که ضریب تعیین $0/35$ نشانگر وجود ثبات کم در روند تغییرات این مرحله می‌باشد.

همچنین مقدار همپوشی برای دانش‌آموز سوم (علی‌رضا) $0/16$ یا 16 درصد و مقدار PAND نیز $0/84$ به دست آمد. ضریب فای متناظر با این مقدار $0/69$ و آماره کوه $1/88$ می‌باشد که جزء اندازه اثرهای بالا محسوب می‌شود. با توجه به این یافته می‌توان گفت که نمایش عروسی در کاهش فوبی خاص دانش‌آموز نفر سوم (علی‌رضا) تأثیر مثبت داشته است.

آزمودنی چهارم (ریحانه)



شکل (۴) بررسی ثبات و روند داده‌ها برای آزمودنی چهارم

بررسی ثبات برای دانش‌آموز چهارم (ریحانه) نشان می‌دهد که در مرحله خط پایه ۷۷ درصد داده‌ها در داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند و این نشانگر وجود ثبات تقریباً متوسط در داده‌ها می‌باشد. در مرحله مداخله، ۲۱ درصد داده‌ها در داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند که نشانگر عدم وجود ثبات در این مرحله می‌باشد. در مرحله پیگیری نیز تمامی نقاط داده‌ها در داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند که نشانگر وجود ثبات بسیار بالا در داده‌های این مرحله می‌باشد.

بررسی روند تغییرات نشان می‌دهد که در مرحله خط پایه برای دانش‌آموز چهارم روند تغییرات به صورت مستقیم بوده و ضریب تعیین $0/01$ نشانگر عدم وجود ثبات در روند تغییرات می‌باشد. در مرحله مداخله روند تغییرات به شدت کاهشی بوده و ضریب تعیین $0/87$ نشانگر وجود ثبات بالا در روند تغییرات و توانایی بالای خط رگرسیون در پیش بینی روند تغییرات می‌باشد. در مرحله پیگیری نیز روند تغییرات تاحدی افزایشی و نامنظم می‌باشد که ضریب تعیین $0/29$ مبین این امر است.

مقدار همپوشی برای دانش‌آموز چهارم (ریحانه) $0/08$ یا ۸ درصد و مقدار PAND نیز $0/92$ به دست آمد. ضریب فای متناظر با این مقدار $0/83$ و آماره کوهن $3/02$ می‌باشد که جزء اندازه اثرهای بالا محسوب می‌شود. با توجه به این یافته می‌توان گفت که نمایش عروسکی در کاهش فوبی خاص دانش‌آموز نفر چهارم (ریحانه) تأثیر مثبت داشته است.

نتایج تحلیل دیداری کاهش علائم فوبی خاص دانش‌آموزان در روش نمایش عروسکی، جهت مقایسه و محاسبه اندازه اثر کل نشان داده شده است.



شکل (۴-۵) نتایج تحلیل دیداری کاهش علائم فوبی خاص در روش نمایش عروسی

برای بررسی اندازه اثر روش نمایش عروسی بر کل دانش‌آموزان، از درصد تمام نقاط داده غیرهمپوش PAND استفاده شد. همچنین این شاخص به ضریب فی تبدیل شده و سپس آماره d کوهن برای بررسی میزان اثر مورد محاسبه قرار گرفت.

با توجه به شکل، تعداد کل مشاهدات در مرحله خط پایه و مداخله برای تمامی دانش‌آموزان ۲۵۲ مشاهده می‌باشد. تعداد کل مداخلات ۱۱۲ مداخله و تعداد مشاهده‌ها در مرحله خط پایه ۱۴۰ عدد می‌باشد. دانش‌آموز اول (زهرا)، ۷ مشاهده همپوش در مرحله مداخله با پایین‌ترین عدد مرحله پایه یعنی ۲۱ دارد. دانش‌آموز دوم (رقیه)، ۱۷ مشاهده همپوش با پایین‌ترین عدد مرحله پایه یعنی ۱۴ دارد. دانش‌آموز سوم (علی‌رضا)، ۱۱ مشاهده همپوش با پایین‌ترین عدد مرحله پایه یعنی ۲۲ دارد و دانش‌آموز چهارم (ریحانه) ۷ مشاهده همپوش با پایین‌ترین عدد مرحله پایه یعنی ۱۶ دارد با توجه به این موارد، مجموع کل مشاهدات همپوش ۴۲ مشاهده می‌باشد. با توجه به این مقادیر درصد مشاهدات همپوش ۱۷ درصد می‌باشد. شاخص PAND نیز از کسر مقدار همپوشی از

عدد یک به دست می‌آید و مقدار آن $0/83$ می‌باشد. ضریب فای متناظر با این مقدار $0/67$ و اندازه اثر d کوهن $1/79$ می‌باشد که جز اندازه اثرهای بالا می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت که به طور کلی نمایش عروسکی در کاهش فوبی خاص دانش‌آموزان تأثیر مثبت داشته است.

تحلیل آماری

در بخش تحلیل آماری، شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد برای هر ۴ دانش‌آموز در سه مرحله پایه، مداخله و پیگیری در جدول (۱) گزارش شده‌اند. همچنین از شاخص اندازه اثر تفاوت میانگین استاندارد شده^۱ (SMD) برای بررسی تأثیر روش نمایش عروسکی بر کاهش علائم فوبی خاص دانش‌آموزان استفاده شده است. این شاخص بهترین روش کمی محاسبه اندازه اثر در تحقیقات آزمایشی تک‌موردی می‌باشد (کراتوچویل^۲، ۲۰۱۰). شاخص SMD از طریق فرمول زیر محاسبه می‌شود:

$$SMD = (M_t - M_b) / S_b$$

که در این فرمول، M_t میانگین مداخله، M_b میانگین خط پایه و S_b انحراف استاندارد خط پایه هستند. مقادیر $0/20$ نشانگر اثر اندک، $0/50$ اثر متوسط و بیشتر از $0/80$ اثر بالا می‌باشند.

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد دانش‌آموزان و کل گروه ۳ مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری

کودکان	خط پایه	مداخله	پیگیری
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
زهرا	۲۴/۲۱	۲/۲۲	۱۲/۵۷
رقیه	۲۲	۲/۵۷	۱۳/۶۱
علی‌رضا	۲۵/۲۶	۱/۵۵	۱۶/۶۸
ریحانه	۲۲/۶۴	۲/۱۴	۱۱/۶۴
کل	۲۳/۵۳	۱/۴۸	۱۳/۶۳

1- Standardized Mean Difference

2- Kratochwill et al

با توجه به جدول (۱) میانگین زهرا از مرحله خط پایه ۲۴/۲۱ تا مرحله مداخله ۱۲/۵۷ کاهش چشم‌گیری داشته است و این کاهش تا مرحله پیگیری ۳/۳۶ نیز ادامه داشته است. انحراف استاندارد مرحله خط پایه ۲/۲۲ برای این دانش‌آموز نشانگر نزدیک بودن داده‌ها به میانگین و وجود ثبات بالا در داده‌هاست. در مرحله مداخله نیز انحراف معیار ۶/۹۸ نشانگر پراکندگی زیاد داده‌ها می‌باشد. در مرحله پیگیری نیز انحراف معیار ۱/۲۲ نشانگر همگنی و ثبات بالا در این مرحله می‌باشد. همچنین برای زهرا اندازه اثر SMD ۵/۲۳- می‌باشد. این عدد نشان می‌دهد که نمایش عروسی در کاهش فوبی خاص دانش‌آموز نفر اول (زهرا) تأثیر مثبت داشته است.

میانگین رقیه از مرحله خط پایه ۲۲ تا مرحله مداخله ۱۳/۶۱ کاهش چشم‌گیری داشته است و این کاهش تا مرحله پیگیری ۲/۸۶ نیز ادامه داشته است. انحراف استاندارد مرحله خط پایه ۲/۵۷ برای این دانش‌آموز نشانگر نزدیک بودن داده‌ها به میانگین و وجود ثبات بالا در داده‌هاست. در مرحله مداخله نیز انحراف معیار ۶/۲۴ نشانگر پراکندگی زیاد داده‌ها می‌باشد. در مرحله پیگیری نیز انحراف معیار ۰/۷۷ نشانگر همگنی و ثبات بالا در این مرحله می‌باشد. همچنین برای رقیه اندازه اثر SMD ۳/۲۷- می‌باشد. این عدد نشان می‌دهد که نمایش عروسی در کاهش فوبی خاص دانش‌آموز نفر دوم (رقیه) تأثیر مثبت داشته است.

میانگین علی‌رضا با توجه به جدول (۱) از مرحله خط پایه ۲۵/۲۶ تا مرحله مداخله ۱۶/۶۸ کاهش یافته است که نشانگر اثر بخش بودن درمان می‌باشد. این کاهش در مرحله پیگیری نیز وجود دارد ۵/۷۹. انحراف معیار مرحله خط پایه ۱/۵۵ نشانگر پراکندگی پایین داده و وجود ثبات در این مرحله می‌باشد. انحراف معیار مرحله مداخله ۷/۱۸ می‌باشد که نشان می‌دهد، داده‌ها از میانگین فاصله زیادی دارند. در مرحله پیگیری نیز انحراف معیار ۰/۷۰ می‌باشد که نشانگر ثبات بالا در داده‌های این مرحله می‌باشد. همچنین برای علی‌رضا اندازه اثر SMD ۵/۵۵- می‌باشد. این عدد نشان می‌دهد که

نمایش عروسکی در کاهش فوبی خاص دانش‌آموز نفر سوم (علی‌رضا) تأثیر مثبت داشته است.

با توجه به جدول (۱)، میانگین ریحانه در مرحله خط پایه ۲۲/۶۴ در مرحله مداخله ۱۱/۶۴ و پیگیری ۴/۲۱ می‌باشد که نشانگر کاهش در میزان علایم فوبی در طی مراحل درمان می‌باشد. انحراف استاندارد مرحله پایه برای این دانش‌آموز ۲/۱۴ می‌باشد که نشانگر ثبات متوسط در داده‌های این مرحله می‌باشد. در مرحله مداخله نیز انحراف معیار ۶/۵۴ می‌باشد که نشانگر عدم وجود ثبات و پراکندگی بالای داده‌ها می‌باشد. در مرحله پیگیری نیز انحراف معیار ۰/۷۰ می‌باشد که نشانگر ثبات بالای داده‌ها در این مرحله می‌باشد. همچنین برای این دانش‌آموز اندازه اثر SMD ۵/۱۳- می‌باشد. این عدد نشان می‌دهد که نمایش عروسکی در کاهش فوبی خاص دانش‌آموز نفر چهارم (ریحانه) تأثیر مثبت داشته است. شاخص SMD برای کل گروه نیز ۶/۶۸- به دست آمد که نشان می‌دهد روش نمایش عروسکی در کاهش فوبی خاص کل دانش‌آموزان تأثیر مثبت داشته است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر نمایش عروسکی بر کاهش فوبی خاص دانش‌آموزان ابتدایی انجام پذیرفت.

همان‌گونه که در یافته‌ها نشان داده شد، نمایش عروسکی کاهش معنی‌داری در فوبی خاص کودکان مورد مطالعه داشت. این موضوع از میانگین کل خط پایه، مداخله، پیگیری و نیز اندازه اثر مشاهده شده به خوبی استنباط می‌شود.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان عنوان کرد که درمان شناختی-رفتاری آموزش این نکته به بیماران است که با وجودی که آن‌ها نمی‌توانند بر تمام جنبه‌های دنیای پیرامونشان کنترل داشته باشند، اما می‌توانند با چگونگی تعبیر و تفسیر و پرداختن به چیزهایی که در محیطشان وجود دارد آن‌ها را کنترل کنند. به بیان ساده درمان

شناختی-رفتاری روشی عالی برای یادگیری بیشتر درباره چگونگی تاثیر وضعیت درونی بر رفتار بیرونی است.

هنردرمانگر به مراجعان یاری می‌رساند تا پذیرای جنبه‌هایی از وجودشان شوند که به آسانی توانایی پذیرش آن‌ها را نداشته‌اند. در کار بالینی «هنردرمانی»، درباره اهمیت رفتار و نگرش‌هایی که به آن خو گرفته‌اند، بحث می‌شود، اما تفسیر سراسر (مستقیم) درونمایه ناخودآگاهی که در اثر هنری، خود را پیش چشم و ذهن می‌نشانند، به ندرت انجام می‌شود. در واقع، هنردرمانی به تنهایی و خودکفایانه، عامل دگرگونی دقیق روانشناختی برشمرده نمی‌شود بلکه هنردرمانی هم‌چون نمایش درمانی (سایکودراما) و فیلم درمانی، بر پایه مفهوم‌سازی (کانسپچوالیزیشن) و جمع‌بندی (فرمولاسیون) شناختی یا تحلیلی و با فراهم آوردن زمینه‌ای از آموزه‌های نمادین، روان‌درمانی را شتاب می‌بخشد. چنانچه نگرش‌ها، شناخت‌ها یا رفتارها نوازموده شوند، دستاوردهای درمانی رشد و ژرفایافته، جزء جدایی‌ناپذیر زندگی آدمی می‌شود. از راه هنر می‌توان ضمیر ناخود آگاه را به سوی ضمیر خودآگاه کشاند و فرد را به این طریق تا حدودی به خود انسانی‌اش شناساند و مشکلات وی را حل کرد (خزائی، ۱۳۸۱).

در بازی عروسکی مراجع به کمک نمایش‌درمانگر در شرایطی قرار می‌گیرد تا با برانگیختن روحيات و جنبه‌های کودکانه وجودی خود به بروز احساسات درونی‌اش پردازد، صاحب نظران عروسک و بازی با عروسک را جادوی ذهنی می‌دانند و معتقدند شخص با عروسک به بیان پاک‌ترین و نهانی‌ترین روحيات درونی خود می‌پردازد و دنیای عروسک دنیای بی‌ریایی و راستگوئی است، از این تکنیک به خوبی می‌توان برای بیان مشکلات درونی مراجعان استفاده کرد نقش بازی‌های عروسکی در اصلاح رفتاری کودکان بر هیچ‌کس پوشیده نیست در کنار آن استفاده از قصه‌ها و حکایات کودکانه از ابتدائی‌ترین روش‌های آموزش در زندگی بشر بوده است که امروزه نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد (بیمر، ۱۳۷۷).

در بازی عروسکی با استفاده از عروسک‌های خاص به برانگیختن روحیات و احساسات کودکان خود و بروز احساسات درونی‌اش می‌پردازد. از آنجائی که عروسک و بازی با عروسک باعث تخلیه ذهنی است و شخص با استفاده از عروسک به بیان پاک‌ترین روحیات درونی خود در قالبی تخیلی می‌پردازد و دنیای عروسک دنیای راستگویی است، از این روش می‌توان به خوبی در بیان مشکلات درونی بچه‌ها استفاده کرد (امرائی، ۱۳۸۹).

پژوهشگر با استفاده از این روش به بیان افکار مطلوب و نامطلوب توسط عروسک‌ها و ارائه راهکارهای مناسب توسط عروسک پرداخته است و در واقع سعی داشت، این فنون را به کودک آموزش دهد که چگونه به سادگی می‌تواند بر چیزهایی که مورد اجتناب او بوده روبرو شود، بر افکار خود غلبه کرده و خود را با محیط سازگار کند. در واقع کودک در نمایش عروسکی افکارش را به عروسک‌ها فراقنی می‌کند، و با الگو برداری از آن‌ها که به مشکلاتی همانند او دچارند و احساساتی شبیه او دارند، رفتارهایش را انتخاب می‌کند. کودکان در هنگام استفاده از عروسک‌های دستی شادابند و لذت می‌برند زیرا به راحتی آنها را دستکاری و کنترل می‌کنند و برای استفاده از آن‌ها نیازی به تمرین و آمادگی چندانی ندارند کودک با فراقنی افکارش بر روی عروسک، آن‌ها را جدا و متمایز از خودش می‌بیند و می‌تواند بدون محدودیت عقاید، رفتارها و شخصیت‌هایی را که معتقد است کاملاً متفاوت از خودش هستند به عروسک‌های دستی نسبت دهد (گلدارد و گلدارد، ۱۳۸۹).

مداخلات رفتاری شناختی، فرصت‌هایی را برای یادگیری مهارت‌های ویژه ضروری برای غلبه بر ترس فراهم می‌آورد. در بازی درمانی، کودکان می‌توانند از طریق پذیرش نقش فردی که از یک شیء ترساننده نمی‌ترسد، بر آن شیء تسلط پیدا کنند. بازی درمانی شناختی-رفتاری به‌طور خاص برای کودکان پیش‌دبستانی و دبستانی طراحی شده است. این رویکرد علاوه بر فوبی‌ها (کنل^۱، ۱۹۹۳) در مورد دامنه گسترده‌ای از تشخیص‌ها از

1- Kennel

جمله لالی انتخابی (کنل، ۱۹۹۳) و بی‌اختیاری دفع (کنل، ۱۹۹۳، کنل و مور، ۱۹۹۰) در مورد آنها داده شده و نیز کودکانی که رویدادهای آسیب‌زای زندگی نظیر طلاق و سایر آسیب‌های اجتماعی (کنل و راما، ۱۹۹۶) را تجربه کرده‌اند، به کار می‌رود (محمداسماعیل، ۱۳۸۳).

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:

۱۳۹۵/۰۳/۱۵

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:

۱۳۹۵/۰۶/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله:

۱۳۹۵/۱۱/۱۶



منابع

- امینی‌خو، مهدی (۱۳۸۸). تأثیر بازی درمانی بر کودکان پسر ۵ تا ۶ سال دارای اختلالات رفتاری در تهران، دومین کنگره هنر درمانی، ایران.
- امرای، امید (۱۳۹۰). بررسی تأثیر ایفای نقش در نمایش بر رشد اجتماعی نوجوانان، مجموعه مقالات سومین کنگره سراسری هنردرمانی در ایران. دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده، مرکز مطالعات هنردرمانی، ۱۹.
- انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۸۸). متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-IV-TR، ترجمه محمدرضا نیک‌خواه و هایاماک آوادیس یانس، تهران: سخن.
- بیمر، گوینتر (۱۳۷۷). تنأثر عروسکی (تاریخچه عروسک‌ها و انواع تنأثر عروسکی)، ترجمه حسن پارسائی، تهران: مرکز هنرهای نمایشی.
- پریخ، مهری؛ مجد، زهرا (۱۳۸۸). داستان‌ها ابزاری برای کاهش مشکلات روان‌شناختی کودکان (اعتماد به نفس، اندوه، پرخاشگری و ترس)، تهران: کتابدار.
- جلالی، سلیمه؛ آقای، اصغر؛ مولوی، حسین و مژگان کاراحمدی (۱۳۸۷). تأثیر بازی‌درمانی گروهی بر هراس خاص کودکان ۵ تا ۱۱ ساله مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های علوم پزشکی اصفهان، مجله دانش و پژوهش در روانشناسی، دانشگاه آزاداسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)، ۳۸، ۴۰-۲۰.
- خزائی، حبیب‌الله (۱۳۸۱). هنردرمانی (هنر در روان‌پزشکی و روانشناسی)، تبریز: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی.
- دروز، آتنا (۱۳۸۹). ترکیب بازی درمانی با رفتاردرمانی‌شناختی، ترجمه غزال رضانی، تهران: وانی.
- زارع، مهدی و سونیا احمدی (۱۳۸۶). اثربخشی بازی‌درمانی به شیوه شناختی-رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان، روانشناسی کاربردی، ۱(۳).
- سادوک، بنیامین و ویرجینیا سادوک (۱۳۸۸). خلاصه روانپزشکی، ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، تهران: شهرآب.
- صادق‌پور، نرگس (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی نقاشی‌درمانی و بازی‌عروسکی بر کاهش علائم پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی شهر تبریز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز مرکزی، تبریز.

- گلدارد، کاترین و دیوید گلدارد (۱۳۸۹). مشاوره با کودکان با روش بازی درمانی (راهنمای عملی)، (زهرا ارجمندی، مترجم)، تهران: اندیشه آور.
- گودوین، دالند (۱۳۸۸). فوبی، ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، تهران: رشد.
- محمداسماعیل، الهه (۱۳۸۲). بازی درمانی (نظریه‌ها، روش‌ها و کاربردهای بالینی)، تهران: دانژه.
- هاشمی، محبوبه؛ میرزمانی، سیدمحمود؛ داورمنش، عباس و مسعود صالحی (۱۳۸۹). تأثیر نمایش عروسکی (همراه با نور UV) در کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان دختر عقب‌مانده‌ذهنی آموزش‌پذیر، ویژه‌نامه توانبخشی اعصاب کودکان، ۱۱(۵)، صص ۸۵-۹۰.
- هاوتون، کیت؛ کیس، پا م سالکووس؛ کرک، جوان؛ کلارک، دیوید م (۱۳۷۶). درمان شناختی-رفتاری، ترجمه حبیب قاسم‌زاده، تهران: ارجمند.
- هربرت، مارتین (۱۳۸۷). روانشناسی بالینی (یادگیری-اجتماعی، رشد و رفتار)، (مهرداد فیروزبخت، مترجم). تهران: مؤسسه خدمات فرهنگی رسا.
- Baggerly J. Parker M. (2005). Child-centered group play therapy with African American boys at the elementary school level, *Journal of counseling & Development*: 83(4), P. 387
- Bratton SC, Ray D. Rhine T, Jones L. (2005). The efficacy of play therapy with children: a meta-analytic review of treatment outcomes, *Professional psychology: Research and practice*, 36(4), P. 376
- Dunst, C. (2012). Effects of Puppetry on Elementary Students' Knowledge of and Attitudes toward Individuals with Disabilities, *International Electronic Journal of Elementary Education*, 4(3), PP. 451-457.
- Kristensen, H., Torgersen, S. (2008). Is social anxiety disorder in childhood associated with developmental deficit/delay? *Eur child Adolesc Psychiatry*. 17, 99 – 107
- Isaacs, S.L. & Colby, D.C. (2009). Michele Puppets and the Fight against Child Obesity, *To Improve Health and Health and Care*, 13, PP. 1-15.
- Marten SE. Boekamp JR. McConville DW. Wheeler EE. (2009). Anger and sadness perception in clinically Referred preschoolers, *Emotion processes and Externalizing Behavior symptoms child psychiatry hum der*, Jul, 41(1), PP. 30-46.

- Ogawa, Y. (2004) Childhood trauma and play therapy in intervention for traumatized children, *Journal of professional counseling: practice theory & research*, 32(1), PP.19-29.
- Wright D.N, Wylie-Rosett, J. Lukoscheck, P., Moadel, B.A., Soroudi, N. (2007). The School Yard Kids: a puppet show to promote a healthful lifestyle, *J Nutr Educ Behav*, 39 (5), PP. 290-292.

