

Research Paper

The Effect of Cognitive-Behavioral Play Therapy on Social Anxiety and Aggressive Behaviors in Primary School Children



Roghaiyeh Zolrahim^{*1}, Masume Azmoudeh²

1. Ph.D. Student of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

Citation: Zolrahim R, Azmoudeh M. The effect of cognitive-behavioral play therapy on social anxiety and aggressive behaviors in primary school children. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2020; 6(4): 231-240.

 <http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.6.4.21>

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Cognitive-behavioral play therapy, social anxiety, aggressive behaviors, children, primary school

Background and Purpose: Social anxiety and aggressive behaviors are common childhood problems that have been studied in different ways in recent years. The purpose of this study was to determine the effect of cognitive-behavioral play therapy on social anxiety and aggressive behaviors in primary school children.

Method: This research was a quasi-experimental study (pretest-posttest with control group). The statistical population of this study included all male and female primary school students in Tabriz in the academic year of 2018-2018. From this population, 30 students who had received social anxiety and aggression diagnoses were selected using multistage cluster sampling method and were randomly assigned to experimental and control groups (15 individuals in each group). Both groups completed the Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents (2003) and Shahim Primary School Aggression Questionnaire (2006) in the pre-test and post-test stages. The experimental group received eight sessions (one session per week for 8 weeks) of group cognitive-behavioral play therapy and the control group did not receive any intervention. Data were analyzed using univariate and multivariate analysis of covariance.

Results: Based on the findings, there was a significant difference between the mean scores of the experimental and control groups, and cognitive-behavioral play therapy reduced social anxiety ($p=0.001$, $d=0.37$), Physical aggression ($p=0.001$, $d=0.35$), Verbal and functional reactive aggression ($p=0.001$, $d=0.47$) and relational aggression ($p=0.001$, $d=0.30$) in the experimental group.

Conclusion: Based on the results of this study, it can be concluded that students in the process of cognitive-behavioral play therapy learn how to communicate well with other peers and thereby gradually reduce their aggressive behaviors and social anxiety.

Received: 19 Mar 2018

Accepted: 16 Dec 2018

Available: 6 Mar 2020

* **Corresponding author:** Roghaiyeh Zolrahim, Ph.D. Student of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.
E-mail addresses: Nasimsepehr@gmail.com

تأثیر بازی درمانی شناختی- رفتاری بر اضطراب اجتماعی و رفتارهای پر خاشگرانه کودکان دبستانی

رقیه ذوالرحیم*^۱، معصومه آزموده^۲

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

بازی درمانی شناختی - رفتاری،

اضطراب اجتماعی،

رفتارهای پر خاشگرانه،

کودکان دبستانی

زمینه و هدف: اضطراب اجتماعی و رفتارهای پر خاشگرانه از جمله مشکلات رایج دوره کودکی هستند که دانش‌آموزان دبستانی با آن مواجه می‌شوند و در سال‌های اخیر برای درمان آنها، مداخلات روان‌شناختی مختلفی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر بازی درمانی شناختی - رفتاری بر اضطراب اجتماعی و رفتارهای پر خاشگرایی کودکان دبستانی انجام شد.

روش: نوع مطالعه این پژوهش نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه) بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دبستانی پسر و دختر شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود. از این جامعه تعداد ۳۰ دانش‌آموز که تشخیص اضطراب اجتماعی و پر خاشگرایی را دریافت کرده بودند، با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب، و به صورت تصادفی ساده در گروه‌های آزمایش و گواه (۱۵ نفر در هر گروه) جایدهی شدند. هر دو گروه مقیاس اضطراب اجتماعی لایبویتز برای کودکان و نوجوانان (۲۰۰۳) و پرسشنامه پر خاشگرایی کودکان دبستانی شهیم (۱۳۸۵) را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. گروه آزمایش هشت جلسه (هفته‌ای یک جلسه به مدت ۸ هفته) بازی درمانی شناختی- رفتاری را به صورت گروهی دریافت کرد و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره در نرم‌افزار SPSS.23 تحلیل شدند.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌ها، بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد و بازی درمانی شناختی- رفتاری باعث کاهش اضطراب اجتماعی ($d=0.37, p=0/001$)، پر خاشگرایی جسمانی ($d=0.35, p=0/001$)، پر خاشگرایی واکنشی کلامی و فزون‌کنشی ($d=0.47, p=0/001$) و پر خاشگرایی رابطه‌ای ($d=0.30, p=0/001$) در گروه آزمایش شده است.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به دست آمده از این مطالعه می‌توان نتیجه‌گیری کرد که دانش‌آموزان در فرایند بازی درمانی شناختی- رفتاری نحوه برقراری ارتباط مناسب با سایر همسالان را می‌آموزند و بدین ترتیب رفتارهای پر خاشگرانه و اضطراب اجتماعی آنها به تدریج، کاهش می‌دهند.

دریافت شده: ۹۶/۱۲/۲۸

پذیرفته شده: ۹۷/۰۹/۲۵

منتشر شده: ۹۸/۱۲/۱۶

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

* نویسنده مسئول: رقیه ذوالرحیم، دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

رایانامه: E-fathiazar@Tabrizu.ac.ir

تلفن تماس: ۰۴۱-۳۱۹۶۰۰۰۰

مقدمه

مطابق با معیارهای پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، ویژگی اصلی اختلال اضطراب اجتماعی^۱ در کودکان ترس یا اضطراب محسوس یا شدیدی است که در موقعیت همسالان (نه فقط در مدت تعامل با بزرگسالان) روی می‌دهد. کودک وقتی با این گونه موقعیت‌های اجتماعی مواجه می‌شود، می‌ترسد که مورد ارزیابی منفی قرار بگیرد؛ به طوری که موقعیت‌های اجتماعی تقریباً همیشه برای او ترس یا اضطراب ایجاد می‌کنند و این اضطراب ممکن است با گریه، قشقرق، میخکوب شدن، چسبیدن، و یا جمع کردن خود در موقعیت‌های اجتماعی ابراز شود. کودک اغلب از موقعیت‌های اجتماعی که می‌ترسد، اجتناب می‌کند و یا این که این موقعیت‌ها را با ترس یا اضطراب شدید تحمل می‌کند. اجتناب می‌تواند شامل نرفتن به مهمانی‌ها یا خودداری از رفتن به مدرسه باشد. ترس یا اضطراب به وجود آمده در موقعیت‌های مورد نظر با خطر واقعی ارزیابی منفی شدن یا پیامدهای چنین ارزیابی منفی، بی‌تناسب به نظر می‌رسد (مثلاً کودک ترسی که از مسخره شدن توسط همسالان دارد بسیار غیر واقعی و نامتناسب با موقعیت است). مدت این اختلال معمولاً حداقل ۶ ماه است و ترس، اضطراب، و اجتناب باید روال عادی، عملکرد تحصیلی، یا فعالیت‌های اجتماعی یا روابط کودک را به طور قابل ملاحظه‌ای مختل کند یا باید ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در کارکرد اجتماعی یا دیگر زمینه‌های مهم او ایجاد کند (۱). سن متوسط شروع اختلال اضطراب اجتماعی، ۱۳ سالگی است، اما سن شروع در ۷۵ درصد افراد، ۸ تا ۱۵ سال است که نشان‌دهنده شیوع این اختلال در کودکان دبستانی است (۲ و ۳). کودکان دبستانی مبتلا به اضطراب اجتماعی به طور کلی در مدرسه به علت اضطراب، پیشرفت چندانی نداشته، مراودات اجتماعی ضعیفی دارند، و از توانایی سازش‌یافتگی کمتری نسبت به همسالان خود برخوردارند (۴).

شکل‌گیری اختلال اضطراب اجتماعی در دوره کودکی با بروز رفتارهای پرخاشگرانه^۲ در سال‌های دبستان در ارتباط است (۵). پرخاشگری رفتاری است که هدف آن صدمه زدن به خود یا دیگران است؛ یعنی یک رفتار آسیب‌زا در صورتی پرخاشگری محسوب می‌شود

که از روی قصد و عمد به منظور صدمه زدن به دیگری یا به خود انجام شود (۶). رفتارهای پرخاشگرانه به‌ویژه در دوران کودکی به خودپنداشت ضعیف، طرد از سوی همسالان، عملکرد تحصیلی ضعیف در آینده، برانگیختگی و فزون‌کنشی، افسردگی، و اضطراب منجر می‌شود (۷)؛ بنابراین با توجه به مشکلات ناشی از هراس اجتماعی (۸) و رفتارهای پرخاشگرانه (۹) که کودکان دبستانی با آن مواجه هستند، لزوم ارائه خدمات درمانی به این دسته از دانش‌آموزان، ضروری به نظر می‌رسد.

در حوزه روان‌درمانی کودک همواره تأکید فزاینده‌ای به استفاده از شیوه‌های درمانی مبتنی بر بیشترین شواهد تجربی است. درمان شناختی- رفتاری یکی از این شیوه‌های رایج است که متمرکز بر تغییر تفکرات و رفتارهای سازش‌نا یافته است (۱۰). کودکان دبستانی ممکن است توانایی‌های شناختی لازم را به منظور یادگیری تکنیک‌های رایج در درمان شناختی- رفتاری که عمدتاً بر پایه ادراک و شناخت متمرکز هستند، احراز نکرده باشند؛ در نتیجه، ممکن است تمایل بیشتری به استفاده از تکنیک‌های تجربی نشان دهند که اغلب در ضمن بازی درمانی و روی آوردهای پرورشی در مقابل تکنیک‌های گفتاری استفاده می‌شوند (۱۱). بازی درمانی شناختی - رفتاری^۳ در زمره روش‌های مستقیم بازی درمانی محسوب می‌شود که یک شیوه درمانی مناسبی از نظر ملاحظات سنی و تحولی است که برای کودکان ۳ تا ۸ ساله طراحی شده است (۱۲) و براساس نظریات شناختی - رفتاری، و همچنین آسیب‌شناسی روانی و مداخلات مشتق شده از این نظریات، شکل گرفته است. در طی این روی آورد به کودکان کمک می‌شود تا خود در به‌کارگیری تغییرات درمان، مشارکتی فعال داشته باشند و بر مشکلات خود چیره شوند (۱۳). در این روش از طیف وسیعی از اسباب‌بازی‌ها، لوازم هنری، عروسک‌های نمایشی، و سایر لوازم بازی به‌منظور تغییر و اصلاح باورها و شناخت‌واره‌های ناکارآمد استفاده می‌شود (۱۴). به تازگی برخی مطالعات به بررسی امکان‌سنجی این روی آورد بر مشکلات روان‌شناختی کودکان دبستانی پرداخته‌اند. برای مثال، جلالی، کاراحمدی، مولوی و آقایی (۱۵) در پژوهشی بر روی کودکان ۵ تا ۱۱ سال نشان دادند که

3. Cognitive-behavioral play therapy

1. Social anxiety disorder
2. Aggressive behaviors

بازی درمانی گروهی به شیوه شناختی - رفتاری باعث کاهش میانگین نمرات ترس اجتماعی در مرحله پس آزمون و پیگیری شد. بیرامی‌نیا، و منظری توکلی (۱۶) نیز اثربخشی بازی درمانی با روی آورد شناختی- رفتاری را در کاهش اضطراب اجتماعی کودکان اوتیسم نشان دادند. در همین راستا آزادی، آخوندی و سرمدی (۱۷) در مطالعه خود تأثیر بازی درمانی با شیوه شناختی رفتاری را بر پرخاشگری کودکان دبستانی؛ و همچنین ابراهیمی، اصلی پور و خسرو جاوید (۱۸)، تأثیر بازی درمانی گروهی را بر رفتارهای پرخاشگرانه کودکان پیش دبستانی، مورد تأیید قرار دادند. در هر صورت نتیجه گیری درباره کارایی این روی آورد صرفاً به استناد وجود یافته‌های چند مطالعه بسیار شتاب زده به نظر می‌رسد؛ بنابراین این پژوهش با هدف تعیین تأثیر بازی درمانی شناختی - رفتاری بر اضطراب اجتماعی و رفتارهای پرخاشگری کودکان دبستانی انجام شد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: نوع مطالعه این پژوهش این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش دربرگیرنده تمامی دانش آموزان دبستانی پسر و دختر شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود. با توجه به اینکه در طرح‌های تجربی و نیمه تجربی برای افزایش اعتبار درونی، در هر یک از گروه‌ها حداقل باید ۱۵ نفر شرکت داشته باشند (۱۹)، در این پژوهش تعداد ۳۰ دانش آموز با استفاده از روش نمونه گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. بدین ترتیب که از بین نواحی آموزش و پرورش شهر تبریز، ۲ ناحیه و از هر ناحیه، ۲ مدرسه و از هر مدرسه، ۳ کلاس به صورت تصادفی انتخاب شدند. دانش آموزان این ۶ کلاس مقیاس اضطراب اجتماعی لایویترز برای کودکان و نوجوانان و پرسشنامه پرخاشگری کودکان دبستانی شهیم را تکمیل کردند. سپس تعداد ۳۰ نفر از دانش آموزانی که مطابق با نمره برش (یک انحراف معیار بالاتر از میانگین) در ابزارهای مذکور، تشخیص اضطراب اجتماعی و پرخاشگری را دریافت کرده بودند، به صورت تصادفی ساده در گروه‌های آزمایش و گواه (۱۵ نفر در هر گروه) جایدهی شدند. از نظر

ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد نمونه در هر دو گروه به این صورت بود که ۷ نفر (۴۶/۷) دختر و ۸ نفر (۵۳/۳) پسر در گروه آزمایش و ۸ نفر (۵۳/۳) دختر و ۷ نفر (۴۶/۷) پسر در گروه گواه جایدهی شدند که (انحراف معیار) میانگین سنی آنها در گروه آزمایش و گواه به ترتیب (۱/۰۸) و (۱/۲۴) و (۱/۸۵) و (۱/۷۶) بود.

معیارهای ورود به پژوهش شامل دریافت تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی و پرخاشگری بر اساس نمره برش (یک انحراف معیار بالاتر از میانگین) اضطراب اجتماعی لایویترز و پرسشنامه پرخاشگری کودکان دبستانی شهیم، تحصیل در مقطع ابتدایی، و موافقت والدین دانش آموزان دبستانی برای شرکت در پژوهش بود. همچنین دریافت آموزش بازی درمانی شناختی - رفتاری قبل از ورود به پژوهش و یا دریافت سایر مداخلات روان شناختی همزمان، عدم همکاری و یا عدم تکمیل پرسشنامه‌ها، و عدم حضور در بیش از یک جلسه از جلسات آموزشی، ملاک‌های خروج از پژوهش را تشکیل می‌دادند.

ب) ابزار: در این پژوهش از ابزارهای زیر برای گردآوری اطلاعات استفاده شد:

۱. مقیاس اضطراب اجتماعی لایویترز برای کودکان و نوجوانان: این مقیاس توسط مارسیا - وارنر^۲ و همکاران به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی در سنین ۷ تا ۱۸ سالگی در سال ۲۰۰۳ ساخته شده است (۲۰) که از ۴۸ سؤال تشکیل شده است و بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (هیچ=۰، کم=۱، متوسط=۲ و شدید=۳) نمره گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۴۴ قرار دارد که کسب نمرات بالاتر در این مقیاس، نشان دهنده اضطراب اجتماعی بالاتر است. مارسیا - وارنر و همکاران (۲۰)، پایایی این مقیاس را برای کودکان و نوجوانان از طریق همسانی درونی ۰/۹۷ - ۰/۹۰ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۹۴ - ۰/۸۹ گزارش کردند. دادستان، اناری و صالح صدق پور (۲۱)، نیز پایایی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۷ گزارش کردند. اعتبار این مقیاس در پژوهش حاضر با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد.

2. Marcia - Warner

1. Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents (LSAS- CA)

۲. پرسشنامه پرخاشگری رابطه‌ای و آشکار^۱: این پرسشنامه به منظور سنجش پرخاشگری رابطه‌ای و آشکار توسط شهیم در سال ۱۳۸۵ طراحی شده است (۲۲) و دارای ۲۱ سؤال و سه خرده‌مقیاس پرخاشگری جسمانی، واکنشی کلامی و فزون‌کنشی، و رابطه‌ای است که در یک طیف لیکرت چهار گزینه‌ای (به ندرت=۱، یک بار در ماه=۲، یک بار در هفته=۳، اغلب روزها=۴) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۲۱ تا ۸۴ قرار دارد و کسب نمرات بالاتر، نشان‌دهنده پرخاشگری بیشتر است. شهیم (۲۲)، در پژوهشی اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در هر یک از خرده‌مقیاس‌های پرخاشگری جسمانی ۰/۸۵، واکنشی کلامی و فزون‌کنشی ۰/۸۹، و رابطه‌ای ۰/۸۳ به دست

آمد. در پژوهش حاضر نیز اعتبار کل این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برآورد شد.
(ج) برنامه مداخله‌ای: برنامه مداخله‌ای به کار گرفته شده در این مطالعه برگرفته از بازی درمانی شناختی- رفتاری هانسن، میسلر و اوونز^۲ (۲۳) بوده است کارایی آن در مطالعات پیشین مورد تأیید قرار گرفته است (۲۴) و (۲۵). برنامه بازی درمانی با روی آورد شناختی - رفتاری در این پژوهش دربرگیرنده هشت جلسه (هفته‌ای یک جلسه به مدت ۸ هفته) آموزشی به مدت ۶۰ دقیقه بود که توسط یک مشاور مدرسه و یک روان‌شناس بالینی در مدرسه و طی ساعت ۱۱ تا ۱۲/۳۰ صبح با هماهنگی‌های لازم با مسئولین مدارس و همچنین خانواده کودکان، اجرا شد. هدف و محتوای جلسات آموزشی برای گروه آزمایش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: هدف و محتوای جلسات برنامه آموزش بازی درمانی شناختی - رفتاری

جلسات	هدف	محتوای جلسات
یکم	ایجاد سازش یافتگی با محیط	سازش یافتگی کودکان با محیط و یکدیگر و ایجاد رابطه دوستی و احساس امنیت با پیشنهاد بازی از سوی کودکان.
دوم	ایجاد سازش یافتگی اجتماعی	بازی با عروسک‌های خیمه‌شب‌بازی و اسباب‌بازی‌های نرم که به کودک کمک می‌کند تا رفتارهای پسندیده اجتماعی را بیاموزد.
سوم	تقویت ارتباطات اجتماعی	انجام بازی‌های گروهی مانند مینی‌بسکتبال و استخر توپ برای به وجود آمدن همکاری و ارتباطات اجتماعی در گروه کودکان.
چهارم	از بین بردن ترس نسبت به حیوانات	استفاده از حیوانات اسباب‌بازی برای کشف ترس از روابط با دیگران، از بین رفتن ترس‌های کودکان از حیوانات و کشف نگرانی از روابطش با استفاده از تکنیک ایفای نقش برای هر حیوان.
پنجم	انجام بازی‌های خیالی	استفاده از بازی خیالی برای کمک به کودک در ابراز ترس‌ها، آرزوها و ایده‌ها به صورت کلامی و غیر کلامی، بازی با الگوها بنا به درخواست کودکان.
ششم	تخلیه هیجانی	استفاده از خمیر بازی با این هدف که کودکان احساسات و ترس‌های خود را از طریق مجسمه‌ها بیان کرده، اعضای گروه راهکارهایی برای وی ارائه دهند و از این طریق مشکلات خود را حل کنند.
هفتم	تقویت روابط متقابل	الگوگیری برای مقابله با ترس‌ها و تقویت روابط متقابل بین کودکان.
هشتم	انتقال اطلاعات به محیط‌های واقعی	مرور بازی‌های جلسات قبلی، آماده کردن کودکان برای اتمام جلسات و تعمیم آموخته‌ها به محیط بیرون.

(د) روش اجرا: جهت انجام پژوهش ابتدا از مدیریت آموزش و پرورش شهر تبریز معرفی‌نامه دریافت شد و با مسئولین مربوطه مدارس پیش‌دبستانی مورد نظر، هماهنگی لازم انجام شد. شرکت کنندگان بر اساس ملاک‌های ورود و خروج پژوهش، انتخاب شده و در گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. هر دو گروه طی مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از مقیاس اضطراب اجتماعی لایویتز برای کودکان و نوجوانان و پرسشنامه پرخاشگری کودکان دبستانی شهیم مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایش هشت جلسه بازی درمانی شناختی- رفتاری را به صورت گروهی طی هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای توسط یک مشاور

مدرسه و یک روان‌شناس بالینی در مدرسه و طی ساعت ۱۱ تا ۱۲/۳۰ صبح دریافت کرد و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. لازم به ذکر است که پس از انتخاب گروه‌های نهایی پژوهش، روش و چگونگی اجرای کار برای تک تک والدین دانش‌آموزان توضیح، و رضایت آنها کسب شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط والدین تکمیل شد و پژوهشگر به آنها این اطمینان را داد که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات آموزشی و نتایج پرسشنامه‌ها، محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین، شرکت کنندگان گروه گواه در فهرست انتظار برای دریافت مداخله قرار گرفتند و پس از پایان پژوهش،

1. Relational and overt aggression questionnaire

2. Hansen, Misler & Owens

۲ جلسه بازی درمانی شناختی- رفتاری را به صورت دوره‌ای در یک مرکز مشاوره و خدمات روان شناختی خصوصی در شهر تبریز به صورت رایگان دریافت کردند.

داده‌های گردآوری شده در این پژوهش با استفاده از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس تک متغیره و چندمتغیره در نرم افزار SPSS.23 مورد

تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح معناداری نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در جدول ۲ آماره‌های توصیفی متغیرهای اضطراب اجتماعی و رفتارهای پر خاشگرانه و مؤلفه‌های آن به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون گزارش شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای اضطراب اجتماعی و رفتار پر خاشگرانه و مؤلفه‌های آن به تفکیک گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب اجتماعی	آزمایش	۵۹/۷۴	۹/۲۸	۵۲/۲۶	۷/۳۹
	گواه	۶۰/۳۵	۸/۷۵	۶۰/۷۴	۸/۷۴
رفتار پر خاشگرانه (کل)	آزمایش	۴۲/۰۷	۷/۸۵	۳۷/۸۰	۶/۱۱
	گواه	۴۰/۲۲	۷/۲۶	۴۱/۰۲	۷/۳۳
پر خاشگری جسمانی	آزمایش	۱۹/۵۵	۲/۸۲	۱۶/۲۳	۲/۰۰
	گواه	۱۹/۰۰	۲/۷۳	۱۸/۷۵	۲/۸۰
پر خاشگری واکنشی کلامی و فزون‌کنشی	آزمایش	۱۷/۵۵	۲/۶۶	۱۵/۱۳	۲/۱۹
	گواه	۱۶/۴۷	۲/۰۹	۱۶/۴۰	۲/۱۴
پر خاشگری رابطه‌ای	آزمایش	۲۴/۶۶	۳/۷۹	۲۰/۴۴	۲/۴۰
	گواه	۲۳/۴۲	۳/۳۷	۲۴/۶۰	۳/۵۵

و فزون‌کنشی با مقدار ($F=۲/۶۳۲, p=۰/۱۴۷$) و رابطه‌ای با مقدار ($F=۲۳/۲۷۵, p=۰/۵۲۰$) مورد تأیید قرار گرفت. مفروضه همگنی شیب رگرسیون نیز با استفاده از محاسبه مقدار F تعامل بین متغیر همپراش و مستقل در متغیرهای اضطراب اجتماعی با مقدار ($F=۱/۹۲۲, p=۰/۸۳۶$) و پر خاشگری جسمانی با مقدار ($F=۲/۷۴۵, p=۰/۰۷۴$)، واکنشی کلامی و فزون‌کنشی با مقدار ($F=۱/۴۹۵, p=۰/۲۲۰$) و رابطه‌ای با مقدار ($F=۲/۶۱۰, p=۰/۴۵۶$) مورد تأیید قرار گرفت؛ بنابراین می‌توان از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده کرد. در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر اضطراب اجتماعی گزارش شده است.

چنانچه در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین نمرات متغیرهای اضطراب اجتماعی و رفتارهای پر خاشگرانه و مؤلفه‌های آن (پر خاشگری جسمانی، واکنشی کلامی و فزون‌کنشی، و رابطه‌ای) در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته است.

نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای اضطراب اجتماعی و رفتارهای پر خاشگرانه و مؤلفه‌های آن (پر خاشگری جسمانی، واکنشی کلامی و فزون‌کنشی و رابطه‌ای) با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک با مقادیر ($p>۰/۰۵$) مورد تأیید قرار گرفت. همچنین همگنی واریانس‌های متغیرهای اضطراب اجتماعی با مقدار ($F=۲/۵۲۷, p=۰/۵۱۶$) و پر خاشگری جسمانی با مقدار ($F=۳/۸۴۱, p=۰/۰۶۹$)، واکنشی کلامی

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر اضطراب اجتماعی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اضطراب اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۸/۷۰۳	۱	۱۸/۷۰۳	۰/۷۲۸	۰/۴۰۱	
	گروه	۱۶/۷۴۵	۱	۱۶/۷۴۵	۱۹/۸۴۵	۰/۰۰۱	۰/۳۷
	خطا	۶۹۳/۹۶۳	۲۷	۲۵/۷۰۲			

۰/۹۵۲=ضریب لامبدای ویکلز، $d=0/48$)؛ بدین معنا که بین گروه‌های مورد مطالعه حداقل در یکی از مؤلفه‌های متغیر رفتارهای پرخاشگرانه تفاوت معناداری وجود دارد. از این رو در ادامه از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۴ گزارش شده است.

چنانچه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بازی درمانی شناختی - رفتاری بر اضطراب اجتماعی ($d=0/37$ ، $F_{(27,1)}=19/845$ ، $p=0/001$) کودکان دبستانی تأثیر معناداری دارد. همچنین پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون و متغیرهای کنترل به روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره، اثر معناداری برای عامل عضویت گروهی وجود دارد ($F=7/386$ ، $p=0/001$).

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای بررسی تفاوت نمرات گروه‌های آزمایش و گواه در مؤلفه‌های پرخاشگری جسمانی، پرخاشگری واکنشی کلامی و فزون‌کنشی، و پرخاشگری رابطه‌ای

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پر خاشگری جسمانی	پیش‌آزمون	۵/۵۴۹	۱	۵/۵۴۹	۳/۰۵۳	۰/۰۹۳	۰/۳۵
	گروه	۱۶۹/۶۱۲	۱	۱۶۹/۶۱۲	۲۷/۱۱۵	۰/۰۰۱	
پر خاشگری واکنشی کلامی و فزون‌کنشی	خطا	۴۵/۴۴۰	۲۵	۱/۸۱۸			۰/۴۷
	پیش‌آزمون	۲۹/۸۳۳	۱	۲۹/۸۳۳	۶۹/۰۴۰	۰/۰۰۱	
پر خاشگری رابطه‌ای	گروه	۳۰۵۹/۹۷۶	۱	۳۰۵۹/۹۷۶	۸۹/۶۱۳	۰/۰۰۱	۰/۳۰
	خطا	۱۰/۸۰۳	۲۵	۰/۴۳۲			
	پیش‌آزمون	۷/۸۵۶	۱	۷/۸۵۶	۳/۰۶۶	۰/۰۹۲	۰/۳۰
	گروه	۲۲/۸۱۴	۱	۲۲/۸۱۴	۱۱/۰۹۸	۰/۰۰۱	
	خطا	۶۴/۰۶۳	۲۵	۲/۵۶۳			

دیگران خودداری می‌کنند و از شرکت در بازی‌های گروهی اجتناب می‌کنند، در نتیجه اضطراب آنها موقعی پدیدار می‌شود که در معرض محرک‌های ترس آور قرار می‌گیرند (۱). در بازی درمانی شناختی - رفتاری، کودکان مجبور به تماس با همسالان خود و شرکت در بازی هستند و به علت اینکه در این موقعیت قرار می‌گیرند و محرک ترس‌آوری دریافت نمی‌کنند، اضطراب آنها در محیط به تدریج کاهش می‌یابد. به علاوه، بعد از مدتی که کودکان متوجه می‌شوند، مورد ارزیابی یا تحقیر نیستند، کناره‌گیری افراطی آنان نیز برطرف شده و از شرکت در بازی با همسالان خود لذت می‌برند. در عین حال کودکان از طریق بازی با عروسک‌های خیمه‌شب‌بازی و اسباب‌بازی‌های نرم و حیوانات اسباب‌بازی، مهارت‌های اجتماعی مناسب جهت برقراری ارتباط با دیگران را فرا می‌گیرند و از طریق بازی و ارائه راه‌حل‌ها توسط خود کودکان، نحوه مقابله با محرک‌ها و موقعیت‌های ترس‌آور را می‌آموزند و آن را به محیط اطراف خود و به‌خصوص در ارتباط با همسالان تعمیم می‌دهند (۱۶ و ۱۷).

به علاوه، بازی درمانی شناختی - رفتاری منجر به بالا رفتن افکار مثبت و میزان سازش‌یافتگی دانش‌آموزان می‌شود و تقویت ارتباطات اجتماعی

چنانچه در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بازی درمانی شناختی - رفتاری بر پر خاشگری جسمانی ($d=0/35$ ، $F_{(25,1)}=27/115$ ، $p=0/001$)، پر خاشگری واکنشی کلامی و فزون‌کنشی ($F_{(28,1)}=89/613$ ، $p=0/001$) و پر خاشگری رابطه‌ای ($d=0/30$ ، $F_{(25,1)}=11/098$ ، $p=0/001$) کودکان دبستانی تأثیر معناداری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین تأثیر بازی درمانی شناختی - رفتاری بر اضطراب اجتماعی و رفتارهای پرخاشگری کودکان دبستانی انجام شد. بر اساس نخستین یافته این پژوهش مشخص شد که این نوع بازی درمانی بر کاهش اضطراب اجتماعی کودکان دبستانی تأثیر دارد. این یافته با نتایج حاصل از مطالعات جلالی و همکاران (۱۵)، مبنی بر تأثیر بازی درمانی گروهی به شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش میانگین نمرات ترس اجتماعی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، و همچنین بیرامی‌نیا و منظری توکلی (۱۶) درباره اثربخشی بازی درمانی با روی آورد شناختی - رفتاری در کاهش اضطراب اجتماعی کودکان اوتیسم، همسو است.

با توجه به اینکه کودکان دارای اضطراب اجتماعی از ارتباط با

به واسطه انجام بازی های گروهی به کاهش نشانه های اضطراب اجتماعی در دانش آموزان منجر می شود؛ بنابراین بازی درمانی شناختی - رفتاری از طریق کاهش ترس کودکان و تقویت روابط متقابل، سبب کاهش اضطراب اجتماعی دانش آموزان می شود (۱۷).

مطابق با دیگر یافته این پژوهش مشخص شد که بازی درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش رفتارهای پر خاشگری و مؤلفه های آن (پر خاشگری جسمانی، واکنشی کلامی و فزون کنشی، و رابطه ای) کودکان دبستانی مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش های آزادی و همکاران (۱۷) درباره تأثیر بازی درمانی با روی آورد شناختی رفتاری بر پر خاشگری کودکان دبستانی، و ابراهیمی و همکاران (۱۸) مبنی بر تأثیر بازی درمانی گروهی بر کاهش رفتارهای پر خاشگرانه کودکان پیش دبستانی، همسو است.

باید توجه داشت که یکی از دلایل بروز رفتارهای پر خاشگرانه در کودکان، نارسایی در مهارت های اجتماعی است (۵). این کودکان مهارت دوست یابی و چگونگی برقراری ارتباط با همسالان خود را نیاموخته، یا به شکلی نامناسب با آنان رابطه برقرار می کنند. در نتیجه برقراری ارتباط آنان با پاسخ های مثبت همراه نمی شود و ممکن است از جمع همسالان و محیط های دیگر طرد شده یا به پر خاشگری روی بیاورند و در رابطه با توانایی های خود دچار شک و تردید شوند و به جای ارتباط صحیح، عدم برقراری ارتباط را برگزینند، زیرا خود و توانایی خود را کمتر از حد و کمتر از توانایی دیگران، بر آورد می کنند (۹).

در بازی درمانی شناختی- رفتاری به واسطه وجود فضای خوشایند حاکم بر محیط بازی و فعال بودن دانش آموز در هنگام بازی و تشریک مساعی با درمانگر، دانش آموزان می توانند راه های برقراری ارتباط صحیح با دیگر کودکان را بیاموزند و توجه خود را بر روی بازی و موضوعات شناختی - رفتاری مطرح شده از سوی درمانگر، حفظ کنند (۲۶). بهره گیری از طیف وسیعی از اسباب بازی ها، لوازم هنری، عروسک های نمایشی و یا سایر لوازم بازی باعث تخلیه هیجانی کودکان می شود. تنوع آموزشی نیز در بازی در کنار یک شیوه پرورشی و

هدف محور و با بهره گیری از فعالیت های هدفمند و ساختار یافته در بازی، دانش آموزان را ترغیب می کند تا به واسطه الگوسازی و ایفای نقش (به عنوان اساسی ترین عناصر بازی درمانی شناختی - رفتاری) از انجام رفتارهای پر خاشگرانه، اجتناب کنند (۲۷).

در پایان باید یاد آورد شد که این پژوهش با محدودیت هایی نیز روبرو بوده است. چنانچه این پژوهش تنها در دانش آموزان دبستانی انجام شد که این موضوع ممکن است تعمیم یافته ها را در گروه سنی و تحصیلی بالاتر یا پایین تر با مشکل مواجه سازد. تک بعدی بودن ابزارهای ارزیابی به ویژه در غربالگری کودکان دارای اضطراب اجتماعی و همچنین عدم انجام پیگیری نیز از دیگر محدودیت های این مطالعه محسوب می شود. برای مطالعات آتی پیشنهاد می شود که ضمن رفع این محدودیت ها، تأثیر این شیوه مداخله را بر بهبود متغیرهای روان شناختی کودکان با سایر اختلال ها شایع مورد بررسی قرار دهند. همچنین استفاده از روش نمونه گیری کاملاً تصادفی و کنترل تمامی متغیرهای تأثیرگذار بر نتایج مداخله نیز می تواند بر دقت نتایج به دست آمده بیفزاید.

با توجه به نتایج به دست آمده در این مطالعه مبنی بر اثربخش بودن مداخله به کار گرفته شده در سطح به کار بسته پیشنهاد می شود که از این روی آورد درمانی در مراکز آموزشی دبستانی کشور توسط مربیان و مشاوران مدارس، و همچنین در عرصه درمان کلینکی در مراکز درمانی و توانبخشی کودکان، استفاده شود.

تشکر و قدردانی: این پژوهش به صورت مستقل اجرا شده است و حاصل پایان نامه یا طرح پژوهشی مصوب نیست و مجوز اجرای آن بر روی افراد نمونه از سوی اداره آموزش و پرورش شهر تبریز با شماره مجوز ۶۳۹۶/۶۳۰ در تاریخ ۹۶/۰۵/۰۷ صادر شد. بدین وسیله از تمامی دانش آموزان دبستانی که در اجرای این پژوهش مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می شود.

تضاد منافع: در این پژوهش هیچ گونه تضاد منافع توسط نویسندگان گزارش نشد.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington, DC: APA Publishing; 2013. [Link]
2. Alkozei A, Cooper PJ, Creswell C. Emotional reasoning and anxiety sensitivity: Associations with social anxiety disorder in childhood. *J Affect Disord*. 2014; 152-154: 219-228. [Link]
3. Heimberg RG, Becker RE. Cognitive-behavioral group therapy for social phobia basic mechanisms and clinical strategies. New York: Guilford Press; 2002. [Link]
4. Alfano CA, Beidel DC. Social anxiety in adolescents and young adults: Translating developmental science into practice. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2011. [Link]
5. Movallali G, Barati R, Taheri M. Efficacy of Social Skills Training on the Reduction of Verbal and Nonverbal Aggression in Male Students with Intellectual Disability. *Jcmh*. 2015; 1 (1):57-66. [Link]
- Mandelin KA. Social emotional competence and curriculums in early childhood [Master Thesis]. [Wisconsin, United States]: University of Wisconsin-Stout; 2013, pp 22-27.
6. Benjamin AJ. Aggression. In: Friedman HS, editor. *Encyclopedia of mental health*. 2 edition. Amsterdam, Boston: Academic Press; 2015, pp: 33-39. [Link]
7. Momeni K, Kahrizi S. The effectiveness of sand play therapy on the reduction of the aggression in preschool children. *Journal of Developmental Psychology Iranian Psychologists*. 2014; 11(42): 147-157. [Persian]. [Link]
8. Moghaddam Poor N, Sepahvand T. The explanation of social anxiety in primary school children based on difficulties in emotional regulation and cognitive flexibility of mothers. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2018; 5(2): 14-24. [Persian]. [Link]
9. Ahmadi Z, Asaran M, Seyyedmoharrami F, Seyyedmoharrami I. The relationship between overt and relational aggression with hope in primary school children. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2017; 4(3): 143-152. [Persian]. [Link]
10. McCarty CA, Weisz JR. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: what we can (and can't) learn from meta-analysis and component profiling. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46(7): 879-886. [Link]
11. Grave J, Blissett J. Is cognitive behavior therapy developmentally appropriate for young children? A critical review of the evidence. *Clin Psychol Rev*. 2004; 24(4): 399-420. [Link]
12. Ashori M, Dallalzadeh Bidgoli F. The effectiveness of play therapy based on cognitive-behavioral model: behavioral problems and social skills of pre-school children with attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of Rehabilitation*. 2018; 19(2): 102-115. [Persian]. [Link]
13. Springer C, Misurell JR, Hiller A. 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*. 2012; 21(6): 646-664. [Link]
14. Knell SM. Cognitive behavioral play therapy: theory and applications. In: Drewes AA, editor. *Blending play therapy with cognitive behavioral therapy: Evidence-based and other effective treatments and techniques*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 2009, pp: 117-133. [Link]
15. Jalali S, Kar Ahmadi M, Molavi H, Aghaei A. The effect of cognitive- behavior group play therapy on social phobia in 5-11 years old children. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2011; 9(2): 104-113. [Persian]. [Link]
16. Beyraminiya S, Manzari Tavakoli V. The effectiveness of play therapy with cognitive behavioral approach on social anxiety in autistic children. *Second National Conference of Modern Research in Humanities and Social Studies in Iran*. Qom; 2016. [Link]
17. Azadi Z, Akhund Ni Sarmadi MR. The effect of play therapy with cognitive behavioral approach on aggression and coping disorder in primary school children. *National Conference on Knowledge and Technology in Psychology, Educational and Comprehensive Psychology of Iran*, Tehran; 2016. [Link]
18. Ebrahimi T, Aslipoor A, Khosrojauid M. The effect of group play therapy on aggressive behaviors and social skills in preschool children. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2019; 6(2): 40-52. [Persian]. [Link]
19. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. Seventh Edition. Boston: Pearson; 2019. [Link]
20. Xu J, Ni S, Ran M, Zhang C. The relationship between parenting styles and adolescents' social anxiety in migrant families: a study in Guangdong, China. *Front Psychol*. 2017; 8: 626. [Link]
21. Dadsetan P, Anari A, Saleh Sedghpour B. Social anxiety disorders and drama-therapy. *Journal of*

- Developmental Psychology Iranian Psychologists. 2007; 4(14): 115–123. [Persian]. [\[Link\]](#)
22. Shahim S. Relational aggression in preschool children. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2007; 13(3): 264–271. [Persian]. [\[Link\]](#)
23. Gutierrez S. A comparison of two parent education programs on the reduction of parent-child stress in mother-child relationships of Hispanic migrant farmworkers [PhD thesis]. [Arizona, United States]: Department of Special Education, Rehabilitation, and School Psychology, the University of Arizona; 2006. [\[Link\]](#)
24. Baggerly J, Parker M. Child-centered group play therapy with African American boys at the elementary school level. J Couns Dev. 2005; 83(4): 387–396. [\[Link\]](#)
25. Stangier U, Heidenreich T, Peitz M, Lauterbach W, Clark DM. Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. Behav Res Ther. 2003; 41(9): 991–1007. [\[Link\]](#)
26. Azizi A, Drikvand FM, Sepahvandi MA. Effect of cognitive - behavioral play therapy on working memory, short-term memory and sustained attention among school-aged children with specific learning disorder: a preliminary randomized controlled clinical trial. Curr Psychol. 2018; 1-8. [\[Link\]](#)
27. Drewes AA. Blending play therapy with cognitive behavioral therapy: evidence-based and other effective treatments and techniques. John Wiley & Sons; 2009. [\[Link\]](#)

