

Research Paper

The Effectiveness of Child-Centred Play Therapy on Internalization and Extrapolation Behavioral Problems in Children With Cerebral Palsy



Yasaman Shahriari¹, *Sogand Ghasemzadeh², Samira Vakili¹

1. Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Literature, Humanities and Social Sciences (SLHSS), Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Science, University of Tehran, Tehran, Iran.



Citation Shahriari Y, Ghasemzadeh S, Vakili S. The Effectiveness of Child-Centred Play Therapy on Internalization and Extrapolation Behavioral Problems in Children With Cerebral Palsy. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2019; 25(3):236-249. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.25.3.236>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.25.3.236>



Received: 15 Aug 2018
Accepted: 07 May 2019
Available Online: 01 Oct 2019

Key words:

Play Therapy, Problem behavior, Cerebral Palsy

ABSTRACT

Objectives This study examined the effectiveness of Child-Centered Play Therapy (CCPT) on the internalized and externalized behavioral problems of children with Cerebral Palsy (CP).

Methods This was a quasi-experimental with a pre-test, post-test and a follow-up design. The study population consisted of all 6-8 years old children with CP in Rafideh Rehabilitation center in Tehran, Iran. Thirty children with CP were randomly divided into two groups of control (n=15) and experimental (n=15). Behavioral problems were measured using Child-Behavior Inventory Test in pre-test, post-test and follow-up phases. CCPT was performed for 16 sessions twice a week in the experimental group. After three months of CCPT intervention, the follow-up test was conducted to examine the continuity, consolidation, and generalization of the intervention results. The obtained data were analyzed by repeated-measures Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA).

Results In the post-test phase, CCPT had significant effect on reducing anxiety, depression, offense, and aggression of the children with CP compared to the pre-test scores.

Conclusion Given the significant effect of CCPT on reducing the internalized and externalized behavioral problems of children with CP, the results can be used in the pediatric care centers for these children.

Extended Abstract

1. Introduction

The statistics indicate that out of every 1000 children born in the world, about two suffer from Cerebral Palsy (CP). When brain damage occurs, paths and networks assisting emotion regulation may be disrupted. Emotional and behavioral problems are extreme, chronic, and deviant behaviors. With normal IQ and psychological

and behavioral balance, those are out of the standard of the public community.

Children with behavioral problems display emotional instability. About half of the children with CP have visible behavioral problems. Their physical, neurological problems associated with emotional control and regulation can lead to severe emotional and behavioral disorders. These conditions may negatively affect their performance. Child-Centered Play Therapy (CCPT) is a basic approach to the treatment of childhood problems. It is based on the reflec-

* Corresponding Author:

Sogand Ghasemzadeh, PhD.

Address: Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Science, University of Tehran, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 61117415

E-mail: s.ghasemzadeh@ut.ac.ir

tion of the child's behavior, "reflexive listening" and has clear principles and specific skills that can be divided into generalizable components. The treatment session is held based on the child's behaviors, needs, and interests, and no efforts are made to control and modify the child. This can positively affect the thoughts and emotions of children with behavioral problems.

Studies reflected the importance of CCPT and the effective role of its results in various exceptional children. The present study aimed to evaluate the effectiveness of CCPT in the internalized and externalized behavioral problems of children with CP.

2. Methods

This was an applied and quasi-experimental study with pre-test, post-test and follow-up design with a control group. The subjects were randomly assigned to experimental and control groups. The study population consisted of all 6-8-year-old children with CP at Rofeideh Rehabilitation Center in Tehran City, Iran. Thirty children aged 6-8 years with an average age of seven and a medical diagnosis of paraplegia and mild to moderate monoplegia were selected as the sample. Then, they were randomly divided into two groups of 15 (control and experimental).

The sampling method was convenience sampling. The experimental groups received 16 sessions (12 individual sessions and four non-individual sessions), for 45 minutes, twice a week. However, the control group received no intervention. The list of child behavioral symptoms was used both for grading and severity of emotional and behavioral problems as well as for the pre-test, post-test comparisons. In the meetings, the children expressed their problems by playing. Furthermore, the therapist helped the children with no intention of imposing a particular subject on them or directing them to a particular path. Thus, the children obtained enough insight on the problem and the solution.

3. Results

The achieved results suggested a significant reduction in anxiety, depression, offense, and aggression in the experimental group after the training period (post-test and follow-up phases). However, the control group demonstrated no significant change in almost none of the components in the pre-test, post-test, and follow-up stages. The repeated measures MANCOVA results revealed that in all tests, the obtained F-value was significant with 4 and 19 degrees of freedom. The mean post-test scores of anxiety, depression, offense, and aggression (after removing the effect of pre-

test scores), significantly differed in the experimental and control groups.

In addition, the mean scores of the experimental group were significantly lower in these variables compared to the controls; this finding reflects the positive effect of the intervention. Bonferroni posthoc test was used to evaluate the stability of the intervention. There was no significant difference between the mean values of variables in the post-test and follow-up stages. Accordingly, the intervention effect has remained stable at the follow-up stage. Thus, the hypotheses regarding the effectiveness of CCPT in reducing anxiety, depression, offense, and aggression in children with CP were confirmed.

4. Discussion

In CCPT sessions, while managing the sessions, the child feels safe and relaxed with the presence of a therapist who has established a good relationship with him, and reduces the anxiety. The therapist helps the child reach an insight of self. By guiding the meetings and with the help of a therapist, the children understand that feeling sad and sadness are natural phenomena. In the closing and follow-up sessions, success in games that fit the physical condition increased self-efficacy and self-esteem, and reduced depression in children. Given the scales' profile (based on the children's behavioral inventory test), the offensive behavior is a subscale of the externalized behavior; it was one of the dependent variables in this research.

There was no significant difference between the pre-test and post-test scores regarding the externalized offensive behavior. Some offensive behaviors are presumably created over time and institutionalized in the individual; thus, they need more time to reduce or resolve. Additionally, with the continuation of CCPT intervention and its training to caregivers, they might be replaced with healthy behaviors. During the sessions, the child is free to decide on how to start and finish the game; however, the therapist imposes some restrictions if needed, the violations of which after several warnings end in leaving the game room. Thus, to avoid leaving the play-therapy room, the child tries to control his behavior and besides proper externalizing, it causes self-control and reduces aggression in the child.

Considering the follow-up data, by teaching CCPT to the primary caregivers of the children with CP and based on the principle of practice and repetition in the treatment and education of exceptional children, their internalized and externalized behavioral problems can be reduced. In conclusion, CCPT has been effective in reducing internalized and externalized behavioral problems of the children with CP.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study has an ethical approval (Code: IR.IAU.KAU.REC.1397.029) and is a registered clinical trial (Code: IRCT20181124041742N1). Before collecting data, ethical principles were considered which include: obtaining informed consent from participants, explaining the study objective and method to them, making them assured of the confidentiality of information, and having the right to leave the study at any time.

Funding

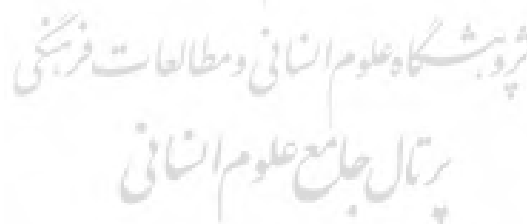
The present research was extracted from a master thesis approved by Yasaman Shahriari in the Faculty of Letters and Humanities, Department of General Psychology at the Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Authors contributions

Conceptualization, validation and project administration by all authors; Methodology, investigation, resources and initial draft preparation by Maryam Davoodi; Data analysis, editing and review by Leila Shameli.

Conflicts of interest

The authors declared no conflicts of interest.



اثربخشی بازی درمانی کودک محور بر مشکلات رفتاری درونی سازی و برونی سازی شده کودکان با آسیب فلج مغزی

یاسمن شهریاری^۱، سوگند قاسم‌زاده^۲، سمیرا وکیلی^۱

۱- گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه علوم و تحقیقات، تهران، ایران.
۲- گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۴ مرداد ۱۳۹۷

تاریخ پذیرش: ۱۷ اردیبهشت ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: ۰۹ مهر ۱۳۹۸

اهداف: پژوهش حاضر با هدف اثربخشی بازی‌درمانی کودک‌محور بر مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی شده کودکان با آسیب فلج مغزی، صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پی‌گیری بود و از طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون و پی‌گیری استفاده شد. جامعه آماری، تمامی کودکان ۸-۶ سال با آسیب فلج مغزی مرکز توان‌بخشی رفیده واقع در شهر تهران بود. برای انتخاب نمونه تعداد ۳۰ کودک با آسیب فلج مغزی به صورت دردسترس و تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. مشکلات رفتاری با آزمون سیاهه رفتار کودک در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پی‌گیری سنجیده شد. بازی‌درمانی کودک‌محور به مدت ۱۶ جلسه، دو بار در هفته بر روی گروه آزمایش انجام شد. با گذشت سه ماه از مداخله بازی‌درمانی کودک‌محور، آزمون پی‌گیری برای بررسی تداوم، تثبیت و تعمیم نتایج حاصل از مداخله اجرا شد. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: در مرحله پس‌آزمون، بازی‌درمانی کودک‌محور بر کاهش اضطراب، افسردگی، قانون‌شکنی و پرخاشگری کودکان با آسیب فلج مغزی، به صورت معنادار و اثربخش و در مقایسه با یافته‌های مرحله پیش‌آزمون اثبات بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به تفاوت معنادار بازی‌درمانی کودک‌محور در کاهش مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی شده کودکان با آسیب فلج مغزی مؤثر است و نتایج این تحقیق را در مراکز نگهداری، درمانی و خدماتی مختص کودکان با آسیب فلج مغزی می‌توان به کار برد.

کلیدواژه‌ها:

بازی‌درمانی، مشکلات رفتاری، فلج مغزی

مقدمه

هیدروسفالی^۱، خون‌ریزی در هفته ۱۲ بارداری، از جمله عوامل مهم در ایجاد فلج مغزی هستند [۴، ۳]. نوع و میزان اختلال حرکتی بستگی به آن دارد که چه مقدار و کدام نقطه از مغز آسیب دیده باشد. درمان فلج مغزی نیز به نوع اختلال عملکردی بستگی دارد و انواع درمان‌های فلج مغزی شامل تجویز داروهای خوراکی مانند تجویز بوتولینوم^۲، کارگزاری پمپ اینترانکال باکلوفن^۳، درمان تشنج و اختلالات ارتوپدی و اختلالات حسی، مشاوره برای کمک به خانواده برای پذیرش کودک، جراحی‌ها، مراقبت در مکان مخصوص نگهداری، کاردرمانی و درمان‌های شناختی رفتاری مثل بازی‌درمانی هستند [۵].

وقتی آسیب مغزی اتفاق می‌افتد، مسیرها و شبکه‌هایی که به تنظیم احساسات کمک می‌کنند، ممکن است مختل شوند [۷]

علائم اولیه فلج مغزی معمولاً قبل از سه سالگی ظاهر می‌شوند. برخی از علائم عبارت‌اند از سفتی عضلات، حرکات غیرطبیعی، اشکال در مهارت‌های حرکتی درشت و ظریف، ادراکی حسی، تعادل‌نداشتن گردن و مشکلات بلع [۱]. آمارها نشان می‌دهند از هر ۱۰۰۰ کودکی که در دنیا متولد می‌شود، تقریباً ۲ تا ۳ آن‌ها به فلج مغزی دچار هستند. این رقم معادل ۱۵ درصد کل جمعیت کودکان است [۲]. کاهش سطح اکسیژن، تولد با وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم، عفونت‌های مغزی مانند مننژیت، ضربه‌های دوران بارداری، ناسازگاری‌های خونی مادر، مصرف بیش‌ازحد دارو برای زایمان‌های به‌اصطلاح راحت، تصادفات و حوادث مختلف، قرار گرفتن بیش از چهار هفته نوزاد زودرس در انکوباتور^۱،

2. Hydrocephalus
3. Botulinum
4. Baclofen Pump

1. Incubator

* نویسنده مسئول:

دکتر سوگند قاسم‌زاده

نشانی: تهران، دانشگاه تهران، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی.

تلفن: ۰۲۱۱۱۷۴۱۵ (۲۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: ghasemzadeh@ut.ac.ir

روانی جامعه نقش به‌سزایی دارد [۲۱] و با توجه به اینکه کودکان بررسی‌شده در این پژوهش، همگی طبق رأی دادگاه بی‌سرپرست یا بدسرپرست شناسایی شده‌اند، چالش‌های جسمانی این کودکان و مشکلات عصب‌شناختی مرتبط با کنترل و تنظیم عواطف، می‌تواند منجر به اختلالات عاطفی و رفتاری شدید برای کودکان با آسیب فلج مغزی شود که بر عملکرد آن‌ها تأثیر منفی خواهد گذاشت.

یکی از مهم‌ترین روش‌هایی که در زمره بازی‌درمانگری کودکان وجود دارد، بازی‌درمانی کودک‌محور^۶ است که عبارت است از ارتباط جاری بین درمانگری آموزش‌دیده و کودکی که مشکلات رفتاری و هیجانی دارد، با استفاده از فعالیت‌های متنوع و گوناگون در بازی، که منجر به ایجاد تغییرات درمانی در مراجع می‌شود [۲۲]. این تکنیک براساس انعکاس رفتار کودک به دو شکل گوش دادن همدلانه یا گوش دادن انعکاسی است [۲۳]. در اصل این مدل بازی‌درمانی برگرفته از راجرز^۷ است. نظریه او بر این اصل انسان‌گرایانه استوار بود که اگر به افراد آزادی و حمایت عاطفی داده شود، می‌توانند به انسان‌هایی کارآمد تبدیل شوند و می‌توانند مشکلاتشان را حل کنند [۲۴].

بازی‌درمانی کودک‌محور رویکردی اساسی برای درمان مشکلات دوران کودکی است و از آنجا که اصول روشن و مهارت‌های خاص قابل تقسیم به اجزای قابل تعمیم دارد، درمانگران کودک به طور گسترده‌ای از آن استفاده می‌کنند و این روش تنها شکل بازی‌درمانی است که به دلیل مهارت‌های قابل تعلیمی که دارد، می‌توان آن را به والدین آموزش داد [۲۵]. استفاده از رویکرد کودک‌محور، مستلزم آن است که جلسه درمان براساس رفتارها، خواسته‌ها و علایق کودک شکل گیرد. در این روش هیچ تلاشی برای کنترل کردن و تغییر دادن کودک نمی‌شود. همین نکته می‌تواند اثرات مثبتی بر افکار، هیجانات کودک با مشکلات رفتاری داشته باشد. هنگامی که کودکان دریابند که آزادی انتخاب به روش خودشان در خلال بازی واقعی است، اغلب به سرعت به سمت موضوعاتی که نمادی از احساسات و شرایطشان است، حرکت می‌کنند. بازی‌درمانی کودک‌محور امنیت منحصر به فردی در خود دارد که هم پذیرش و هم درمان را برای کودکان فراهم می‌کند.

پژوهش‌های نوین حاکی از اهمیت‌فائق شدن برای بازی‌درمانی کودک‌محور و نقش مؤثر و به‌سزای نتایج آن‌ها بر انواع کودکان استثنایی هستند [۲۶]. از آنجا که کودکان از بودن در اتاق بازی لذت می‌برند و پیامد تکرار نقض محدودیت‌ها، ترک اتاق بازی است، انگیزه پیدا می‌کنند که برای مدیریت تکانه‌ها، امیال، هیجانات و رفتارهایشان راه‌های دیگری پیدا کنند. درمانگر به

[۶]. مشکلات عاطفی و رفتاری^۵ به موقعیتی اطلاق می‌شود که در آن پاسخ‌های هیجانی و رفتاری با هنجارهای فرهنگی، سنی و قومی تفاوت داشته باشند. گستره رفتارهای گوناگون افراطی، مزمن و انحرافی شامل اعمال تهاجمی یا برانگیختگی ناگهانی تا اعمال افسرده‌گونه و گوشه‌گیرانه است. در این موقعیت، بدون پایین‌بودن بهره هوشی، تعادل روانی و رفتاری فرد، از اندازه عمومی اجتماع دور باشد و شدت، تکرار و مداومت در زمان‌ها و مکان‌های متعدد داشته باشد [۸، ۴]. کودکان با مشکلات رفتاری، بی‌ثباتی هیجانی نشان می‌دهند [۹، ۱۰].

عوامل علی و زمینه‌ساز متعددی برای اختلالات عاطفی مطرح شده است؛ از جمله عوامل زیستی، محیطی و ژنتیکی، آسیب مغزی و عوامل عصبی، عوامل پیش و پس از تولد و تفاوت در ساختارهای مغزی، عوامل روان‌شناختی مانند خصوصیات شخصیتی و حساسیت به اضطراب و هیجان و عوامل دیگری چون فقر، از دست دادن یا طلاق والدین، سابقه بیماری‌های روان‌شناختی در والدین، تجارب آسیب‌زا و محیط خانوادگی آشفته که با عوامل محیطی مانند نبود دلبستگی ایمن در تعامل هستند، می‌توانند زمینه‌ساز این اختلالات شوند [۱۱، ۱۲]. حدود نیمی از کودکان با آسیب فلج مغزی به طور قابل مشاهده‌ای مشکلات عاطفی و رفتاری دارند که این یافته‌ها نشان‌دهنده شیوع زیاد مشکلات سلامت روان در این کودکان است [۱۳، ۱۴].

نتایج مطالعات علمی نشان می‌دهند یکی از چهار کودک با آسیب فلج مغزی، در معرض مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی شده است [۱۵]. هنگامی که مغز دچار آسیب می‌شود، نحوه تفکر، شخصیت و کارکردهای جسمی فرد دستخوش تغییر می‌شوند. این تغییرات ممکن است گذرا یا دائمی باشد و بسته به عواملی نظیر علت، محل و شدت آسیب، متفاوت از یکدیگر است. نشانه‌های منفی مشکلات رفتاری اغلب به طور طبیعی کاهش نخواهد یافت، توجه به مداخله بهنگام و اقدام درمانی به‌موقع برای کاهش نشانه‌ها اهمیت بسیاری دارد [۱۶، ۱۷]. در کودکان با آسیب فلج مغزی، به دلیل مشکلات جسمانی، ارتباط با محیط محدود می‌شود و اگر این محدودیت با بروز مشکلات عاطفی و رفتاری همراه شود، در برقراری ارتباط با محیط بیش‌ازپیش مشکل ایجاد می‌شود و ممکن است باعث شود در همسالان و مراقبان واکنش منفی به آن‌ها به وجود آید و بدبختی است چنین واکنش‌هایی و طرد شدن از گروه همسالان، عواطف منفی و رفتار نامناسب را دوچندان می‌کند، به‌طوری که بر روابط اجتماعی، مراقبت از خود و سازگاری فردی و بین‌فردی آن‌ها تأثیرات منفی می‌گذارد [۲۰-۱۸، ۲۰].

از آنجا که خانواده در حفظ و تأمین سلامت جسمانی و روانی افراد و نیز در پیشگیری از انواع آسیب‌های اجتماعی و

6. Child - Centred Play Therapy

7. Rogers

5. Emotional and Behavioral Problems

روش

پژوهش حاضر که با کد IRCT20181008041274N1 در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است، از نظر هدف، جزء پژوهش‌های کاربردی است و بر حسب نحوه گردآوری داده‌ها، از نوع پژوهش‌های شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پی‌گیری با گروه کنترل است.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری: برای انتخاب نمونه، به مرکز توانبخشی و نگهداری رفیده واقع در شهر تهران مراجعه شد. علت مراجعه به این مرکز به جهت سهولت دسترسی به نمونه در دسترس و کنترل متغیر سن، هوش‌بهر کودکان، نوع آسیب و وضعیت سرپرستی مشابه بوده است. در مورد پژوهش و اهداف آن، پیشتر با مسئولان بهزیستی کل استان تهران و شمیرانات مذاکره شده بود و برای جلب همکاری مدیر مرکز و صدور مجوز فعالیت، اقدامات لازم صورت گرفته بود.

جامعه آماری پژوهش حاضر، همه کودکان ۸-۶ سال با آسیب فلج مغزی مرکز توانبخشی و نگهداری رفیده واقع در تهران بود. برای انتخاب نمونه، تعداد ۳۰ کودک دختر و پسر ۸-۶ سال با میانگین سنی ۷ سال، با تشخیص پزشکی فلج مغزی از نوع پاراپلژی و مونوپلژیای خفیف تا متوسط انتخاب شدند، سپس گروه نمونه به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره کنترل و آزمایش قرار گرفتند. در این فرآیند، روش نمونه‌گیری پژوهش به صورت در دسترس بود. تعیین حجم نمونه بر اساس حجم جدول حجم نمونه کوهن و توان آزمون ۰/۸ صورت گرفت و در نهایت با توجه به بررسی‌های انجام‌شده و لحاظ کردن محدودیت زمانی و مالی، حجم نمونه ۳۰ نفر در نظر گرفته شد.

برای کنترل متغیرهای مداخله‌گر، گروه نمونه براساس کدهای دریافتی با روش تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند. بعد از قرار گرفتن شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمایش و کنترل، مواردی همچون شدت فلج، سن و جنسیت آنان بررسی شد. از لحاظ شدت اختلال، در گروه آزمایش ۱۱ نفر خفیف، ۴ نفر متوسط و در گروه کنترل ۱۲ نفر خفیف و ۳ نفر متوسط بودند. همچنین میانگین سنی هر دو گروه ۷ سال بود. از لحاظ توزیع جنسیتی در گروه آزمایش، ۸ پسر و ۷ دختر و در گروه کنترل، ۹ پسر و ۶ دختر حضور داشتند. گروه آزمایش ۱۶ جلسه (۱۲ جلسه فردی و ۴ جلسه گروهی) ۴۵ دقیقه‌ای و هر هفته دو بار، با پژوهشگر جلسه داشتند. در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند.

ملاک‌های ورود افراد برای شرکت در پژوهش: کودکان ۸-۶ سال، وجود مشکلات عاطفی و رفتاری براساس آزمون سیاهه رفتاری کودکان، علاقه به همکاری و شرکت در پژوهش بر اساس رضایت‌نامه کتبی سرپرست قانونی، بهره‌هوشی بیشتر از ۵۵ (براساس اطلاعات مندرج در پرونده پزشکی موجود در

کودک کمک می‌کند از طریق بازی، تحریف‌های شناختی خود را ترمیم کند. با استفاده از آموزش مهارت‌های بازی‌درمانی کودک‌محور به مسئولان مراکز نگهداری کودکان بی‌سرپرست، این نتیجه حاصل شد که روابط بین مراقبت‌کننده‌ها و کودکانی که در مرکز نگهداری می‌شوند، بهبود یافته و همچنین به بهبود روابط بین‌فردی کودکان نیز نقش مهمی داشت [۲۷، ۲۸]. به دلیل همبودی مشکلات جسمی و روانی، معمولاً کودکان دارای مشکلات جسمانی، همراه با افسردگی، مشکلات اضطرابی را نیز هم تجربه می‌کنند [۲۹]. در یک پژوهش میان‌فرهنگی، این نتیجه به دست آمد که بازی‌درمانی کودک‌محور، رویکردی خلاق و مؤثر برای بهبود کودکان دارای مشکل در جمعیت‌های مختلف فرهنگی است [۳۰، ۳۱].

کودکان با مشکلات رفتاری، بی‌ثباتی هیجانی نیز نشان می‌دهند [۳۲]. در جهت تلاش برای رفع و کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری در کودکان با آسیب فلج مغزی و نیز تقویت رفتارهای بهنجار و مطلوب در این کودکان و در نهایت داشتن یک زندگی مطلوب در حال و آینده و برخورداری از بهداشت روان، انجام این پژوهش لازم بود. طبق بررسی انجام‌شده، در ایران، تاکنون روش بازی‌درمانی کودک‌محور و تأثیر آن بر متغیر مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی شده در کودکان با آسیب فلج مغزی بررسی نشده است. هدف از پژوهش حاضر ارزیابی اثربخشی بازی‌درمانی کودک‌محور بر مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی شده کودکان با آسیب فلج مغزی است.

اهمیت نظری پژوهش حاضر از این جنبه است که نتایج حاصل از آن به گسترش پژوهش‌های حوزه سلامت روانی در کودکان با آسیب فلج مغزی، کمک خواهد کرد. از جنبه کاربردی، با توجه به کاربرد آسان و کم‌هزینه و اثربخش آن، متخصصان، روان‌شناسان و مشاوران حوزه کودکان استثنایی می‌توانند در فعالیت‌های حرفه‌ای خود در محیط‌های کلینیکی، بیمارستانی و نگهداری، از نتایج این پژوهش بهره‌مند شوند. همچنین نتایج این پژوهش برای ارتقای سلامت روانی خانواده‌ها و مراقبان نیز سودمند است، چراکه با بهبود مشکلات عاطفی و رفتاری، تعاملات مؤثر بین کودکان و مراقبان برقرار شده و از بروز مشکلات و تعارضات روزانه پیشگیری خواهد کرد.

در این راستا چهار فرضیه بررسی شده است: فرضیه اول این است که بازی‌درمانی کودک‌محور بر کاهش اضطراب کودکان با آسیب فلج مغزی تأثیر دارد؛ فرضیه دوم اینکه بازی‌درمانی کودک‌محور بر کاهش افسردگی کودکان با آسیب فلج مغزی تأثیر دارد؛ فرضیه سوم این است که بازی‌درمانی کودک‌محور بر کاهش قانون‌شکنی کودکان با آسیب فلج مغزی تأثیر دارد. فرضیه چهارم اینکه بازی‌درمانی کودک‌محور بر کاهش پرخاشگری کودکان با آسیب فلج مغزی تأثیر دارد.

درجه‌بندی می‌کند و از هشت خرده‌مقیاس تشکیل شده است. هنجاریابی این پرسش‌نامه پس از انطباق‌های لازم به لحاظ زبانی، فرهنگی و اجتماعی روی نمونه ایرانی انجام شده است. این ابزار برای اولین بار در ایران توسط تهرانی‌دوست و همکاران ترجمه و هنجاریابی شده است. سپس در تحقیق مینایی این نتیجه حاصل شده است که این پرسش‌نامه از قابلیت اعتماد و روایی مطلوب و بالایی برخوردار است [۳۴].

در پژوهش مینایی پایایی نسخه بومی‌سازی شده (ایرانی) با استفاده از روش آماری آلفای کرونباخ $0/65$ تا $0/85$ به دست آمده است و همچنین همبستگی میان نسخه‌های هم‌تا تأیید شده است و روایی آن با بررسی همبستگی آزمون با دو مقیاس اندازه‌گیری رفتار کانرز^{۱۱} و سیاهه تجدیدنظرشده، مشکل رفتاری کوای-پیترسون^{۱۲}، $0/88$ (پسران) و $0/52$ (دختران) تأیید شده است. روایی محتوایی، روایی ملاکی (با استفاده از مصاحبه روان‌پزشکی با کودک و نیز همبستگی با پرسش‌نامه نشانه‌های بالینی کودکان)^{۱۳} و روایی سازه این فرم‌ها مطلوب گزارش شده است [۳۳، ۳۵].

در پژوهش حاضر تعداد ۳۰ کودک که نمره تی به دست آمده در مقیاس‌های مبتنی بر تجربه (مشکلات اضطراب/افسردگی، اضطراب/گوشه‌گیری، شکایات جسمانی، قانون‌شکنی و پرخاشگری) آن‌ها بیشتر از ۶۰ بوده است (در محدوده مرزی و بالینی) بررسی شده‌اند. نتایج گزارش‌های آماری با علائم بالینی تمام کودکان مطالعه‌شده همسو بود. این آزمون در پژوهش حاضر، هم برای درجه‌بندی و شدت مشکلات عاطفی و رفتاری و هم به عنوان پیش‌آزمون، پس از آزمون (برای بررسی مقدار اثربخشی متغیر مستقل بر متغیر وابسته) استفاده شده است.

روش اجرا: در این جلسات کودکان به بیان مشکلات خود از طریق بازی پرداختند و درمانگر بدون آنکه سعی کند موضوعی بر کودکان تحمیل کند و یا رفتار آن‌ها را به سمت خاصی هدایت کند، تلاش کرد به کودکان یاری برساند تا به بینش کافی نسبت به مشکل خود و راه‌حل آن دست یابند.

ساختار و جلسات بدین شرح است: جلسات ۱ الی ۴: جلسات اول صرف برقراری ارتباط بین کودک و درمانگر می‌شود. درمانگر، قوانین بازی را در جریان برقراری ارتباط بیان می‌کند، بدان معنا که مدت زمان جلسه و پنج دقیقه آخر و یک دقیقه نهایی را در هر جلسه بیان می‌کند. همچنین در صورت نیاز به گذاشتن محدودیت، به بیان آن می‌پردازد: در این اتاق و در این زمان، کودک هر کاری که مایل به انجام آن است، می‌تواند انجام دهد و اگر کاری بود که نمی‌توانست درمانگر به او متذکر می‌شود (بیان قوانین در این رویکرد به این صورت است).

مرکز، کمترین بهره هوشی ۵۵ و بیشترین آن ۷۰ و میانگین بهره هوشی $62/5$ ، دریافت‌نکردن درمان‌های دیگر به غیر از دارودرمانی، توانایی استفاده از زبان و دارابودن قدرت تکلم، درج وجود آسیب فلج مغزی در پرونده پزشکی، توانایی نسبی استفاده از دست‌ها در بازی، با استناد به نوع آسیب مندرج در پرونده پزشکی و استفاده از ارزیابی‌هایی مانند تونوسیتة عضلات، رشد رفلکس‌ها، ارزیابی وضعیت و حرکت و ارزیابی فعالیت‌های روزمره زندگی مندرج در پرونده کاردرمانی.

ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش: وجود پرخاشگری غیرقابل کنترل، غیبت بیش از دو بار در هفته، دریافت مداخله‌های دیگر در زمان اجرای پژوهش به غیر از دارودرمانی.

روش جمع‌آوری داده‌ها و ابزار پژوهش: ابتدا فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش حاضر توسط فردی که سرپرست قانونی این کودکان را به عهده دارند، تکمیل شد. سپس برای جمع‌آوری داده‌ها هریک از مادران (که مسئول نگهداری و مراقبت از کودکان بودند) قبل و بعد از جلسات درمان، آزمون سیاهه رفتاری کودک را به عنوان پیش‌آزمون و پس از آزمون و پی‌گیری تکمیل کردند.

ریزش شرکت‌کنندگان: در گروه آزمایش دو نفر ریزش وجود داشت: یک نفر، به دلیل هوش بیشتر این کودک نسبت به بقیه کودکان مقیم مرکز، که برای دریافت آموزش‌های بهتر و جلوگیری از پس‌رفت، به مرکز جدید منتقل شد و یک نفر به دلیل غیبت بیشتر از دو جلسه در فرآیند آموزش. نمره این شرکت‌کنندگان در نتایج نهایی وارد نشد. در این پژوهش، علل افت شرکت‌کنندگان، انتقال آزمودنی به مراکز دیگر و غیبت بیش از دو جلسه، بود.

آزمون سیاهه رفتاری کودک^۸ (فهرست نشانه‌های رفتاری کودک): آخنباخ^۹ در دهه ۱۹۶۰ توسط توماس آخنباخ استاد دانشکده روان‌شناسی دانشگاه ورمونت^{۱۰} طراحی شد و در سال ۱۹۹۱ بار دیگر توسط آخنباخ ویرایش و هنجاریابی شد [۳۳]. افراد تکمیل‌کننده این پرسش‌نامه، والدین یا کسانی بودند که سرپرستی کودک را برعهده داشتند و او را کاملاً می‌شناختند.

در این فرم، پاسخ‌دهنده مشکلات بالینی، عاطفی، رفتاری و اجتماعی کودکان را درجه‌بندی می‌کند و دارای دو مقیاس کلی درونی‌سازی و برونی‌سازی است. تعداد سؤالات این آزمون ۱۱۵ (تعداد سؤالات نسخه ایرانی: ۱۱۳) و گروه سنی ۱۸-۱/۵ سال را می‌سنجد (نسخه ایرانی برای کودکان ۱۱-۶ و ۱۸-۱۲ سال هنجاریابی شده است). دامنه نمره‌دهی بر اساس مقیاس لیکرت، صفر تا دو است و وضعیت کودک را در شش ماه گذشته

11. Conners Comprehensive Behavior Rating Scales

12. Q- Peterson

13. Child Symptom Inventory - CSI4

8. Child Behavior Checklist (CBCL)

9. Achenbach

10. Vermont

دو بخش یافته‌های توصیفی و یافته‌های حاصل از آزمون‌های استنباطی است. در بخش توصیفی به شاخص‌های مربوط به توزیع نمونه آماری پرداخته خواهد شد و در بخش آمار استنباطی با توجه به نوع فرضیه‌های استفاده‌شده از آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام تحلیل به غربالگری داده‌ها پرداخته شد و داده‌های پرت، از تحلیل خارج شدند.

جدول شماره ۱ نشانگر کاهش میانگین در متغیرهای اضطراب، افسردگی، قانون‌شکنی و پرخاشگری گروه آزمایشی، پس از دوره آموزش (مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری) است. به عبارت دیگر گروه آزمایش پس از تجربه مداخله، شرایط بهتری را گزارش کرده است. این در حالی است که گروه کنترل تقریباً در کلیه مؤلفه‌ها در بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری، تغییر قابل ملاحظه‌ای را نشان نمی‌دهد. نتایج آزمون ام. باکس ($F_{۳۶, ۲۱۶۸۹۸۶} = ۱/۴$) حاکی از این است که مقدار F معنادار

جلسات ۴ الی ۱۲: در این جلسات کودک به بیان مشکلات خود از طریق بازی می‌پردازد و درمانگر بدون آنکه سعی کند موضوعی بر کودک تحمیل کند و یا رفتار کودک را به سمت خاصی هدایت کند، تلاش می‌کند به کودک یاری برساند و به بینش کافی نسبت به مشکل خود و راه‌حل آن دست یابد.

جلسات ۱۲ تا ۱۶: کودکان برای خاتمه جلسات درمانی آماده می‌شوند. پس از اتمام هر جلسه بازی درمانی کودک محور، پژوهشگر به مدت ۳۰ دقیقه قواعد و اصول رویکرد بازی درمانی کودک محور را به کمک فیلم‌های آموزشی این رویکرد، به مادران مقیم مرکز آموزش داد. هدف از آموزش این رویکرد، زمینه‌سازی و آماده‌سازی شرایط لازم برای مادران در مسیر بهبود شرایط زندگی کودکان مقیم مرکز بود.

یافته‌ها

با توجه به ماهیت پژوهش، یافته‌های این پژوهش شامل

جدول ۱. آماره‌های توصیفی مقیاس‌های اضطراب، افسردگی، قانون‌شکنی و پرخاشگری

متغیر	مرحله	میانگین \pm انحراف معیار	گروه آزمایش	گروه کنترل
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۱±۳/۲۹	۱۰/۱۳±۲/۷۴	
	پس‌آزمون	۶/۳۱ ±۳/۰۳	۱۰±۲/۶۹	
	پی‌گیری	۵/۸۴±۲/۶۶	۱۰/۳۳±۲/۵۳	
افسردگی	پیش‌آزمون	۶/۹۲ ±۳/۴۵	۷/۱۳±۲/۹۴	
	پس‌آزمون	۴/۰۸±۲/۲۶	۷/۰۷±۲/۵۷۶	
	پی‌گیری	۱/۸۰±۰/۰۷	۷/۲۷±۲/۵۹	
قانون‌شکنی	پیش‌آزمون	۷/۷۷±۲/۲۴	۸/۴۰±۲/۵۴	
	پس‌آزمون	۵/۷۷±۲/۰۴	۸/۲۷±۲/۴۳	
	پی‌گیری	۵/۳۰۷±۱/۹۳	۸/۶۰±۲/۴۷	
پرخاشگری	پیش‌آزمون	۱۳±۴/۷۶	۱۲/۱۳± ۴/۱۵	
	پس‌آزمون	۹/۰۸±۴/۳۷	۱۲/۰۷± ۴/۳۷	
	پی‌گیری	۸/۵۳±۳/۷۴	۱۲/۴۶± ۴/۸۲	

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

جدول ۲. بررسی آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری مکرر

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
اثر پیلاپی	۰/۴۹	۴/۶۶	۴	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹
لامبدای ویلکز	۰/۵۱	۴/۶۶	۴	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹
اثر هاتلینگ	۰/۹۸	۴/۶۶	۴	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹
بزرگ‌ترین ریشه‌رو	۰/۹۸	۴/۶۶	۴	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

جدول ۳. نتایج آزمون‌های اثر بین گروهی میانگین‌ها

متغیر وابسته	منبع	نوع سوم مجذورات	درجه آزادی	F	معناداری
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۹۸/۴	۱	۳۸/۷۱	۰/۰۰۱
	گروه	۲۷۴/۹	۱	۵۳/۶۴	۰/۰۰۱
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۳۳/۲۲	۱	۳۰/۴۳	۰/۰۰۱
	گروه	۱۳۱/۵۷	۱	۳۲/۴۹	۰/۰۰۱
قانون شکنی	پیش‌آزمون	۱۴۲/۰۲	۱	۲۶/۶۳	۰/۰۰۱
	گروه	۶۹/۲۵	۱	۱۲/۷۱	۰/۰۰۲
پرخاشگری	پیش‌آزمون	۶۵۳/۰۶	۱	۶۸/۸۴	۰/۰۰۱
	گروه	۲۳۳/۹	۱	۲۸/۸۷	۰/۰۰۱

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

جدول ۴. مقایسه دو به دویی متغیرها در دو مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری

متغیر وابسته	تفاضل میانگین (پس‌آزمون-پی‌گیری)	انحراف استاندارد خطا	سطح معناداری
اضطراب	۰/۱۶	۰/۰۹	۰/۰۹
افسردگی	-۰/۱	۰/۱۴	۰/۵
قانون‌شکنی	-۰/۰۱۵	۰/۱۰	۰/۸
پرخاشگری	۰/۰۶	۰/۱۷	۰/۶

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

حاکمی از آن است که در تمام آزمون‌ها F به دست آمده با درجه آزادی ۴ و ۱۹ در سطح $P < 0/05$ معنادار است. یافته‌های حاصل نشان داد که در نیم‌رخ نمرات ترکیبی (تعامل زمان و گروه) متغیرهای اضطراب، افسردگی، قانون‌شکنی و پرخاشگری در دو گروه، پس از حذف اثر پیش‌آزمون، تفاوت معنادار وجود دارد $\eta^2 = 0/49$ و $p < 0/05$ و $(df = 4 \text{ و } 19)$ و $F = 4/646$ و $Pill = 0/49$ (Lai's Trace).

نتایج جدول شماره ۳ حاکی از آن است که میانگین نمرات اصلاح‌شده پس‌آزمون متغیرهای اضطراب، افسردگی، قانون‌شکنی و پرخاشگری بعد از برداشتن اثر نمرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل با یکدیگر تفاوت معنادار داشته $(P < 0/05)$ و میانگین نمرات گروه آزمایش به صورت معناداری در این متغیرها کمتر از گروه کنترل بوده است که این امر حاکی از تأثیر مثبت مداخله است.

برای بررسی پایداری اثر مداخله از آزمون تعقیبی بونفرونی^{۱۴} استفاده شد. نتایج جدول شماره ۴ حاکی از آن است که بین میانگین متغیرها در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری تفاوت معناداری وجود ندارد؛ بنابراین اثر مداخله در مرحله پی‌گیری پایدار مانده است. بنابراین فرضیه‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی

نیست $(P > 0/05)$ ؛ بنابراین شاهد برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده‌شده و متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها هستیم و در نتیجه این پیش‌فرض تأیید شده است. برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس متغیرهای پژوهش از آزمون لوین استفاده شد. معنادار نبودن F مشاهده‌شده $(P > 0/05)$ در آزمون لوین بیانگر این موضوع است که مفروضه همسانی واریانس‌ها برقرار است. برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در هر دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد.

بررسی فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها به تفکیک مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) و گروه‌ها (آزمایش، کنترل) با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک صورت گرفته است. نتایج به دست آمده نشان داد هیچ یک از متغیرها، معنادار نیست $(P > 0/05)$. بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات برقرار است. برای واریانس شتاب همبستگی بین متغیرهای وابسته، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. ضرایب همبستگی بین متغیرهای اصلی پژوهش در حد مناسب قرار دارد و در نتیجه برای بررسی فرضیه‌های پژوهش استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری مکرر بلا مانع است.

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری‌های مکرر،

14. Bonferroni

متغیرهای وابسته آورده شده است. در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، در رابطه با رفتار برونی‌سازی شده قانون‌شکنی تفاوت معنادار نبود. با این حال، با توجه به مطالعات پژوهشگر، تاکنون پژوهشی مبنی بر کاهش رفتار قانون‌شکنانه با متغیر مستقل بازی‌درمانی کودک‌محور انجام نشده بود و در اغلب تحقیقات منظور از رفتار برونی‌سازی شده، رفتار پرخاشگرانه تبیین و بررسی شده است [۵۱]. فرض بر آن شد که برخی رفتارهای قانون‌شکنانه در طول زمان ایجاد، در فرد نهادینه می‌شوند. بنابراین به زمان بیشتری برای کاهش یا رفع آن نیاز دارند و با تداوم مداخله بازی‌درمانی کودک‌محور و آموزش آن به مراقبان کودکان با آسیب فلج مغزی، به رفتارهای بهنجار تبدیل می‌شوند.

با مقایسه داده‌ها و معناداربودن اثربخشی بازی‌درمانی کودک‌محور بر کاهش رفتار قانون‌شکنی کودکان با آسیب فلج مغزی، در آزمون پی‌گیری فرضیه سوم تأیید شد. در طی جلسات، کودک در انتخاب بازی، نحوه شروع و خاتمه بازی آزاد است، با این حال درمانگر در صورت لزوم، محدودیت‌های کمی وضع می‌کند و نقض هر کدام بعد از چندین بار هشدار، ترک اتاق بازی را به دنبال دارد و کودک برای جلوگیری از ترک کردن اتاق بازی‌درمانی سعی می‌کند رفتار خود را کنترل کند و علاوه بر برون‌ریزی خود با کمک درمانگر به بینشی از خود دست می‌یابد و موجب خودکنترلگری و کاهش پرخاشگری در کودک می‌شود که همسو با پژوهش‌های دیگر مبنی بر تأثیرگذاری بازی‌درمانی بر کاهش رفتار پرخاشگرانه در کودکان دارای مشکلات عاطفی و رفتاری برونی‌سازی شده است [۵۴-۵۲]. فرضیه چهارم (بازی‌درمانی کودک‌محور بر کاهش پرخاشگری کودکان با آسیب فلج مغزی تأثیر دارد) تأیید می‌شود.

نتیجه‌گیری

در بازی‌درمانی کودک‌محور، کودک می‌تواند تمامی ابعاد خود را برون‌فکنی کند و خود در زمان مشخص با محدودیت‌های ازپیش‌تعیین‌شده و با استفاده از خودکنترلگری که درمانگر به او می‌دهد، عزت‌نفس خود را افزایش دهد. همچنین با استناد به داده‌های آزمون پی‌گیری، می‌توان نتیجه گرفت با آموزش رویکرد بازی‌درمانی کودک‌محور به مراقبان اصلی کودکان با آسیب فلج مغزی و تکیه بر اصل تمرین و تکرار در درمان و آموزش کودکان استثنایی، می‌توان مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی شده این قبیل کودکان را کاهش داد. با توجه به پژوهش‌ها و پیشینه‌های نظری و همسو بودن نتایج پژوهش حاضر با پیشینه پژوهشی، می‌توان ادعا کرد بازی‌درمانی کودک‌محور بر کاهش مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی شده کودکان با آسیب فلج مغزی اثربخش بوده است و تفاوت معناداری دارد.

محدودیت‌های پژوهش شامل این نکات بود: ۱- با توجه به محدودکردن نمونه‌های مطالعه‌شده در این پژوهش از لحاظ

بازی‌درمانی کودک‌محور بر کاهش اضطراب، افسردگی، قانون‌شکنی و پرخاشگری کودکان با آسیب فلج مغزی تأیید می‌شود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی بازی‌درمانی کودک‌محور بر مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی شده کودکان با آسیب فلج مغزی، صورت گرفته است. کودکان با آسیب فلج مغزی با وجود محدودیت جسمی و وابستگی به شخص دیگر در انجام کارهای روزانه، احساس استقلال‌نداشتن را تجربه می‌کنند و این خود موجب کاهش خودارزشمندی و خودکفایتی در فرد می‌شود و زمینه بروز افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و قانون‌شکنی فراهم می‌شود. در طی جلسات بازی‌درمانی کودک‌محور، کودک در عین حال که اداره‌کننده جلسات است، از حضور درمانگری که با او ارتباط جاری و مطلوبی برقرار کرده است، احساس امنیت و آرامش می‌کند و اضطراب کودک کاهش می‌یابد.

درمانگر در خلال بازی‌هایی که کودک به انتخاب خود انجام می‌دهد، بر مبنای اعمال، رفتار و جملاتی که کودک ادا می‌کند، سعی می‌کند کودک احساسات مختلف را شناسایی کرده و در آینده نحوه پاسخ به آن‌ها را بیاموزد و در رسیدن کودک به بینش از خود کمک می‌کند.

نتایج اکثر مطالعات انجام‌شده در این زمینه نشان می‌دهند بازی‌درمانی بر کاهش اضطراب در کودکان دارای مشکلات عاطفی و رفتاری درونی‌سازی شده اثر دارد [۴۱-۳۶]. بنا بر نتایج پس‌آزمون، پیش‌آزمون و پی‌گیری فرضیه اول (بازی‌درمانی کودک‌محور بر کاهش اضطراب کودکان با آسیب فلج مغزی تأثیر دارد) تأیید می‌شود. اکثر مطالعات داخلی و خارجی اثربخشی بازی‌درمانی در درمان و کاهش افسردگی را تأیید می‌کند [۴۸-۴۲].

در مداخله حاضر، کودکان با هدایت جلسات و با کمک درمانگر به این بینش دست یافتند که احساس غم و ناراحتی امری طبیعی است و در پاسخ به این حس، می‌توانند در آینده مقابله مناسب انجام دهند. در جلسات پایانی و پی‌گیری، موفقیت در بازی‌هایی که متناسب با وضعیت جسمانی بود، احساس کارآمدی و اعتماد به نفس و کاهش افسردگی در کودکان افزایش یافت.

فرضیه دوم (بازی‌درمانی کودک‌محور بر کاهش افسردگی کودکان با آسیب فلج مغزی تأثیر دارد) تأیید شد. در استرالیا، نتایج بازی‌درمانی کودک‌محور حاکی از آن بود که بهبود قابل توجهی در کارکردهای اجتماعی و هیجانی حاصل شده است [۵۰، ۴۹]. با توجه به نیم‌رخ مقیاس‌های مبتنی بر تجربه آزمون سیاهه رفتاری کودکان، رفتار قانون‌شکنانه از خرده‌مقیاس‌های رفتار برونی‌سازی شده است که در این پژوهش به عنوان یکی از

اصول اخلاقی در نظر گرفته شده بود که عبارتند از: کسب رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان، توضیح هدف و روش مطالعه برای آنها، دادن اطمینان به شرکت کنندگان برای محرمانه بودن اطلاعات و داشتن حق ترک مطالعه هر زمان که بخواهند.

حامی مالی

این تحقیق برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد یاسمن شهریاری در دانشکده ادبیات علوم انسانی، گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه علوم و تحقیقات تهران می باشد.

مشارکت نویسندگان

مفهوم سازی، روش شناسی، تحقیق، منابع، تجزیه و تحلیل داده ها، اعتبارسنجی، ویرایش و بررسی نهایی، نظارت بر اجرای پروژه و کسب بودجه: همه نویسندگان؛ تهیه پیش نویس اولیه: یاسمن شهریاری.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

دامنه سنی، باید نسبت به تعمیم یافته‌های به دست آمده به سایر مقاطع سنی با احتیاط عمل کرد؛ ۲- افراد تکمیل کننده پرسش‌نامه، مراقبان اصلی کودکان در مرکز بودند که این، می‌تواند نسبت به فهم درست و پاسخ صحیح به سوالات با توجه به تفاوت‌های ادراکی، فرهنگی و تحصیلی در تشخیص نشانه‌ها، مشکلاتی ایجاد کند؛ ۳- با توجه به انتقال برخی کودکان به مراکز دیگر، پژوهش با ریزش نمونه روبه‌رو شد؛ ۴- این پژوهش صرفاً یک مطالعه مقطعی بود و تأثیرات مثبت این مداخله را تنها در یک دوره چندماهه بررسی کرد؛ ۵- با توجه به اینکه به ازای هر ۱۱-۱۰ کودک، یک مادر بار در مرکز بود، نسبت به زمان و دقت اختصاص داده شده برای تکمیل پرسش‌نامه باید احتیاط کرد.

پیشنهاد‌های کاربردی را می‌توان در چهار نکته طرح کرد: ۱- از نتایج این پژوهش می‌توان به منظور کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان با آسیب فلج مغزی استفاده کرد و از بروز مشکلات عاطفی و رفتاری حادث در آینده پیشگیری کرد؛ ۲- با تقویت و اجرای این مداخله و کاهش نشانه‌ها، می‌توان روابط بین فردی کودکانی که در مراکز نگه داشته می‌شوند را بهبود بخشید؛ ۳- با اجرای این مداخله و کاهش نشانه‌ها روابط بین کودکان و مادران به عنوان مراقبان اصلی این کودکان، بهتر خواهد شد؛ ۴- استفاده از نتایج این مطالعه برای روان‌شناسان کودک، سازمان بهزیستی، مراکز توان بخشی و مراکز نگهداری شبانه‌روزی و خانواده‌ها به منظور کاهش نشانه‌های کودکان با آسیب فلج مغزی و مشکلات جسمانی که مشکلات عاطفی و رفتاری دارند، پیشنهاد می‌شود.

پیشنهاد‌های پژوهشی نیز در پنج مورد ارائه می‌شود: ۱- پژوهش در نمونه‌ای بزرگ‌تر اجرا شود تا امکان تعمیم‌دهی آن افزایش یابد؛ ۲- پژوهش‌های آینده می‌توانند اثربخشی بازی‌درمانی کودک محور را بر مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان با آسیب فلج مغزی بر روی گروه‌های سنی مختلف بررسی کنند؛ ۳- پژوهش‌های آتی می‌توانند این مداخله را به تفکیک جنس بر روی کودکان با آسیب فلج مغزی بررسی کنند؛ ۴- پژوهش در مناطق مختلف شهر تهران و یا شهرهای دیگر اجرا شود تا امکان تعمیم آن به جوامع مختلف وجود داشته باشد؛ ۵- پژوهش‌های دیگر در رابطه با کودکان دارای سرپرست انجام شود که در مکانی جز مراکز شبانه‌روزی نگهداری می‌شوند تا امکان تعمیم‌دهی افزایش یابد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه دارای تأیید اخلاقی است (کد: IR.IAU.KAU. REC.1397.029) و یک کارآزمایی بالینی ثبت شده است (کد: IRCT20181124041742N1). قبل از جمع آوری داده ها،

References

- [1] Ahmadi K. [Guideline and book review (Persian)]. Tehran: Farhange Farda; 2015.
- [2] Marcadante K, Kliegman RM. Nelson essentials of pediatrics. Philadelphia: Elsevier; 2014.
- [3] Bringas-Grande A, Fernández-Luque A, García-Alfaro C, Barreira-Chacón M, Toledo-González M, Domínguez-Roldán JM. [Cerebral palsy in childhood: 250 cases report (Spanish)]. *Revista de Neurología*. 2002; 35(9):812-7. [DOI:10.33588/m.3509.2002220] [PMID]
- [4] Afrooz GA. [An introduction of psychology and education of exceptional children (Persian)]. Tehran: University of Tehran Press; 2016.
- [5] Boundy KB, Weckstein P. Experience and success. Washington DC: Center for Law and Education; 2009.
- [6] Novak M, Hines S, Goldsmith R, Barclay R. Clinical prognostic messages from a systematic review on cerebral palsy. *Pediatrics*. 2012; 130(5):1285-312. [DOI:10.1542/peds.2012-0924] [PMID]
- [7] Centers for Disease Control and Prevention. National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities [Internet]. 2002 [Updated 2019 October 28]. Available from: www.cdc.gov
- [8] Seifnaraghi M, Naderi E. [Psychology and education for exceptional children (Persian)]. Tehran: Arasbaran; 2016.
- [9] Kaufman J, Birmaher B, Perel J, Dahl RE, Stull S, Brent D, et al. Serotonergic functioning in depressed abused children: Clinical and familial correlates. *Biological Psychiatry*. 2001; 44(10):973-81. [DOI:10.1016/S0006-3223(98)00203-0]
- [10] Seifnaraghi M, Naderi E. [Child behavioral disorders (Persian)]. Tehran: Pedar Press; 1994.
- [11] Ghasemzadeh S. [Designing an intra - family relationships improvement program and evaluating its effectiveness on parent material satisfaction, parenting skills and clinical symptom of their children with behavioral disorder (Persian)] [PhD. dissertation]. Tehran: University of Tehran; 2015.
- [12] Ranjbari T, Karimi J, Mohammadi A, Norouzi MR. [An evaluation of the contributions of the triple vulnerability model to the prediction of emotional disorders (Persian)]. *Psychiatry and Clinical Psychology*. 2018; 23(4):408-23. [DOI:10.29252/nirp.ijpcp.23.4.408]
- [13] Smith C, Peterson R, Simpson R. Critical educational program components for students with emotional and behavioural disorders: Science, policy, and practice. *Remedial and Special Education*. 2010; 32(3):230-42. [DOI:10.1177/0741932510361269]
- [14] Liu J, Chen X, Lewis Bse G. Childhood internalizing behaviour: Analysis and implications. *Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011; 18(10):884-94. [DOI:10.1111/j.1365-2850.2011.01743.x] [PMID] [PMCID]
- [15] Shahim S, Yousefi F. [Behavioral problem questionnaire for preschool children (for parents) (Persian)]. *Journal of Social Sciences and Humanities of Shiraz University*. 1999; (29):19-32.
- [16] Sigurdardottir MS, Indredavik A, Eiriksdottir K, Einarsdottir HS, Gudmundsson T. Behavioural and emotional symptoms of preschool children with cerebral palsy: A population-based study. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2010; 52(11):1056-61. [DOI:10.1111/j.1469-8749.2010.03698.x] [PMID]
- [17] Gillberg C. The ESSENCE in child psychiatry: Early symptomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examinations. *Research in Developmental Disabilities*. 2010; 31(6):1543-51. [DOI:10.1016/j.ridd.2010.06.002] [PMID]
- [18] Brossard M, Racine N, Hall A. Behavioural problems in school age children with cerebral palsy. *European Journal of Paediatric Neurology*. 2012; 16(1):35-41. [DOI:10.1016/j.ejpn.2011.10.001] [PMID]
- [19] Wicks-Nelson R, Israel AC. Behavior disorders of childhood. 5th ed. Upper Saddle River: Prentice Hall; 2003.
- [20] Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Sub-threshold depression in adolescence & mental health outcomes in adulthood. *Journal of General Psychiatry*. 2005; 62(1):66-72. [DOI:10.1001/archpsyc.62.1.66] [PMID]
- [21] Macgera P. Successful family psychology [MM. Shariat Bagher, Persian trans.]. 2nd ed. Tehran: Danzhe Press; 2016.
- [22] Moustakas C. Relationship play therapy. Lanham: Jason Aronson; 1997.
- [23] Landreth GL, Ray DC, Bratton SC. Play therapy in elementary schools. *Psychology in the Schools*. 2009; 46(3):281-9. [DOI:10.1002/pits.20374]
- [24] Philip Rice F. Human development: A life-span approach. 4th ed. Upper Saddle River: Prentice Hall; 2001.
- [25] VanFleet R, Sywulak AE, Sniscak CC. Child-centered play therapy. New York: Guilford Press; 2011.
- [26] Samadi SA. [Play therapy; theories, research and intervention methods (Persian)]. Tehran: Danzhe Press; 2009.
- [27] Axline V. Play therapy: A way of understanding and helping reading problems. *Childhood education*. New York: Ballantine books; 1969.
- [28] Carter A. Equipping homeless shelter providers with child-centered play therapy skills. *Journal of Poverty*. 2015; 19(4):399-408. [DOI:10.1080/10875549.2014.999973]
- [29] Hibbard MR, Uysal S, Kepler K, Bogdany J, Silver J. Axis I psychopathology in individuals with traumatic brain injury. *Head Trauma Rehabil*. 1998; 13(14):24-39. [DOI:10.1097/00001199-199808000-00003]
- [30] Davis ES, Pereira JK. Child-centered play therapy: A creative approach to culturally competent counseling. *Journal of Creativity in Mental Health*. 2014; 9(2):262-74. [DOI:10.1080/15401383.2014.892863]
- [31] Ray DC, Armstrong SA, Balkin RS, Jayne KM. Child-centered play therapy in the schools: Review and meta-analyses. *Psychology in the Schools*. 2015; 52(2):107-23. [DOI:10.1002/pits.21798]
- [32] Barkley RA. Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training. New York: Guilford Press; 2013.
- [33] Achenbach TM. Manual for child behavior checklist/4-18. Burlington VT: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1991.

- [34] Minaei A. [Adaptation and standardization of Ahnebach's Child Behavioral Checklist; Self-Assessment Questionnaire and Teacher's Report Form (Persian)]. *Research in Exceptional Children*. 2006; 19(1):529-58.
- [35] Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for ASEBA adult forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, Families; 2007.
- [36] Perry J, Collins M, Corcoran P. Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. *Diabetic Medicine*. 2008; 26(2):161-3. [DOI:10. 1111/j. 1464-5491. 2008. 02648. x] [PMID]
- [37] Landreth GL. *Play therapy: The art of the relationship*. 2nd ed. New York: Brunner-Routledge; 2002.
- [38] Stulmaker HL, Ray DC. Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Children and Youth Services Review*. 2015; 57:127-33. [DOI:10. 1016/j. childyouth. 2015. 08. 005]
- [39] Silk JS, Tan PZ, Ladouceur CD, Meller S, Siegle GJ, McMakin DL, et al. A randomized clinical trial comparing individual cognitive behavioral therapy and child-centered therapy for child anxiety disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2018; 47(4):542-54. [DOI:10. 1080/15374416. 2016. 1138408] [PMID] [PMCID]
- [40] Shahriari Y. [Effectiveness of child-centered play therapy on emotional and behavioral problems of children with cerebral palsy (Persian)] [PhD. dissertation]. Tehran: University of Science and Research; 2017.
- [41] Dababneh Kholoud AH. The socio-emotional behavioural problems of children with cerebral palsy according to their parents' perspectives. *International Journal of Adolescence and Youth*. 2013; 18(2):85-104. [DOI:10. 1080/02673843. 2012. 655443]
- [42] Freeman EW, Sammel MD, Liu L, Gracia CR, Nelson DB, Hollander L. Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Archives of General Psychiatry*. 2004; 61(1):62-70. [DOI:10. 1001/archpsyc. 61. 1. 62] [PMID]
- [43] Shen YJ. Short-term group play therapy with Chinese earthquake victims: Effects on anxiety, depression and adjustment. *International Journal of Play Therapy*. 2002; 11(1):43-63. [DOI:10. 1037/h0088856]
- [44] Lynn Horne-Moyer H, Moyer BH, Messer DC, Messer ES. The use of electronic games in therapy: A review with clinical implications. *Current Psychiatry Reports*. 2014; 16:520. [DOI:10. 1007/s11920-014-0520-6] [PMID] [PMCID]
- [45] O'Conner KJ, Schaefer CE, Braverman LD, editors. *Handbook of play therapy*. Hoboken: John Wiley & Sons; 2015.
- [46] Lindo N. Exploring art of the relationship: An interview with Garry Landreth. *British Journal of Play Therapy*. 2012; 8(2012):4-10.
- [47] Schultz W. *Child-centered play therapy*. Reason Papers. 2016; 38(1):21-37.
- [48] Afzali L, Esmaili S, Rajabi H. [Effectiveness of child-centered play therapy on internalizing problems in children (Persian)]. *Applied Psychological Research Quarterly*. 2016; 7(1):89-100.
- [49] Salter K, Beamish W, Davies M. The effects of Child-Centered Play Therapy (CCPT) on the social and emotional growth of young Australian children with Autism. *International Journal of Play Therapy*. 2016; 25(2):78-90. [DOI:10. 1037/pla0000012]
- [50] Cheng YJ. *Impact of child-centered group play therapy on social-emotional assets of kindergarten children* [PhD. dissertation]. Denton, TX: University of North Texas; 2015.
- [51] Hayati M, Shiralipour T, Azimzadeh A. [Evaluating the effectiveness of child-centered play therapy education on mothers in reducing aggression in children aged 5-10 years (Persian)]. 1st Scientific Research Congress on Development and Promotion of Educational Sciences and Psychology, Sociology and Social science of Iran. 3-4 September 2015; Tehran, Iran.
- [52] Walen K, Kottman T. Effects of adlerian play therapy on children's externalizing behaviour. *Journal of Counseling & Development*. 2015; 93(4):418-28. [DOI:10. 1002/jcad. 12040]
- [53] Ritzi RM, Ray DC, Brandy R. Intensive short-term child-centered play therapy and externalizing behaviors in children. *International Journal of Play Therapy*. 2017; 26(1):33-46. [DOI:10. 1037/pla0000035]
- [54] Cochran J, Cochran N. Effects of child-centered play therapy for students with highly-disruptive behavior in high-poverty schools. *International Journal of Play Therapy*. 2017; 26(2):59-72. [DOI:10. 1037/pla0000052]

This Page Intentionally Left Blank

پرویشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی