

اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری بر رشد اجتماعی و کاهش هراس اجتماعی

کودکان پایه اول دبستان شهر کرمانشاه

فاطمه رضایی^۱، فرامرز ملکیان^۲

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۲. گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. (نویسنده مسئول).

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره چهارم، شماره سی و هفتم، آبان ماه ۱۳۹۸، صفحات ۵۰-۲۹

چکیده

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری در رشد اجتماعی و کاهش هراس اجتماعی کودکان دبستانی پایه اول در شهر کرمانشاه در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ انجام گرفت. در این پژوهش از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون گروه‌های نامعادل استفاده شد. در پژوهش حاضر از نمونه در دسترس و با اجرای پرسشنامه رشد اجتماعی واینلند و مقیاس هراس اجتماعی، ۳۰ کودک که دارای رشد اجتماعی پایین و هراس اجتماعی بالابودند به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شد و به‌صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری هفته‌ای دو بار به مدت ۴۰ دقیقه بر روی گروه آزمایش اجرا شد و مشارکت‌کنندگان گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. تحلیل یافته‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس مستقل نشان داد که بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری باعث افزایش رشد اجتماعی و کاهش هراس اجتماعی کودکان شده است. مهم‌ترین نتایج این پژوهش، مؤثر بودن بازی درمانی و مفید بودن استفاده از رویکرد شناختی- رفتاری در ارتقاء رشد اجتماعی و کاهش هراس اجتماعی این کودکان است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت روش بازی- درمانی با رویکرد شناختی رفتاری، در رشد اجتماعی و هراس اجتماعی کودکان مؤثر بوده است.

واژه‌های کلیدی: بازی درمانی، رویکرد شناختی رفتاری، رشد اجتماعی، هراس اجتماعی، کودکان دبستانی.

مقدمه

کودکان قشر عمده‌ای از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند به طوری که در کشورهای در حال توسعه، سهم این قشر از کل جمعیت تقریباً به ۵۰ درصد می‌رسد (نریمانی، سلیمانی و ابوالقاسمی، ۱۳۹۱). در هر جامعه سلامت کودکان و نوجوانان اهمیت ویژه‌ای دارد و توجه به بهداشت روانی آنان کمک می‌کند تا از نظر روانی و جسمی سالم بوده و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند. در این راستا شناخت صحیح ابعاد مختلف جسمی و روانی این گروه سنی و کوشش در راه تأمین شرایط مادی و معنوی مناسب برای رشد اجتماعی، بدنی، عاطفی و فکری آنان واضح‌تر از آن است که احتیاج به تأکید داشته باشد (کوشا، ۱۳۷۸؛ به نقل از خدام، مدانلو، ضیایی و کشتکار، ۱۳۸۸). از آنجاکه دوران کودکی از مهم‌ترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد پایه‌ریزی شده و شکل می‌گیرد، توجه به رشد اجتماعی کودکان مورد توجه قرار می‌گیرد. رشد اجتماعی فرآیندی است که در آن انگیزه، نگرش، هنجارها، مهارت‌ها و رفتارهای فرد شکل می‌گیرد. اکتساب و به‌کارگیری مهارت‌های اجتماعی، یکی از مؤلفه‌های اصلی رشد اجتماعی محسوب می‌شود. از نظر گرشان و الیوت^۱ مهارت‌های اجتماعی مجموعه رفتارهای فراگرفته شده و مقبولی است که فرد را قادر کند با دیگران رابطه مؤثر داشته باشد و از واکنش‌های نامعقول اجتماعی خودداری کند (به پژوه، خانجانی، حیدری و شکوهی یکتا، ۱۳۸۶). رفتار اجتماعی پایه و اساس زندگی فرد را تشکیل می‌دهد و رشد اجتماعی نیز سبب شکوفایی رشد عقلانی فرد می‌گردد منظور از رشد اجتماعی، تکامل فرد در روابط اجتماعی است به طوری که بتواند با افراد جامعه‌اش هماهنگ و سازگار باشد (وایتسمن، مایر، کلرمنینگر^۲؛ ترجمه نظری، ۱۳۸۴). کسانی که در زمینه‌ی رشد اجتماعی به شکوفایی رسیده‌اند، به سطحی از مهارت در روابط اجتماعی دست یافته‌اند که می‌توانند به راحتی با دیگران زندگی سازگارانه‌ای داشته باشند (ماسن، کانجر، کیگان و هوستون^۳؛ ترجمه،

^۱ - Gresham & Elliott

^۲-Whit zman, Mayer, Kelermeninger

^۳- Mussen, Kanjer, kegan&Hoston

یاسائی، ۱۳۸۰). به عقیده ویگوتسکی^۱ (۱۹۷۸) و بندورا^۲ (۱۹۷۷) تعامل اجتماعی یک فن و یک منبع غیرقابل اجتناب از رشد روانی کودکان است. کودکان در تعامل با دیگران، یاد می‌گیرند که چگونه رفتار و چگونه قضاوت کنند (به نقل از خرازی و دلگشایی^۳، ۲۰۱۰). رشد اجتماعی به مجموعه متوازی از مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای انطباقی فراگرفته شده مربوط است که فرد را قادر می‌سازد، با افراد دیگر روابط متقابل مطلوب داشته باشد، واکنش‌های مثبت بروز دهد و از رفتارهایی که پیامد منفی دارند، اجتناب ورزد. وجود مهارت‌هایی چون همکاری، مسئولیت‌پذیری، همدلی، خویشتن‌داری و خوداتکایی از مؤلفه‌های رشد اجتماعی به شمار می‌روند (کارتلیج و میلبرن، ترجمه نظری نژاد، ۱۳۷۲). اجتماعی شدن به معنای همسانی و همخوانی با قواعد، ارزش‌ها و نگرش‌های گروهی و اجتماعی است. در این فرآیند افراد مهارت‌ها، دانش‌ها و شیوه‌های سازگاری را می‌آموزند و امکان روابط متقابل را در یک فعل‌وانفعالات مستمر به دست می‌آورند (اخوان تفتی و موسوی، ۱۳۸۶). بدیهی است رشد اجتماعی کودکان تحت تأثیر عوامل مختلف مانند وراثت، محیط، فرهنگ، بازخورد و رفتارهای والدین، روابط باهم نژادها و همسالان، رفتار معلمان و برنامه‌های آموزشی قرار می‌گیرد (سایلان^۴، ۲۰۱۰). با فراگیری مهارت‌های اجتماعی، شناختی و ارتباطی در دوران دبستان، تمایل به مشارکت در بازی‌ها، تعامل اجتماعی در آن‌ها نمایان می‌شود (روبین، بوکسکی و پارکر^۵، ۲۰۰۶). در این دوره است که دوستی‌های استوار بین کودکان نسبتاً پایدار می‌شود (لدا^۶، ۱۹۹۰). کودکان با مهارت اجتماعی سطح بالاتر، تعامل مثبت بیشتری با همسالان خود دارند. با این حال بعضی از کودکان مهارت اجتماعی پایین‌تری نسبت به همسالان خود دارند که با وارد شدن به اجتماع، به‌خصوص مدرسه، کمبود

1- Wigotski

2- Bandura

3- Kharrazi & Delgoshae

4- Ceylan

5- Rubin, Bukwski & Parker

6- Ladd

مهارت اجتماعی آنان بارزتر می‌شود (کیان و کالکینز^۱، ۲۰۰۴). ارتباطات انسانی در کاهش هراس اجتماعی، عاطفی و شخصیتی فرد نقش حیاتی دارد.

هراس اجتماعی یک اختلال اضطرابی مزمن است که مشخصه آن، ترس از شرم‌نده شدن در موقعیت‌های اجتماعی و به دنبال آن اجتناب از این موقعیت‌ها است (ویتچن و فهم^۲، ۲۰۰۳). هراس اجتماعی که آن را اختلال اضطراب جمع نیز می‌نامند، از انواع دیگر هراس‌ها پیچیده‌تر است (سادوک و سادوک^۳، ۲۰۰۰)، چراکه بر پایه ترس از رویدادهای قابل مشاهده مانند ارزیابی منفی، انتقاد و غیره قرار دارد و افکار ناراحت‌کننده نقش مهمی در این اختلال ایفا می‌کند (هاوتون و سالکوسکی^۴، ۲۰۰۵). اختلال هراس اجتماعی از طریق مشخصه ترس از مشاهده و ارزیابی توسط دیگران شناخته می‌شود (اسپادا^۵ و همکاران، ۲۰۱۲). این اختلال می‌تواند باعث ایجاد محدودیت در شیوه زندگی فرد شود و به‌طور معنی‌داری تصمیمات مهم زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد (الیس و هودسون، ۲۰۱۰). به لحاظ میزان شیوع، اضطراب اجتماعی یکی از سه اختلال شایع روان‌پزشکی (گارسیا لویز^۶، ۲۰۰۶) بعد از افسردگی اساسی والکلیسم است (مویترا، هربرت و فورمن^۷، ۲۰۰۸). جوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی به‌طور کلی مرادوات اجتماعی ضعیف و توانایی تطابق کمتری نسبت به همسالان خود دارند در مواجهه با انتظارات دوران بزرگسالی با مشکلات بیشتری روبرو می‌شوند (آلفانو ویدل^۸، ۲۰۱۱). به نظر ولز^۹ (۲۰۰۹) تأثیر انواع راهبردهایی که افراد مضطرب برای تنظیم افکار و احساساتشان در موقعیت‌هایی که

1- Keane & calkins

2- Wittchen & Fehm

3- Sadock & Sadock

4- Hawton & Salkovskis

5- Spada

6- Garcia-Lopez

7- Moitra, Herbert & Forman

8- Alfano & Beidel

9- Wells

ارزیابی می‌شوند، می‌تواند نشانه‌های جسمی، باورهای منفی در مورد خود و دنیای اجتماعی و همچنین تغییرات رفتاری را در پی داشته باشد. وجود باورهای شناختی منفی در مورد خویشتن می‌تواند به‌عنوان عامل خطر^۱ در جهت ترس و اجتناب افراد مستعد به اضطراب اجتماعی در ورود به موقعیت‌های اجتماعی باشد (روث^۲، ۲۰۰۴).

هراس اجتماعی می‌تواند بر جنبه‌های گوناگون روان‌شناختی تأثیرگذار باشد. نتیجه فرا تحلیل اولاتنجی، کیسلر و تولین^۳ (۲۰۰۷) نشان داد افرادی که از اضطراب اجتماعی رنج می‌برند کیفیت زندگی و کارکرد روانی-اجتماعی شان به گونه معنی‌دار آسیب می‌بیند. بازی راه را برای دوستی و مرادده میان کودکان همسال می‌گشاید و کودک کم‌کم خود را عضوی از یک جمع احساس می‌کند و به ارزیابی منصفانه رفتار و کردار خویش و همبازی‌هایش می‌پردازد. در حین بازی، شخصیت کودک به‌سوی اتحاد و همکاری با همبازی‌هایش شکل می‌گیرد و شور و شوق و احساس مسئولیت در او به وجود می‌آید (گیلسون^۴، ۲۰۰۳). قدرت درمانی که در بازی‌درمانی نهفته است، به طرق گوناگون مورد استفاده قرار می‌گیرد. درمانگران از طریق بازی به کودکانی که مهارت‌های اجتماعی یا عاطفی آن‌ها ضعیف است، رفتارهای سازگارانه تری را می‌آموزند (پدرو-کارول و ردی^۵، ۲۰۰۵). رابطه‌ی خاصی که بین درمانگر و کودک در طول جلسه‌های بازی‌درمانی شکل می‌گیرد، تجربه‌ی مهمی را که برای درمان لازم است، فراهم می‌آورد (موستاکس^۶، ۱۹۹۷). در بازی‌درمانی، اسباب‌بازی‌ها مثل کلمات کودک و بازی، زبان کودک است (لنדרث، ۲۰۰۲).

^۱- Risk factor

^۲- Roth

^۳- Olatunji, Cisler & Tolin

^۴- Gilson

^۵- Pedro, Carrol & Reddy

^۶- Moustakes

بازی درمانی بهترین شکل مداخله مشاوره‌ای برای کودکان است و روشی است برای مقابله با استرس‌های هیجانی و همچنین برای کودکانی که دچار آشفتگی‌های ناشی از مشکلات خانوادگی هستند به کار می‌رود. درمانگرانی که بازی درمانی را انجام می‌دهند معتقدند که این تکنیک اجازه می‌دهد مسائلی را که نمی‌توانند در محیط روزانه‌شان مطرح کنند در قالب بازی ارائه دهند و با هدایت درمانگر هیجانات منفی خود را نمایان کنند. در بازی درمانی، درمانگر رفتار کودکان را بدون قید و شرط می‌پذیرد. بدون اینکه آن‌ها را غافلگیر کند، با آن‌ها بحث کند و یا نادرستی کار آن‌ها را به آن‌ها گوشزد کند. تحقیقات انجام‌شده در سال‌های اخیر تأکید پژوهشگران را بر بازی درمانی نشان می‌دهد و آن را به‌عنوان تکنیکی که مشکلات هیجانی و اجتماعی را کاهش می‌دهد مطرح می‌کند (براتون، رای، راین و جونز، ۲۰۰۵؛ جوزفی و ریان، ۲۰۰۴). بازی درمانی شناختی-رفتاری که جز روش‌های مستقیم بازی درمانی است که تکنیک‌های سنتی بازی درمانی را با تکنیک‌های شناختی-رفتاری ترکیب کرده است (اسپرینگر، ۲۰۱۰). به‌علاوه کازدین^۴ (۲۰۰۰) معتقد است که یکی از مهم‌ترین مزایای بازی درمانی شناختی-رفتاری نسبت به دیگر اشکال بازی درمانی این است که اهداف و روش‌های درمانی کاملاً اختصاصی یافته است. چنین رویکردهایی امکان تعیین اهداف درمانی روشن و واضح را فراهم می‌سازد و روش‌های خاص دست‌یابی به این اهداف را پیش‌بینی می‌کند (اسپرینگر، میسورل و هیلر، ۲۰۱۲).

روش‌های شناختی-رفتاری که به‌طور معمول در بازی درمانی شناختی-رفتاری استفاده می‌شوند، با تغییر رفتار و روش‌های شناختی با تغییر افکار، سروکار دارند. چون این‌گونه تصور می‌شود که شناخت‌های ناسازگارانه، باعث رفتار همراه با ترس و اضطراب می‌شوند، فرض بر این است که تغییر در تفکر، تغییر در رفتار را به همراه دارد. درمانگر به کودک کمک می‌کند تا شناخت‌های خود

¹- Bratton, Ray, Rhine & Jones

²- Josefi & Ryan

³- Springer

⁴- Kazdin

⁵- Springer, Misurell & Hiller

را شناسایی و اصلاح کند و یا آن‌ها را بسازد، او علاوه بر کمک کردن به کودک در شناسایی تحریف‌های شناختی خود، به او یاد می‌دهد که این تفکر ناسازگارانه را با تفکر سازگارانه تعویض کند (نل^۱، ۱۹۹۹، گالاگر، رایبان و مک‌لوسکی^۲، ۲۰۰۴). هرچند پژوهش کاملاً مشابهی در توجه به نقش بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر رشد اجتماعی و هراس اجتماعی کودکان دبستانی وجود ندارد درعین حال پژوهش‌های زیر قابل ملاحظه است: قاسمیان سیاکله‌رودی و زریخش بحری^۳ (۲۰۱۵) نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که بازی‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری می‌تواند باعث افزایش عزت‌نفس و مهارت‌های اجتماعی دختران دبستانی شود. پژوهش [باقری زاده، محمدی نصب و گودرزوند^۴، (۲۰۱۵) نشان داد که بازی‌درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای پسران ۱۰-۵ ساله تأثیر دارد. مگ گیو^۵ (۲۰۰۰) تأثیر بازی‌درمانی را در کاهش مشکلات رفتاری، افزایش سازگاری رفتاری و عاطفی، بهبود مفهوم خود و افزایش خودکنترلی بررسی کرده است. این پژوهش که بر روی کودکان پیش‌دبستانی انجام شد، تغییر معناداری از لحاظ آماری نشان نداد ولی تمایلات مثبت در رفتار کودکان، خودکنترلی و مفهوم خود در کودکان گروه آزمایش مشاهده گردید. براتون، رای، ریان، جونز (۲۰۰۵)، در بررسی اثر بازی‌درمانی در کودکان در فرا تحلیل ۹۳ یافته مطالعاتی نتایج بازی‌درمانی را مثبت ارزیابی کردند. باگرلی و پارکر^۶ (۲۰۰۵)، در پژوهش خود نشان دادند که بازی‌درمانی گروهی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی، حرمت خود، کاهش افسردگی و اضطراب مؤثر است. با توجه به مطالب فوق و بررسی پیشینه‌های پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه

1- knell

2- Gallagher, Rabian & Mecloskey

3-Ghasemian Siahkalroudi, ZorbakhshBahri

4-Bagherizadeh, MohammadiNasab & Goudarzvand

5- Mc Give

6- Baggerly, Parker

بازی درمانی و اثربخشی آن، مسئله اساسی پژوهش حاضر این است که آیا بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر رشد اجتماعی و کاهش هراس اجتماعی کودکان دبستانی مؤثر است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر، جز طرح‌های آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. گروه‌های آزمایش و کنترل به روش تصادفی جایگزین شدند و قبل از اعمال مداخله‌ی تجربی، برای گروه آزمایش و کنترل پیش‌آزمون اجرا شد، پس‌آزمون نیز در پایان مداخله اجرا گردید. تفاوت بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر گروه از نظر معنادار بودن آماری مورد بررسی قرار گرفت. بدین صورت اثربخشی بازی درمانی به‌عنوان متغیر مستقل اعمال گردید تا تأثیر آن بر رشد اجتماعی و هراس اجتماعی کودکان دبستانی به‌عنوان متغیر وابسته مشخص گردد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه کودکان دختر پایه اول (تعداد ۱۸۰ نفر) دبستان نصر شهر کرمانشاه در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود. نمونه مورد نظر در پژوهش حاضر از نوع در دسترس به کار گرفته شد که از کودکان دختر دبستانی پایه اول با اجرای پرسشنامه رشد اجتماعی واینلند و مقیاس هراس اجتماعی، ۳۰ کودک که دارای رشد اجتماعی پایین و هراس اجتماعی بالابودند به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند که به‌صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. روش تحلیل داده‌های این پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی صورت گرفت. در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد، در بخش استنباطی از آزمون‌های آماری مناسب استفاده شد. در این پژوهش به‌منظور بررسی فرضیات از آزمون تحلیل کواریانس یک متغیره (مانکوا) استفاده گردید. لازم به ذکر است که کلیه مراحل تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام گرفت.

روند اجرا

پس از گرفتن مجوز از مرکز آموزش و پرورش استان کرمانشاه و انجام هماهنگی‌های لازم با مدیر، معلمان و والدین کودکان دبستانی و جلب رضایت و آگاه ساختن آن‌ها از طرح پژوهش، ابتدا از والدین درخواست شد که مقیاس رشد اجتماعی واینلند و هراس اجتماعی را برای کودکان تکمیل نمایند. پس از ارزیابی نتایج پرسشنامه‌ها، کودکان در دو گروه هم‌تا قرار داده شدند و به صورت تصادفی یکی از دو گروه‌ها به عنوان گروه آزمایش و دیگری به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل (برنامه بازی درمانی) قرار گرفت و گروه کنترل برنامه‌های همیشگی خود را ادامه داد. بدین صورت که ۸ جلسه (هفته‌ای ۲ جلسه) به مدت ۴۰ دقیقه بازی درمانی برای کودکان گروه آزمایش به مدت یک ماه ترتیب داده شد. اجرای پرسشنامه رشد اجتماعی و مقیاس هراس اجتماعی به عنوان پس‌آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل جهت مشخص شدن تأثیر بازی درمانی، یک هفته بعد از آخرین جلسه اجرا انجام گرفت.

ابزار پژوهش

پرسشنامه رشد اجتماعی واینلند: این مقیاس در سال ۱۹۵۳ توسط ادگار آرنولد دال تهیه و در سال ۱۹۶۵ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. مقیاس رشد اجتماعی واینلند یکی از مقیاس‌های تحولی است که با میزان توانایی فرد در برآوردن نیازهای عملی خود و قبول مسئولیت مرتبط است و گستره سنی تولد تا بالاتر از ۲۵ سالگی را در برمی‌گیرد و تا سن ۱۲ سالگی برای هر سال پرسش‌های مجزایی دارد. این مقیاس دارای ۱۱۷ ماده و ۸ مقوله کلی است که خودیاری عمومی، خودیاری در لباس پوشیدن، خودیاری در لباس پوشیدن، خودفرمانی، اشتغال، ارتباط زبانی، جابه‌جایی، اجتماعی شدن را از طریق مصاحبه با فرد یا مراقبان او اندازه‌گیری می‌کند (غنایی چمن آبادی و کارشکی، ۱۳۹۱). با توجه به نمره‌های شخص روی مقیاس می‌توان سن اجتماعی و بهره اجتماعی را محاسبه کرد. بهره اجتماعی نمره‌ای است که با توجه به آن و شناخت کودک و هنجارهای اجتماعی جامعه می‌توان قضاوت کرد که آیا نمره

ای که کودک گرفته نقص در رفتار سازشی است یا خیر (مقتدري، رفاهی، خسروی، ۱۳۹۰). گروهی از محققان به سرپرستی براهنی هنجاریابی مقدماتی مقیاس واینلند برای جمعیت ایران را انجام داده‌اند که نتایج حاصل از این بررسی پایایی، با استفاده از روش‌های بازآزمایی و ارزیابی‌های متفاوت، نشان‌دهنده پایایی خوب و مقبول مقیاس (ضریب پایایی با بازآزمایی ۱۲۳ نفر ۰/۹۲) در همه قلمروهاست (به نقل از لاریجانی و رازقی، ۱۳۸۷). زامیاد، یاسمی، واعظی (۱۳۷۵) این مقیاس را در مورد ۳۶۰ آزمودنی بهنجار مناطق شهری و روستایی کرمان به کار گرفتند و ضریب پایایی بازآزمایی حوزه‌های مختلف این مقیاس را بین ۰/۹۶ تا ۰/۹۹ گزارش کردند. روایی و پایایی نمره کل این مقیاس در پژوهش جلیوند و غباری بناب به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۳ گزارش شد (به نقل از کافی، زینعلی، خسرو جاوید، میان‌نهری، ۱۳۹۲).

مقیاس هراس اجتماعی (SPIN): نخستین بار توسط کانور و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی هراس اجتماعی تهیه گردید. این ابزار با دارا بودن ویژگی‌های با ثبات روان‌سنجی، یک ابزار معتبر برای سنجش شدت علائم هراس اجتماعی به کار می‌رود و یک مقیاس خود سنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) می‌باشد. این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. اعتبار آن با روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیک ۰/۸۰ گزارش شده است.

یافته‌ها

در جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون رشد اجتماعی و هراس اجتماعی در گروه‌های آزمایش و کنترل آمده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون رشد اجتماعی و هراس اجتماعی در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	مرحله	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
رشد اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۵	۵۶/۲۲	۸۹/۸۶	۷۷/۲۱	۳/۱۱
رشد اجتماعی	پس‌آزمون	۱۵	۶۳/۵۶	۷۷/۳۴	۸۹/۴۱	۳/۲۴
هراس اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۵	۴۶/۶۱	۷۱/۴۵	۶۹/۱۲	۲/۱۶
هراس اجتماعی	پس‌آزمون	۱۵	۳۹/۱۲	۶۸/۲۴	۶۲/۳۳	۱/۴۲
رشد اجتماعی	کنترل	۱۵	۴۸/۱۲	۶۹/۴۶	۷۵/۲۲	۱/۳۴
رشد اجتماعی	کنترل	۱۵	۵۸/۲۳	۸۰/۹۱	۷۶/۷۸	۱/۶۶
هراس اجتماعی	کنترل	۱۵	۴۸/۳۳	۷۶/۱۸	۶۶/۲۵	۱/۸۸
هراس اجتماعی	کنترل	۱۵	۴۹/۰۱	۷۷/۰۳	۶۷/۰۳	۲/۰۱

همان‌گونه که در جدول (۱) آمده است، میانگین پیش‌آزمون رشد اجتماعی در گروه آزمایش ۷۷/۲۱ بوده که در پس‌آزمون به ۸۹/۴۱ رسیده است، میانگین پیش‌آزمون هراس اجتماعی در گروه آزمایش ۶۹/۱۲ بوده که در پس‌آزمون به ۶۲/۳۳ رسیده است و در گروه کنترل میانگین پیش‌آزمون رشد اجتماعی ۷۵/۲۲ و میانگین پس‌آزمون آن ۷۶/۷۸ بوده است، همچنین میانگین پیش‌آزمون هراس اجتماعی در گروه کنترل ۶۶/۲۵ و میانگین پس‌آزمون آن ۶۷/۰۳ بوده است.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل کواریانس یکراهه (مانکوا)

منبع	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
پیش آزمون	۳۶/۲۲	۱	۲۶/۱۱	۶/۷۶	۰/۰۵	۰/۲۳
گروه	۲۱۲/۵۱	۱	۲۰۱/۶۷	۵۰/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۷
خطا	۷۳/۵۹	۱۷	۵/۴۳			
کل	۱۷۱۴۲۸/۲۳	۲۰				

نتایج جدول ۲) بیانگر آن است بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$) و این بدان معنی است که بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر رشد اجتماعی و هراس اجتماعی کودکان در نمونه مورد بررسی تأثیر معناداری گذاشته است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون خرده مقیاس های رشد اجتماعی و هراس اجتماعی در گروه های آزمایش و کنترل

گروه	پیش آزمون	پس آزمون	آماره	سطح معناداری			
خرده مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد			
خودیاری عمومی	آزمایش	۰/۵۶	۰/۰۸	۰/۵۹	۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۰۸
کنترل	۰/۴۷	۰/۰۶	۰/۴۷	۰/۰۳	۰/۰۱	۰/۰۷	
خودیاری در خوردن	آزمایش	۰/۶۳	۰/۰۳	۰/۶۴	۰/۰۳	۲/۲۳	۰/۲
کنترل	۰/۵۸	۰/۲۲	۰/۵۸	۰/۱۵	۰/۰۱	۰/۰۷	
خودیاری در پوشیدن	آزمایش	۰/۵۱	۰/۰۷	۰/۵۰	۰/۰۷	۱/۷۷	۰/۲
کنترل	۰/۴۸	۰/۰۵	۰/۴۸	۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۹۹	

خود رهبری	آزمایش	۰/۰۹	۰/۰۳	۰/۰۹	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۷	-۲/۴۵	۰/۰۷
	کنترل	۰/۰۷	۰/۰۲	۰/۰۷	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۰۲	۰/۸
مسائل شغلی	آزمایش	۰/۶۶	۰/۰۵	۰/۶۶	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۳	-۲/۹۹	۰/۰۰۳
	کنترل	۰/۴۹	۰/۰۶	۰/۴۹	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۰۳	۰/۰۰۲	۰/۸
جابه جایی	آزمایش	۰/۲۹	۰/۰۲	۰/۲۹	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۳	۲/۵۱	۰/۰۰۳
	کنترل	۰/۳۴	۰/۰۲	۰/۳۴	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۰۲	۰/۸
ارتباط	آزمایش	۰/۴۳	۰/۰۳	۰/۳۹	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۱	-۲/۹۱	۰/۰۰۱
	کنترل	۰/۴۱	۰/۰۵	۰/۴۱	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۰۰۲	۰/۸
اجتماعی بودن	آزمایش	۰/۲۵	۰/۰۱	۰/۲۵	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۳	-۲/۴۳	۰/۰۰۳
	کنترل	۰/۲۹	۰/۰۱	۰/۲۸	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	-۰/۸۱	۰/۱
ترس	آزمایش	۰/۵۱	۰/۰۴	۰/۵۱	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۱	-۱/۴۱	۰/۰۰۱
	کنترل	۰/۴۸	۰/۰۲	۰/۴۷	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۹	۰/۳۲	۰/۹
اجتناب	آزمایش	۰/۶۳	۰/۰۳	۰/۶۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۱	-۲/۲۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۰/۳۶	۰/۰۴	۰/۳۶	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۸	۰/۳۳	۰/۸
ناراحتی فیزیولوژیک	آزمایش	۰/۳۴	۰/۰۱	۰/۳۳	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۹	۰/۳۸	۰/۹
	کنترل	۰/۴۷	۰/۰۲	۰/۴۷	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۸	۰/۴۴	۰/۸

نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد که بازی‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر خرده مقیاس‌های خود رهبری، مسائل شغلی، جابه جایی، ارتباط، اجتماعی بودن، ترس و اجتناب تأثیر معناداری داشته است، اما بر سایر خرده مقیاس‌ها تأثیر معناداری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر افزایش رشد اجتماعی و کاهش هراس اجتماعی کودکان دبستانی پایه اول انجام گرفت. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که با حذف اثر پیش‌بین آزمون نتایج تحلیل کواریانس حاکی از این است که بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر نمرات پس‌آزمون رشد اجتماعی و هراس اجتماعی کودکان تأثیر معنی‌دار داشته است. بر اساس میانگین نمرات می‌توان گفت که نمرات رشد اجتماعی در پس‌آزمون افزایش و نمرات هراس اجتماعی در پس‌آزمون کاهش پیدا کرده است. بر این اساس فرضیه اصلی پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. هرچند پژوهش کاملاً مشابهی در توجه به نقش بازی درمانی شناختی-رفتاری بر رشد اجتماعی و هراس اجتماعی کودکان دبستانی وجود ندارد، در عین حال پژوهش‌های قاسمیان سیاکله‌رودی و زربخش بحری (۲۰۱۵)، باقری زاده، محمدی نصب و گودرزوند، (۲۰۱۵)، یزدانی پور و یزدخواستی (۱۳۹۰)، جلالی، کار احمدی، مولوی و آقایی (۱۳۹۰)، مک گیو (۲۰۰۰)، براتون، رای، ریان، جونز (۲۰۰۵)، باگرلی و پارکر (۲۰۰۵)، در پژوهش خود نشان دادند که بازی درمانی گروهی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی مؤثر است که با پژوهش حاضر همسو است. همچنین تعاملات اجتماعی افراد شرکت‌کننده افزایش یافته است که با نتایج پژوهش آذرنیوشان، به پژوه و غباری بناب (۱۳۹۱) همخوان است. همچنین نتایج بدست آمده از پژوهش حوله‌کیان، غلامعلی لواسانی و خلیلی (۱۳۹۲) نشان داد که بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری باعث کاهش ناسازگاری اجتماعی نوجوانان و افزایش تعاملات اجتماعی آنان شده است که با پژوهش حاضر همسو می‌باشد. پژوهش‌های مطرح شده از جمله پژوهش‌هایی هستند که در ارتباط با اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری در افزایش مهارت‌های اجتماعی انجام شده‌اند اما متأسفانه پژوهشی که اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری بر رشد اجتماعی و هراس اجتماعی کودکان دبستانی را بررسی کند به طوری که همسو یا ناهم‌سو با یافته‌های پژوهش حاضر باشد یافت نشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، جنبه‌ی اجتماعی رشد کودک، پایه‌ی زندگی انسانی او را تشکیل می‌دهد. لازمه‌ی زندگی اجتماعی

آمادگی روانی، برخورداری از مهارت‌های اجتماعی، اعتمادبه‌نفس و قدرت سازگاری اجتماعی است. بدون تردید از نظر اجتماعی، مهم‌ترین بعد شخصیت افراد بعد اجتماعی است. زمانی که افراد در تعامل‌های اجتماعی با دیگران درگیر می‌شوند، مشاهده‌ها و استنباط‌های پایداری درباره‌ی حالات ذهنی آن‌ها انجام می‌دهند و قادر می‌شوند رفتار افراد را با شناسایی علت اصلی انگیزه‌ی آن‌ها توضیح دهند و رفتارهای آینده‌ی آنان را نیز پیش‌بینی کنند. افزون بر این، نگرش و رفتار افراد تحت تأثیر تبیین‌ها و پیش‌بینی‌ها قرار می‌گیرد. رشد کودک مجموعه‌ای از تغییرات جسمانی، روانی، اجتماعی، شناختی، هیجانی و رفتاری است که از دوره جنینی تا سال‌های نوجوانی اتفاق می‌افتد. رشد اجتماعی تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله خانواده، مدرسه، گروه دوستان، تلویزیون، جنسیت و نژاد، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و فعالیت‌های حرکتی قرار دارد که نوع و چگونگی وضعیت آن‌ها ممکن است سبب تسریع رشد اجتماعی یا برعکس کندی آن شود (پاین، به نقل از آقاپور، جمشیدی‌ها و فرخی، ۱۳۸۵). بازی فرآیندی چندبعدی است که در خدمت تکامل و رشد کودک است و می‌تواند راهی جهت تخلیه انرژی‌های درونی کودک باشد و راه را برای یادگیری او هموارتر سازد و منجر به رشد اجتماعی و بهبود مهارت‌های ارتباطی کودک شود (جعفری و جعفری، ۱۳۹۱). بر مبنای یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر و مطالب ذکرشده، می‌توان گفت که بازی درمانی، روشی مناسب و مؤثر برای رشد اجتماعی و کاهش هراس اجتماعی کودکان است و بازی در سنین دبستان وسیله مناسبی برای ارتباط با کودک است و از طریق آن می‌توان رشد اجتماعی آنان در بزرگسالی را پیش‌بینی کرد؛ بنابراین، باید برای افزایش رشد اجتماعی کودکان، تلاش‌ها و آموزش‌های بسیار انجام شود؛ چراکه این توانایی برای موفقیت کودکان در آینده، عامل حیاتی به شمار می‌رود، یکی از این راهکارها می‌تواند آموزش بازی درمانی شناختی-رفتاری باشد چراکه تأثیر آن بر رشد اجتماعی و هراس اجتماعی کودکان در پژوهش حاضر تأیید شد. افراد از طریق برقراری ارتباط صمیمانه قادر خواهند بود که احساسات و عواطف خود را به اعضای خانواده، دوستان و نزدیکان خود ابراز نموده و به تقویت ارتباط عاطفی خود با آن‌ها کمک نمایند. در این صورت است که در مسائل و مشکلات پیش‌آمده، هیچ‌گاه احساس تنهایی

و عجز نکرده بلکه با کمک و یاری خواستن به موقع از دیگران موفق خواهد شد که با مسائل و مشکلات پیش آمده، به بهترین نحو ممکن برخورد نموده و راه حل های جدیدی را کشف نمایند. بدیهی است که برقراری ارتباط صمیمانه با دیگران از طریق حرف زدن حاصل نمی شود، بلکه با خوب گوش دادن، احترام گذاشتن، مشارکت کردن، ابراز وجود و... این ارتباط میسر خواهد شد. از آنجایی که امروزه برقراری ارتباط صمیمی بین دو یا چند نفر، نیازمند آگاهی از فنون و روش هاست، روابط درون فردی و بین فردی جزء یکی از مهارت های مهم زندگی اجتماعی محسوب می شود. ارتباط بین فردی فرایندی است که به وسیله آن اطلاعات و احساسات خود را از طریق پیام های کلامی و غیرکلامی با دیگران در میان می گذاریم. این توانایی باعث روابط گرم و صمیمی ما با دیگران به ویژه اعضای خانواده می شود و سلامت روانی و اجتماعی ما را بیش از پیش فراهم نموده و به قطع روابط ناسالم ما منجر خواهد شد.

منابع

- Aghapur, M. (2009). A review of the interaction of motor and social development. Quarterly Journal. (persian)
- Akhavan Taftani, M., Mousavi, S.F. (2007). The Relationship between Social Growth and Growth and Sexual Growth among Female Students in First Level. Psychology and Educational Sciences, 37 (1), 141-125. (persian)
- Alfano, C.A., Beidel, D.C. (2011). (Eds.) Social anxiety in adolescents and young adults. Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Azar Nishan, B., Bijouhi, A., Ghobari Bonab, B. (2012). The effect of therapeutic games with cognitive-behavioral approach on behavioral problems of mentally retarded students in elementary school. Exceptional Iranian Children's Quarterly, 2(12). (persian)

- Baggerly, J., Parker, M. (2005). Child-centered group play therapy with African American Boys of the Elementary School Level, *Journal of Counseling & Development*, 83(4), 387-396.
- Behpazhooh, A., Khanjani, M., Heidari, M., Shokohiyekta, M. (2007). The Effectiveness of Social Skills Training on Student's Efforts in Blind Students. *Quarterly Journal of Psychological Health*, 3, 37-29. (persian)
- Bratton, S., 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), 376-390.
- Bratton, S., 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), 376-390.
- Cartelge, J., Millbern, GF. (2006). Teaching social skills to children. Translated by Mohammad Hossein Sharinezhad. Mashhad: Astan Quds-Razavi Publishing House.
- Ceylan, S. (2010). Vineland validity - reliability study for social - emotional early childhood scale and examination of the influence of creative drama on five- years old children's social - emotional behaviors who have been attending to the preschool training institutions. *Early Childhood Research Quarterly*, 29 (3), 187-201.
- Connor, K. M., Davidson, J., Churchill, L.E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): new self – rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176, 379 – 386.
- Ellis, D.M., Hudson, JL. (2010). The metacognitive model of generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 13(2), 151-63.

- Gallagher, M.H., Rabian, A.B., McCloskey, S.M. (2004). A brief group cognitive behavior a in tervention for social phobia in childhood, *Journal of Anxiety disorders*, (18) 459-479.
- Garcia – Lopez, L. J., Olivares, J., Beidel DALbano, A. M., Turner, S., Rosa, A. L. (2006). Efficacy of three treatmentprotocols for adolescents with socialphobia: a 5– year Follow – up assessment. *Journal of Anxiety Disorders*, 20 (2), 175-91.
- Ghanai Chaman Abadi, A., Karashki, H. (2012). The Effect of Teaching Gymnastic Movements on the Intelligence and Social Development of Preschool Children. *Horizon Knowledge Quarterly*, 4(18). (Persian)
- Gilson, A. (2003). *The Relation Personality and Computer Games in the Child*, P: Mc Grow hill, 87, 56.
- Heimberg, R. G. (2010). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia*. New York: The Guilford Press.
- Holeh Kian, F., Gholamali Lavasani, M., Khalili, S. (2013). The Effectiveness of Group Therapy Game with Cognitive-Behavioral Approach in Correction of Social Disorgativity in Teens with Mental Disability. *Exceptional Iranian Children's Quarterly*. (persian)
- Jafari, A. (2012). The effect of cognitive-behavioral therapy therapy on the shyness of primary school children. *Quarterly Journal of Educational Psychology*. third year. the first number. 9 consecutive. (persian)
- Jalali, S., Kara-Ahmadi, M., Rumi, H., Aghaei, A. (2011). The effect of cognitive-behavioral group therapy on social fear of children aged 5 to 11 years. *Behavioral Sciences Research*, 9(2). (persian)
- Josefi, O., Ryan, Y. (2004). Non-directive play therapy for young children with autism: A cases study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 533-551.

- Kafey, M., Zeinali, S., Khosrow, Javid. M., Mian Nahri, F. (2012). A comparison of the characteristics of children with and without learning disabilities, behavioral and social development. *Journal of Learning Disabilities*, 2 (4), 139-124. (persian)
- Kazdin Alan, E. (2000). *Encyclopedia of psychology*, New York: Lexington press.
- Keane, S.P., Calkins, S.D. (2004). Predicting kindergarten peer social status from toddler and preschool problem behavior. *Jurnal of abnormal child psychology*, 32, 409-423.
- Kharrazi, K., Delgoshae, Y. (2010). Cognitive approach towards education and its impact on social responsibility of preschool children. *procedia social and Behavioral sciences*, 5, 2174- 2177. (persian)
- Knell, S.M. (1999). Cognitive-behavioral play therapy. In S.W. russ& T. Ollendick (Eds.), *Hand book of psychotherapies with children and families* (pp. 385-404). New York: kluwerAcademic /plenum publishers.
- Ladd, G. W. (1990). Having frinds, keeping frinds, keeping frinds, making frinds, and being liked by peers in the classroom: Prediction of children early school adjustment? *Child Development*, 61, 81 - 110.
- Landreth, G.L. (2002). *Play therapy: The art of the relationship*, New York, N.Y: Brunner Ruttledge.
- Larijani, Z S., Razaghi, N. (2008). Investigating the application of performing arts in social development of low-level students. *Research in exceptional children*. Eighth year number, 1. 52-43. (persian)
- Mason, P., Kegan Jerome, H. (2001). *Alta Carroll & Conger; John Jin Vie. Growth and personality of children*. Translation: Mahshid Yasayi. First Edition. Tehran: Central Publications.

- McGive, D.E. (2000). Child-Centered Group Play Therapy, Dissertation abstract International, 6(1), 30-39.
- Moitra, M., Herbert, J. D., Forman, E. M. (2008). Behavioral avoidance Mediates relationship between anxiety and depressive symptoms among social anxiety disorder patients. Journal of Anxiety Disorders, 22, 1205-1213.
- Moustaches, C. (1997). Relationship play therapy, Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.
- Narimani, M., Soleimani, I., Abolqasemi, A. (2012). Comparison of internal and external dimensions of thinking styles of blind and visually impaired students, School Psychology Quarterly, 1 (1), 118-108. (persian)
- Olatunji, B.O., Cisler, J.M., Tolin, D.F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders. Clinical Psychology Review, 572-581.
- Pedro -Carroll, J., Reddy, L. A. (2005). preventive play intervention to foster children resilience in the after of divorce. In L. Reddy, T. Files-Hall, & C. Schaefer (Eds.) empirically based play interventions for children. (pp 51-75). Washington, Dc American psychological association.
- Roth, D. A. (2004). Cognitive theories of social phobia In B. Bandelow & D. J. Stein (Eds). Social Anxiety Disorder (127-141). New York.
- Rubin, K. H., Bukwsky, W., Parker, J. (2006). Peer in interaction, relationship, and groups. In Eisenberg, (Ed), Handbook of child psychology (6th ed), Social, emotional, and personality development. New York: Wiley.
- Saduk, B., Saduk, A. (2000). Psychological Summary, Clinical Psychology and Behavioral Sciences, Kaplan & Saduk, Volume 2, Ninth Edition, Tehran, Arjmand.
- Sareh, G.H., Siahkalroudi, M R., Zarbakhsh, B. (2015). Effectiveness of cognitive behavioral play therapy group on self-esteem and social skills in girls' elementary school, Journal of Scientific Research and Development, 2 (4), 114-120. (persian)

- Springer, C., Misurell, J. R. (2010). Game-based cognitive-behavioral therapy (GB-CBT): An innovative group treatment program for children who have been sexually abused, *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 3, 80-163.
- Springer, C., Misurell, J.R., Hiller, A. (2012). Game-based cognitive-behavioral therapy (GB-CBT) group program for children who have experienced sexual abuse: a three-month follow-up investigation. *J Child Sex Abus*, 21(6), 64-646.
- Weisman, A., Mayer, C. (2005). *Clermininger. Growth and personality and health*. Translated by Sima Nazari. Tehran: Publications and Coaches.
- Wells. (2009). *Emotional disorders and meta-cognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Wittchen, H.U., Fehm, L. (2001). Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of SP *Psychiatr Clin*, 24, 617-41.
- Yazdanipur, N., Yazd, F. (2012). The Effectiveness of Group Games on Social Skills of Pre-Preschool Children aged 6 to 7 years old in Isfahan. *Behavioral Sciences Research*, 10(3). (persian)

The Effectiveness of Cognitive Behavior based Play Therapy on Social Development and Social Phobia of Preschool Children in Kermanshah City

Abstract

The present study was conducted to determine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy games in social development and reduction of social phobia among primary school children in Kermanshah city in the academic year of 2017-2018. In this research, a pre-test and post-test design was used for unsuitable groups. In the present study, 30 children with low social development and social phobia were selected as the sample group by using the Social Welfare Questionnaire and Social Welfare Scale, and 15 people in the group were selected randomly. Control replaced. The experimental group consisted of 8 sessions of play therapy with a cognitive-behavioral approach twice a week for 40 minutes on the experimental group. Participants of the control group were placed on the waiting list. The results of this study showed that cognitive-behavioral therapy has increased social growth and reduced children's social phobia using independent covariance analysis. The most important results of this research are the effectiveness of the treatment game and the usefulness of using the cognitive-behavioral approach in promoting social growth and reducing the social phobia of these children. Therefore, it can be concluded that the method of game therapy with cognitive-behavioral approach has been effective in social development and children's social phobia.

Key words: Play Therapy, Cognitive Behavior based, Social Development, Social phobia, Preschool Children.