

اثربخشی بازی‌درمانی با رویکرد شناخت اجتماعی بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال‌های رفتاری برون نمود

سعید رضایی*

تاریخ پذیرش: ۹۹/۱/۲۳

تاریخ ارسال: ۹۸/۱۰/۳

چکیده

پژوهش حاضر باهدف طراحی و تعیین اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر شناخت اجتماعی بر کودکان با اختلال رفتاری برون نمود انجام شده است. پژوهش حاضر از نوع تحقیقات آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه کودکان ۱۰ تا ۱۳ سال مراکز آموزشی تهران در سال ۹۶-۹۷ بود. از بین کل جامعه هدف تعداد دو مرکز و از هر مرکز ۱۰ نفر در مجموع، ۲۰ نفر که دارای پرونده اختلال برون نمود بودند، به صورت هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گروه کنترل (۱۰ نفر) جانمایی شدند. قبل از اجرای برنامه اصلی، برنامه به صورت آزمایشی بر روی سه نفر از جامعه هدف اجرا شد و بعد از رفع ضعف‌های موجود به مدت سه ماه در برنامه بازی‌درمانی شرکت نمودند و گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند. پرسشنامه آخنباخ (فرم گزارش معلم) برای گردآوری اطلاعات اجرا شد. اعتبار پرسشنامه مذکور با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۸۳ درصد گزارش شده است. همچنین همبستگی درونی مقیاس‌ها به منزله شاخص روایی ۰/۹۷ بوده است. اطلاعات با استفاده از آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره و اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. نتایج نشان داد که بازی‌درمانی با رویکرد شناخت اجتماعی موجب کاهش مشکلات رفتاری کودکان با اختلال برون نمود ($p \leq 0/05$) شد. با توجه به تفاوت معنی‌دار بین گروه‌های آزمایش و کنترل می‌توان از بازی‌درمانی مبتنی بر شناخت اجتماعی به عنوان روش درمانی مؤثر برای کاهش مشکلات رفتاری کودکان با اختلال برون نمود استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: بازی‌درمانی، شناخت اجتماعی، اختلال برون نمود.



مقدمه

دوران کودکی سال‌های مناسبی برای تشخیص مشکلات کودکان، مداخله بهنگام و پیشگیری از بروز مشکلات عاطفی، اجتماعی و تحصیلی آنان در آینده است. در واقع مداخله بهنگام و اصلاح رفتارهای ناسازگار کودک در این دوره حساس، موجب افزایش مهارت‌های اجتماعی و محبوبیت نزد همسالان و بزرگسالان می‌شود و کودک را برای پذیرش مسئولیت‌های آتی آماده می‌سازد (شهیم، ۱۳۸۶، نقل از کهریزی، مرادی و مؤمنی، ۱۳۹۳). در دو دهه گذشته، تعداد بی‌شماری از پژوهش‌ها معطوف به اختلال‌های رفتاری کودکان به‌ویژه اختلال‌های رفتاری برون نمود بوده است و گفته می‌شود دلیل عمده ارجاع تعداد کثیری از کودکان به مراکز بهداشت روانی، اختلال‌های رفتاری از نوع برون نمود می‌باشد (موسسه ملی خدمات مراقبتی و بهداشتی، ۲۰۱۳). یانگ^۱ (۲۰۱۱)، رفتارهای برون نمود را به‌عنوان اعمال یا فعالیت‌هایی مخرب تعریف می‌کند که آشکار و نمایان هستند و اغلب با پرخاشگری شدید و بیش از حد و نیز ناتوانی در ایجاد روابط متقابل با بزرگ‌ترها همراه می‌باشد. رفتارهای برون نمود کودکان به‌عنوان رفتارهای مقابله‌ای^۲ توصیف می‌شوند و اغلب متوجه دیگران هست تا خود فرد. از جمله رفتارهای مقابله‌ای می‌توان به؛ طغیان‌گری، انفجار خشم و غضب، مشت زدن و لگد کوبیدن، رفتارهای تکانشی، دعوا و معرکه‌گیری، کنش‌های ضداجتماعی و ... اشاره نمود و نیز دارای برخی رفتارهای غیرمقابله‌ای از جمله؛ اجتناب اجتماعی، ضرر رساندن به همسالان، حاشیه‌سازی، شایعه‌پراکنی و ... می‌باشند (رضایی، ۱۳۹۴). در این پژوهش منظور از اختلال‌های رفتاری برون نمود همان اختلال‌های رفتاری مخرب یعنی اختلال سلوک^۳ و اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۴ است. اختلال سلوک یکی از اختلال‌های رایج دوران کودکی است. این اختلال الگوی رفتاری نسبتاً تکراری و پایدار است که در آن حقوق اساسی دیگران با هنجارها و قوانین عمده تناسب با سن نادیده گرفته

^۱Young K.S

^۲Confrontative

^۳Disruptive behavior disorders

^۴Conduct Disorder

^۵Oppositional defiant disorder

می‌شود. در واقع این دو معیار یعنی نقص حقوق دیگران و هنجارهای اجتماعی مربوط به سن فرد، متمایزکننده این اختلال از سایر اختلال‌های دوران کودکی است. اختلال سلوک به صورت حضور سه (یا بیشتر از سه) مورد نقص قواعد و مقررات در ۱۲ ماه گذشته و یا حضور حداقل یک ملاک در شش ماه گذشته مشخص می‌شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۱). اختلال نافرمانی مقابله‌ای عبارت است از الگویی از رفتارهای نامناسب در دوران کودکی از جمله، منفی‌گرایی، حرف‌نشوی، لج‌بازی، بی‌اعتنایی و واکنش‌های خصمانه علیه مظاهر قدرت (والدین و معلمان) و نافرمانی از رفتارهای انضباطی آن‌هاست که این رفتارها غالباً منجر به ناتوانی کودک در زندگی اجتماعی می‌شود نرخ شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای، در کودکان و نوجوانان را در دامنه‌ای بین ۱ تا ۶ درصد می‌باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بیشترین همبودی را با اختلال سلوک دارد. با توجه به بررسی‌های متعدد معلوم شده که نزدیک به ۹۰ درصد پسران با اختلال سلوک علائم و نشانه‌های نقص توجه/بیش‌فعالی را نشان می‌دهند (رضایی، ۱۳۹۴). تمایز بین این دو اختلال آسان نیست، هرچند سبب‌شناسی و پیش‌آگهی متفاوتی دارند (گلی، ۱۳۹۵). نقص توجه/بیش‌فعالی مثل موتور است که مشکلات رفتاری را هدایت می‌کند (زارع و گنجی، ۱۳۹۴). طبق آنچه نظریه شناخت اجتماعی بیان می‌کند از ویژگی‌های کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برون‌نمود نقص در شناخت اجتماعی، فقدان مهارت همدلی و یا بهره‌همدلی پایین می‌باشد. شناخت اجتماعی اساس موفقیت در ارتباطات اجتماعی را شکل می‌دهد و به شکل‌های گوناگونی توصیف می‌شود. شناخت اجتماعی فرایند پیچیده‌ای است که فرد دانش و بینش اجتماعی را کسب نموده و در موقعیت‌های مختلف اجتماعی به کار می‌برد. بارون کوهن و ویلرایت (۲۰۰۴)، شناخت اجتماعی را حالتی که فرد اطلاعات مربوط به دنیای اجتماعی را به خاطر می‌آورد، تحلیل می‌کند، تفسیر می‌کند و به موقع به کار می‌برد، تعریف می‌کند. از جمله موارد مطرح‌شده در شناخت اجتماعی همدلی می‌باشد، همدلی مؤلفه‌ای عاطفی و شناختی است و آن را پاسخ هیجانی به وضعیت عاطفی شخص دیگر در

یک شرایط عاطفی تعریف می‌کنند. همدلی توانایی بسیار مهم و ضروری برای تعاملات و کارکرد اجتماعی بهنجار در دنیای اجتماعی است. همدلی خمیرمایه دنیای اجتماعی است به فرد اجازه می‌دهد عواطف، احساسات، نیت، مقاصد دیگران را درک کند و رفتار آنان را پیش‌بینی کند؛ به عبارت دیگر همدلی توانایی ذهن‌خوانی و آگاهی از قصد و نیت دیگران است (رضایی، ۱۳۹۵). یکی از مفاهیم مرتبط با همدلی نظریه ذهن می‌باشد، تحولات عمده در روانشناسی تحولی طی دودهمه اخیر، پیرامون فرایندهای شناختی، درک خود و دیگران بوده است که به توانایی نظریه ذهن معروف است. نظریه ذهن از جمله توانایی‌های شناختی بنیادی است که زمینه‌ساز تعامل اجتماعی بهنجار و سازنده است. نظریه ذهن، به‌عنوان توانایی فهم اینکه دیگران می‌توانند دارای افکار، احساسات، عقاید و همخوانی باشند که متفاوت از ماست، تعریف می‌شود. به عبارت دیگر نظریه ذهن، توانایی شناختی است برای فهم اینکه دیگران می‌توانند دارای افکار، احساسات، عقاید، هیجان، نگرش و قصدی متفاوت از افکار، عقاید، هیجان، نگرش و نیت ما داشته باشند. رشد بهنجار این توانایی به فهم ما از آنچه خودمان و دیگران انجام می‌دهیم، بسیار کمک می‌کند (بوکنر، کاستیل و شیت، ۲۰۱۵). همدلی از نظریه ذهن گسترده‌تر است، به این معنی که نظریه ذهن عامل درون مفهوم همدلی است. توانایی دریافت هیجانات دیگری و حالت‌های ذهنی یکی از عناصر همدلی کردن و عنصر دیگر پاسخ عاطفی مناسب با حالت ذهنی فرد دیگر است (بگرلی و پاکر، ۲۰۰۵). در قرن بیستم تغییرات شگرفی در درمان اختلالات رفتاری به وقوع پیوست به طوری که بازی درمانی به‌عنوان یکی از روش‌های مؤثر درمانی مورد استفاده قرار گرفت، بازی شیوه‌ای مؤثر برای کار با کودکان به شمار می‌رود به طوری که کودکان از طریق بازی احساسات و ناکامی‌های خود را بیان می‌کنند. بازی درمانی محیط امنی را برای کودک فراهم می‌کند تا افکار و احساسات او بدون قضاوت پذیرفته و تأیید می‌شود. بازی راه طبیعی برای کودکان است تا مشکلاتشان را نشان دهند. در بازی درمانی گروهی، کودکان می‌توانند قضاوت اخلاقی را نیز پرورش دهند و یاد بگیرند که چگونه با دیگران همکاری کرده و همه کودکان

۱Buckner V. J. E, Castille C. M, Sheets T. L

۲Baggerly.j. Parker. M.

را یکسان بنگرند. همچنین راهبردهای حل مسئله و چگونگی برقراری روابط مناسب اجتماعی با دیگران را می‌آموزند و بنابراین مخالفت‌ها و نافرمانی‌های آن‌ها کاهش یافته یا حذف می‌شود (حمزه لویی، ۱۳۹۱).

تحقیقات مختلف، تأثیرات بازی‌درمانی را در زمینه‌های اجتماعی، عاطفی، رفتاری و مشکل‌هایی که به محرکه‌ای تنش‌زای زندگی همچون طلاق، مرگ، جابجایی، بستری شدن در بیمارستان، سو استفاده‌های جنسی و جسمی و خشونت خانوادگی مربوط می‌شود تأیید می‌کند (بگرلی و پاکر، ۲۰۱۵). در پژوهش استوکی، ایشنر و ویزلر^۱ (۲۰۱۶)، تأثیر بازی‌درمانی به‌عنوان وسیله‌ای در ایجاد تطابق کودکان با محیط و شرایط بیمارستانی و ایجاد احساس رفاه نشان داده شده است. در پژوهش کارول^۲ (۲۰۰۲) تأثیر بازی‌درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان دارای معلول ذهنی نشان داده شده است و همچنین در پژوهش کریستین، تأثیر بازی‌درمانی بر کاهش مشکلات رفتارهای مخرب کودکان ایدایی نشان داده شده است (گلایزر،^۳ ۲۰۰۹). به‌رغم تحقیقات و پژوهش‌های صورت پذیرفته متعدد در مورد اختلال رفتار برون‌نمود، بیشترین تأکید در این اختلال بر زمینه ارثی و سوءاستفاده جسمی و جنسی مطرح بوده و کمتر به نقش و اهمیت شناخت اجتماعی و همدلی در این اختلال پرداخته شده است و با تأکید بر این نکته که هرچقدر زودتر و سریع‌تر بتوان مشکلات رفتاری دانش‌آموزان را شناخت و با استفاده از روش‌های درمانی این مشکلات را کاهش داد، امکان بیشتری وجود دارد تا از افت تحصیلی آنان و بروز نابهنجاری‌های رفتاری و عاطفی پیشگیری شود؛ بنابراین فرضیه اصلی در پژوهش حاضر این است که بازی‌درمانی مبتنی بر شناخت اجتماعی نمرات مشکلات رفتاری کودکان با اختلال برون‌نمود را کاهش می‌دهد.

روش پژوهش

^۱ Stucky R.R, Eichner J.M, Melzer S.M

^۲ Carrol.J

^۳ Glazer.H

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود، جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کودکان ۱۰ تا ۱۳ سال مراکز آموزشی و توان‌بخشی تهران در سال ۹۷-۹۶ بودند. از بین کل جامعه هدف تعداد دو مرکز و از هر مرکز ۱۰ نفر در مجموع، ۲۰ نفر که دارای پرونده روان‌پزشکی اختلال رفتاری برون‌نمود بودند، به صورت هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گروه کنترل (۱۰ نفر) جانمایی شدند. بعد از اخذ رضایت‌نامه از والدین و شرکت‌کنندگان، گروه آزمایش به مدت سه ماه در برنامه بازی‌درمانی شرکت نمودند و گروه کنترل در انتظار درمان بودند و تا پایان تحقیق، خدمات درمانی را دریافت نکردند. در این پژوهش جهت سنجش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان از پرسشنامه آخنباخ (فرم گزارش معلم) استفاده شده است که این مقیاس دارای ۱۱۳ گویه در مقیاس لیکرت می‌باشد. اعتبار پرسشنامه مذکور با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۸۳ درصد می‌باشد. همچنین همبستگی درونی مقیاس‌ها به منزله شاخص روایی ۲۷ درصد (رفتار قانون‌شکنی و مشکلات جسمانی) تا ۹۷ درصد (رفتار پرخاشگرانه و برون‌سازی) بوده است. در پژوهش حاضر از فنون شناخت اجتماعی مبتنی بر همدلی جهت کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلابه اختلال رفتاری برون‌نمود استفاده شده است که در آن بازی درمانگر با استفاده از راهبردهای شناخت اجتماعی و دیگر وسایل بازی سعی در کاهش مشکلات رفتاری در بین دانش‌آموزان را دارد. پس از تعیین گروه آزمایش در جلسه‌ای از معلم، والدین و کودکان دعوت به عمل آمد، سپس دانش‌آموزان با کل اتاق بازی، مدت‌زمان جلسه بازی‌درمانی توسط بازی درمانگر آشنا شدند. روش مداخله‌ای محقق در پژوهش حاضر بر اصول بازی‌درمانی مبتنی بر نظریه‌های شناخت اجتماعی استوار است. در نهایت داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره و اندازه‌گیری مکرر، با رعایت پیش‌فرض‌های کاربست، تحلیل شدند. داشتن نشانه‌های اختلال برون‌نمود بر اساس DSM-۵، عدم مصرف دارو، داشتن پرونده پزشکی و دریافت تشخیص، سن طبقه‌بندی اختلال از نوع دیر آغاز به‌عنوان معیارهای ورود و عدم شرکت پیوسته در جلسات مداخله، عدم انجام تکالیف مربوط به مداخله در منزل، دریافت هرگونه برنامه مداخله‌ای مضاعف جزء معیارهای

خروج بود. به منظور رعایت اخلاق پژوهش در پایان پژوهش، برنامه آموزشی برای گروه کنترل هم اجرا شد. در جدول ۱. برنامه مداخله‌ای برحسب عنوان، روش، هدف، محتوا و شرح بازی به تفکیک جلسات معرفی شده است.

جدول ۱؛ برنامه مداخله‌ای بازی درمانی

جلسه	عنوان و تکلیف	روش	هدف	محتوی و شرح بازی
۱	آشنایی با احساسات	نقش بازی به وسیله درمانگر	کاهش - اضطراب جلسه اول	آشنایی اولیه و ارائه توضیحات در مورد جلسات، ترسیم فرد شاد توسط کودک و بیان دلیل شادمانی، توضیح در مورد تغییر چهره شاد در هنگامی که اتفاق ناخوشایند رخ دهد.
۲	بیان هیجانات	گروه همسالان	شناخت با احساسات	تعریف حادثه‌ای که باعث خوشحالی شده و بیان دلیل خوشحالی و عکس‌العمل کودک، پرسش در مورد واکنش دیگر کودکان به همان اتفاق و بیان احساسات کودکان دیگر از احساس خوشحالی دوستانشان.
۳	تمرکز	نقش بازی به وسیله درمانگر	همدلی	بیان داستان توسط کودک و عدم توجه کودک مقابل به داستان او و بیان احساس کودک از عدم دقت به او، سپس بیان مجدد داستان توسط کودک و توجه کودک مقابل به داستان او و بیان احساس کودک از توجه به صحبت‌هایش.
۴	تکلیف گروهی	پخش فیلم	همدلی	چیدمان تعدادی صندلی کنار یکدیگر، دیدن کودکان به دور صندلی‌ها و کمک به یکدیگر برای نشستن تمام اعضا روی صندلی‌ها با قطع شدن صدای موزیک، در هر بار موفقیت یکی از صندلی‌ها کم می‌شود.
۵	تمرکز و بیان احساسات	همسالان	همدلی	قرار گرفتن آزمونگر و کودکان دور میز به همراه دو مکعب برای هر عضو. بیان اتفاق ناخوشایند و واکنش همراه آن هم‌زمان با ارائه یک مکعب. سپس کودکان خود را جای او می‌گذارند و واکنش خود را به حادثه بیان می‌کنند، سپس مکعب بعدی و داستان بعدی.
۶	همیاری	پخش فیلم	همدلی	شبیه‌سازی موقعیت زلزله، مشخص کردن پزشک، منشی و حاملین مصدوم، انتقال مصدومین به کلینیک و مداوا.
۷	جوړچین	همسالان	شناخت - احساسات و همدلی	ارائه برگه‌های حاوی چهره‌های مختلف با داستان‌های مرتبط به چهره‌ها به کودکان، اتصال هیجان به داستان مرتبط توسط کودک و بحث در مورد یکی از هیجان‌های موجود در برگه.

جلسه	عنوان و تکلیف	روش	هدف	محتوی و شرح بازی
۸	حدس زدن	نقش بازی به وسیله درمانگر	شناخت هیجانان و همدلی	اجرای پانتومیم با موضوعات درباره‌ی هیجان‌ها و احساسات مختلف.
۹	تشخیص هیجان	نقش بازی به وسیله درمانگر	همدلی	تهیه تصاویر مختلف با مضامین غم، ناراحتی، عصبانیت، انتخاب یکی از تصاویر توسط کودک و بازی کردن نقش تصویر، درخواست کودکان دیگر از وی برای داشتن احساس بهتر
۱۰	همیاری	همسالان	همدلی	نقاشی با موضوعات همدلی و کمک به هم‌نوع با چشمان بسته توسط کودک به همراه راهنمایی اعضای دیگر گروه

نتایج

پس از انجام آزمون‌ها، داده‌ها جمع‌آوری شدند و در قالب آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند، در بخش توصیفی از جداول فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. در استنباط آماری برای مقایسه و بررسی تفاوت گروه‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد بررسی قرار گرفت. لازم به ذکر است که ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان، عبارت بود از سن، پایه تحصیلی، شکست تحصیلی و محل سکونت که به غیر از متغیر سن، جزء متغیرهای هدف در این پژوهش نبودند و متغیر سن هم کنترل شده بود.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

ویژگی‌های جمعیت شناختی دو گروه کنترل و آزمایش

جدول ۲: شاخص توصیفی مشکلات رفتاری کودکان با اختلال رفتاری برون نمود در مقیاس‌های مبتنی بر تجربه در گروه کنترل و آزمایش

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانه	انحراف معیار	میانه	انحراف معیار	میانه	انحراف معیار
اضطراب/افسردگی	کنترل	1	131	3	16		
	آزمایش		14	4	13	1	
گوشه‌گیری/افسردگی	کنترل	3		3	113	36000	84327
	آزمایش	1	133	13			1
شکایات جسمانی	کنترل	1	133	1	13		163
	آزمایش		13	1		3	15
مشکلات اجتماعی	کنترل	3					()
	آزمایش	1	33813			0	3
مشکلات تفکر	کنترل	3	3	3	133		11
	آزمایش			1	1	1	13
مشکلات توجه	کنترل	1		1	1		(331)
			3		3		

1	8	1		3	1	1	آزما یش	
3	3	(1	.	0		کنترل	رفتار قانون شکنی
31	3	1	33	1.7	3	3	آزما یش	
. 31	12.00	.8321	12.70	. 3	1	1	کنترل	اختلال
6	00	1	0			0	آزما یش	رفتاری محل
	9	14	7			1	آزما یش	
3	17	5	11		31	.	کنترل	کل
1	1		8		15		آزما یش	
1	6	.	2		31		آزما یش	
	4	3	0					

با توجه به داده‌های جدول ۲، مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون مشکلات رفتاری کودکان در مقیاس‌های مبتنی بر تجربه در دو گروه دلالت بر این دارد که میانگین نمرات پیش‌آزمون تفاوت و فاصله چندانی ندارد. این امر به معنی همگنی دو گروه قبل از مداخله می‌باشد. در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تغییر میزان مشکلات رفتاری کودکان با اختلال رفتاری در مقیاس‌های مبتنی بر تجربه در گروه آزمایش مشهودتر از گروه کنترل می‌باشد.

جدول ۳؛ شاخص توصیفی مشکلات رفتاری کودکان با اختلال رفتاری برون نمود در مقیاس‌های

مبتنی بر DSM در گروه کنترل و آزمایش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مشکلات	کنترل	۴,۲۰۰	۶۳۲۴۶.	۳,۶۰۰	۱,۰۷۴۹۷	۳,۷۰۰	۱,۴۱۸۱۴
عاطفی	آزمایش	۴,۶۰۰	۱,۲۶۴۹۱	۱,۶۰۰	۶۹۹۲۱.	۲,۹۰۰	۸۷۵۶۰.
مشکلات	کنترل	۳,۹۰۰	۷۳۷۸۶.	۴,۱۰۰	۹۹۴۴۳.	۳,۹۰۰	۸۷۵۶۰.
اضطرابی	آزمایش	۵,۲۰۰	۱,۰۳۲۸۰	۲,۰۰۰	۱,۱۵۴۷۰	۳,۱۰۰	۱,۱۰۰۵۰

۱,۳۳۷۴۹	۵,۳۰۰۰	۱,۵۶۷۰۲	۵,۳۰۰۰	۶۶۶۶۷	۶,۰۰۰۰	کنترل	مشکلات
۵۶۷۶۵	۲,۹۰۰۰	۴۸۳۰۵	۱,۳۰۰۰	۸۷۵۶۰	۶,۱۰۰۰	آزمایش	جسمانی
۴,۴۸۳۳۰	۹,۱۰۰۰	۵,۲۲۹۱۹	۸,۷۰۰۰	۴,۲۴۷۸۸	۹,۶۰۰۰	کنترل	مشکلات
۴,۵۹۵۸۹	۷,۷۰۰۰	۳,۸۲۳۹۰	۵,۲۰۰۰	۵,۷۲۴۲۲	۱۲,۱۰۰۰	آزمایش	توجه- تمرکز
۱,۷۶۶۹۸	۳,۷۰۰۰	۲,۰۰۲۷۸	۳,۳۰۰۰	۲,۰۲۴۸۵	۴,۱۰۰۰	کنترل	مشکلات
۱,۸۱۳۵۳	۳,۲۰۰۰	۱,۳۱۶۵۶	۱,۸۰۰۰	۱,۷۲۸۸۴	۵,۱۰۰۰	آزمایش	رفتار مقابله‌ای
۴,۳۴۱۰۲	۶,۲۰۰۰	۴,۲۷۵۲۵	۶,۵۰۰۰	۴,۲۱۱۱۰	۶,۲۰۰۰	کنترل	مشکلات
۴,۱۹۵۲۴	۴,۶۰۰۰	۲,۴۵۱۷۶	۲,۷۰۰۰	۴,۴۹۱۹۷	۷,۲۰۰۰	آزمایش	سلوک
۹,۵۶۲۰۸	۳۱,۹۰۰	۱۰,۳۸۴۲۸	۳۱,۵۰۰۰	۱۰,۰۴۴۳	۳۴,۰۰۰۰	کنترل	کل
۹,۹۴۶۵۲	۲۴,۴۰۰	۶,۵۶۹۲۹	۱۴,۶۰۰۰	۱۰,۹۲۴۴	۴۰,۳۰۰۰	آزمایش	

با توجه به داده‌های جدول ۳، مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون مشکلات رفتاری کودکان با اختلال رفتاری در مقیاس‌های مبتنی بر DSM در دو گروه دلالت بر این دارد که میانگین نمرات پیش‌آزمون تفاوت و فاصله چندانی ندارد. این امر به معنی همگنی دو گروه قبل از مداخله می‌باشد. در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تغییر میزان مشکلات رفتاری کودکان با اختلال رفتاری در مقیاس‌های مبتنی بر DSM در گروه آزمایش مشهودتر از گروه کنترل می‌باشد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس برای متغیرهای پژوهش

شاخص منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضرایب تا	توان آزمون
اثر پیش‌آزمون	۳۲۰۰۰,۰۰۰	۱	۳۲۰۰۰,۰۰۰	۵۳,۳۴۸	۰۰۰	۷۴۸	۱,۰۰۰
اثر گروه	۴۸۰۵,۰۰۰	۱	۴۸۰۵,۰۰۰	۸,۰۱۱	۰۱۱	۳۰۸	۷۶۳
خطا	۱۰۷۹۷,۰۰۰	۱۸	۵۹۹,۸۳۳	-	-	-	-
کل	۴۷۶۰۲,۰۰۰	۲۰	-	-	-	-	-

با توجه به داده‌های جدول ۴، مقدار $F/۸/۰۱۱ = F/۸$ با درجات آزادی (۱ و ۱۸) در متغیر موردبررسی در سطح $\alpha=۰/۰۵$ معنادار می‌باشد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که آموزش برنامه

مداخله‌ای بازی مبتنی بر شناخت اجتماعی منجر به کاهش مشکلات رفتاری کودکان با اختلال رفتاری برون نمود در مقیاس‌های مبتنی بر تجربه تأثیر معناداری دارد و مقدار این تأثیر ۰/۳۰۸ درصد می‌باشد؛ بنابراین فرض تحقیق با ۹۵ درصد اطمینان تأیید می‌گردد.

بحث

تاکنون برنامه‌های آموزشی گوناگونی برای کودکان به‌ویژه کودکان با اختلال‌های رفتاری مخرب برونمود، تدوین و ارائه شده است. برخی از این برنامه‌ها، با این فرض که کودکان با اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای در مهارت‌های اجتماعی نقص جدی دارند، سعی شده که ابتدا رفتارهای اجتماعی کودکان را آماج هدف خود قرار دادند و در این برنامه‌ها سعی می‌شود، ابتدا مهارت‌های اجتماعی از جمله؛ مهارت‌های گفتگو و ارتباطی و توسعه روابط را آموزش دهند و در مرحله‌های بعدی برنامه شناختی- اجتماعی از جمله؛ حل مسئله، مهارت‌های حل مسئله اجتماعی، جرات ورزی اجتماعی، دیدگاه گیری، خودکنترلی، خودتنظیمی عاطفی، همدلی، دیدگاه گیری را در نظر می‌گیرند، با این فرض که مشکلات کودکان با اختلال رفتاری از نوع نقص مهارتی هست و با آموزش و ارائه برنامه‌های آموزشی مهارتی می‌تواند این نقایص را برطرف کند. در کنار برنامه‌های مداخله‌ای متعددی که گزارش شد برنامه بازی درمانی شناختی اجتماعی از جمله برنامه‌های مداخله‌ای مؤثر است که اثربخشی و پایداری اثربخشی آن در بسیاری مطالعات انجام شده مشابه از جمله بررسی بارون کوهن و همکاران (۲۰۰۴)، بنی اسدی (۱۳۹۲) گزارش شده است، در تحقیق حاضر هم همان‌طور که نتایج حاصل نشان داد، بازی درمانی شناخت اجتماعی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان با اختلال برون نمود مورد مطالعه، مؤثر بوده است، به نحوی که میانگین نمره کلی مشکلات رفتاری با توجه به آنچه پرسشنامه مشکلات آخنباخ می‌سنجد، پس از دریافت برنامه مداخله‌ای کاهش یافته است. این نتایج با نتایج سایر پژوهش‌های مشابه در رابطه مشکلات رفتاری کودکان همخوان است به‌طور مثال، در مطالعه پژوهشی هپ و همکاران (۲۰۰۶)، نشان دادند که بازی درمانی گروهی موجب کاهش مشکلات اجتماعی کودکان

دارای اختلال سلوک می‌شود. در پژوهشی صباغ زاده (۱۳۹۳)، نیز تأثیر بازی‌درمانی بر کاهش مشکلات کودکان با علائم نقص توجه ناشی از بیش‌فعالی نشان داده شده است. بگرلی و پارکر (۲۰۱۵)، هم در پژوهشی رویکرد بازی‌گروهمی شناختی را برای کمک به درک نوجوانانی که والدینشان و دچار سوء‌مصرف مواد و الکل بودند بکار بردند. رنویک و املیر^۱ (۲۰۱۳)، در مطالعه‌ای فرا تحلیلی نشان دادند که آموزش برنامه‌های بازی شناختی مبتنی بر مدرسه با محتوای مهارت‌های همدلی، تأثیر قابل توجهی بر کنترل رفتارهای چالشی کودکان با اختلال‌های رفتاری داشته است. در مجموع بررسی‌ها از جمله؛ ویتچن و هیچ^۲ (۲۰۱۳)، ساهین (۲۰۱۲)، اشوین (۲۰۰۸) و زارع (۱۳۹۳)؛ در بررسی‌های جداگانه بر روی گروه هدف مختلف نشان دادند که مداخله‌های مبتنی بر بازی‌های شناختی، در کاهش مشکلات رفتاری کودکان با اختلال رفتاری محل از جمله اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای بسیار مؤثرند. به‌طور کلی نتایج این پژوهش لزوم توجه بیشتر به بحث بازی‌درمانی شناخت اجتماعی کودکان دارای اختلال رفتاری برون نمود و تأثیر آن بر کاهش مشکلات رفتاری و به طبع آن بهداشت روانی و موفقیت آموزشی این دانش‌آموزان را تأیید می‌کند، چراکه اگر این مشکلات تداوم و شدت یابند، موجب بروز نابهنجاری‌های رفتاری برای کودکان، خانواده‌ها و جامعه و موجب هدر رفت سرمایه‌های انسانی و اقتصادی در بخش آموزش و پرورش می‌شود. پژوهش حاضر نیز مانند بیشتر پژوهش‌های انجام‌شده، محدودیت‌هایی داشت که به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود، آمار دقیقی از میزان شیوع اختلالات رفتاری در مؤسسات زی‌ربط همچون بهزیستی وجود ندارد. همچنین تقسیم‌بندی کودکان در مراکز بازپروری بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی صورت پذیرفته است. با توجه به نتایج به‌دست آمده، پیشنهاد می‌شود ارائه راهکار تازه‌ای در بهبود مهارت‌های همدلی دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری برون نمود، می‌تواند مشکلات رفتاری این کودکان را کاهش دهد. برنامه بازی‌درمانی ارائه شده می‌تواند الگویی مؤثر برای برنامه ریزان آموزشی، اولیا، مربیان و مشاوران باشد.

^۱Renwick, S. & Emler, N

^۲Wittchen, H., & Hecht, H



منابع

- بنی اسدی، مریم (۱۳۹۲). اثربخشی برنامه‌ی آموزش بخشش بر کاهش پرخاشگری، ارتقاء همدمی و بخشش نوجوانان پسر بزهکار کانون اصلاح و تربیت تهران. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی
- حمزه لوی، زهرا (۱۳۹۱). بررسی تأثیر بازی‌درمانی گروهی کودک محور بر کاهش شدت نشانگان اختلال سلوک دانش‌آموزان پسر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی
- رضایی، سعید (۱۳۹۴). کفایت اجتماعی کودکان و نوجوانان. تهران: انتشارات آوای نور
- رضایی، سعید (۱۳۹۵). کفایت اجتماعی کودکان با اختلال‌های برون نمود و درون نمود. تهران: انتشارات آوای نور
- زارع ابراهیم‌آبادی، مهدی. گنجی، کامران (۱۳۹۴). بررسی شیوع اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و همبودی آن با اختلال یادگیری در دانش‌آموزان دبستانی، مجله ناتوانی‌های یادگیری، دوره سوم، شماره چهار، ص ۲۵ الی ۳۴
- صباغ‌زاده، زینب (۱۳۹۳). بررسی تأثیر آموزش همدمی بر کاهش پرخاشگری در پسران بی‌سرپرست. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی
- کهریزی، سمیه. مرادی، آسیه. مؤمنی، خدامراد (۱۳۹۳). اثربخشی شن‌بازی‌درمانی بر کاهش پرخاشگری بیش‌فعالی کودکان پیش‌دبستانی. فصلنامه علمی پژوهشی فرهنگ مشاوره. سال پنجم، شماره ۱۸. ص ۱۲۷ - ۱۵۰
- گلی، مه‌ری (۱۳۹۵). اثربخشی تنظیم هیجان بر کاهش میزان زورپندیری کودک پیش‌دبستانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Ashwin C. Ricciardelli p. Baron- Cohen S. (2008). *Positive and negative gaze perception in autism spectrum conditions*. Journal of Social Neuroscience. 26:1-12

- Baggerly.j. Parker. M. (2005). *Child-centered group play therapy with African American boys of the elementary school level*. Journal of counseling & Development. 83.387-396.
- Baron-Cohen, S. & Wheelwright, S. (2004). *The empathy quotient an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism and normal sex differences*. Journal of Autism Developmental Disorders. 34(2), 163-175.
- Buckner V J E, Castille C M, Sheets T L. (2015). *The Five Factor Model of personality and employees' excessive use of technology*. Journal of Computers in Human Behavior. 28, 1947 -1953.
- Carrol J. (2002). *Play thrapy: the children views*. Child and family social work. New York: W.W. Norton & Company. 177-187
- Glazer H. (2009). *Expression of children Grief: A qualitative study*. International journal of play therapy. 7: 51-65
- Happe, F., Booth, R., Charlton, R., & Hughes, C. (2006). *Executive function deficits in ASD and attention deficit/hyperactivity disorder: Examining profiles across domains and ages*. Journal of Brain and Cognition. 61, ۲۵-۳۹.
- Kaplan and Sadockss. (2011). *Comprehensive Textbook of Psychiatry, Eighth Edition, by Benjamin James Dadock, Harold I. Kaplan, Virginia A. Sadock*. Lippincott, Williams and Wilkins. NY: prens hall pub.
- Rowland, A. S., Lesesne, C. A. & Abramovitz, A. J (2013). *The Epidemiology of attention-deficit/ hyperactivity disorder (ADHD): a public health view*. Mental retardation & developmental disabilities research reviews. ۸, ۱۶۲-۱۷۰.
- Renwick, S., & Emler, N. (2013). *The relationship between social skills deficits and juvenile delinquency*. British Journal of Clinical Psychology. 30, 61-71.
- Sahin, M (2012). *visitation into efficiency of empathy training program on preventing bullying in primary schools*. Journal of Children and Youth Services Review. 34 (7), 1325-1330.
- Stucky RR, Eichner JM, Melzer SM (2014). *Child life services*. Pediatric Evanston: Official journal of the American Academy of Pediatrics publication. 118:1757-1763
- Wakabayashi Akio. Simon Baron-Cohen (2006). *Development of short forms of the Empathy Quotient (EQ-Short) and the Systemizing Quotient (SQ-Short)*. Personality and Individual Differences. 41. 929-940

Wittchen, H., & Hecht, H. -U. (2013). *The frequency of social dysfunction in a general population sample and in patients with mental disorders: A comparison using the social interview schedule (SIS)*. Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 23, ۱۷۰-۱۷۹

Young, K.S. Psychology of computer use: XL. (2011). *Addictive use of the internet. A case study that breaks the stereotype*. Journal of Psychological Reports. 79, 899-902.

