






Sociology of Education

Comparing the Effectiveness of Play Therapy and Problem Solving Training on Responsibility, Distress Tolerance and Adjustment of 5-7-Year-Old Children

Mahsa Tajali¹, Ahmad Baseri^{2*}, Hassan Asadzadeh³

1. PhD student, Department of Psychology and Counseling, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, North Tehran Branch, Tehran, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Imam Hossein University, Visiting Professor, Islamic Azad University, North Tehran Branch, Tehran, Iran.
3. Associate Professor, Department of Educational Psychology, Allameh Tabatabai University, Visiting Professor, Azad Islamic University, North Tehran Branch, Tehran, Iran.

❖ **Corresponding Author Email:** Ahmadbas@gmail.com

Receive: 2023/06/21
Accept: 2023/08/20
Published: 2023/11/04

Keywords:

Play Therapy, Problem Solving Training, Responsibility, Distress Tolerance, Adjustment, Children.

Article Cite:

Tajali M, Baseri A, Asadzadeh H. (2023). Comparing the Effectiveness of Play Therapy and Problem Solving Training on Responsibility, Distress Tolerance and Adjustment of 5-7-Year-Old Children, *Sociology of Education*. 9(2): 207-218.

Purpose: There are many intervention methods to improve children's psychological characteristics, which in this study attempt to compare the two methods of play therapy and problem solving training. As a result, the aim of this study was to comparing the effectiveness of play therapy and problem solving training on responsibility, distress tolerance and adjustment of 5-7-year-old children.

Methodology: This study was a semi-experimental with a pretest, posttest and two-month follow-up design with experimental and control groups. The research population was 5-7-year-old children who referred to counseling and psychological services centers and clinics of Tehran city in 2021 year. Among the members of the population, 45 people were selected by available sampling method and replaced by simple random with the help of lottery in three equal groups including play therapy, problem solving training and control groups. The first experimental group trained 10 sessions with the play therapy method and the second experimental group trained 10 sessions with the problem solving training method and the control group during this period did not receive any training. The data were collected with the California responsibility inventory (Gough, 1951), distress tolerance scale (Simons and Gaher, 2005) and adjustment scale (Matson et al, 1983) and were analyzed with the methods of analysis variance with repeated measures and Bonferroni post hoc test in SPSS software.

Findings: The findings showed that both methods of play therapy and problem solving training in compared to the control group improved responsibility, distress tolerance and adjustment of 5-7-year-old children and the results remained in the follow-up phase ($P < 0.001$). Also, there was no significant difference between the two methods of play therapy and problem solving training in improving responsibility, distress tolerance and adjustment of 5-7-year-old children in the posttest and follow-up phases ($P > 0.05$).

Conclusion: The results of this study indicated the effectiveness of both methods of play therapy and problem solving training on improving responsibility, distress tolerance and adjustment of 5-7-year-old children. Therefore, therapists, psychologists and counselors along with other treatment methods can use both methods of play therapy and problem solving training for their interventions.



<https://doi.org/10.22034/ijes.2023.2003213.1414>



<https://dorl.net/dor/10.22034/ijes.2021.541983.1184>



Creative Commons: CC BY 4.0



جامعه‌شناسی آموزش و پرورش

مقایسه اثربخشی بازی درمانی و آموزش حل مساله بر مسئولیت‌پذیری، تحمل پریشانی و سازگاری کودکان ۵ تا ۷ سال

مهسا تجلی^۱، احمد باصری^{۲*}، حسن اسدزاده^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، تهران، ایران.

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه جامع امام حسین، استاد مدعو دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، تهران، ایران.

۳. دانشیار گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، استاد مدعو دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، تهران، ایران.

✦ ایمیل نویسنده مسئول: Ahmadbas@gmail.com

چکیده

مقاله تحقیقاتی

هدف: روش‌های مداخله بسیاری برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی کودکان وجود دارد که در این مطالعه تلاش می‌شود تا دو روش بازی درمانی و آموزش حل مساله با هم مقایسه شوند. در نتیجه، هدف این مطالعه مقایسه اثربخشی بازی درمانی و آموزش حل مساله بر مسئولیت‌پذیری، تحمل پریشانی و سازگاری کودکان ۵ تا ۷ سال بود.

دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۳۱
پذیرش: ۱۴۰۲/۰۵/۲۹
انتشار: ۱۴۰۲/۰۹/۱۳

روش‌شناسی: این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه‌های آزمایش و کنترل بود. جامعه پژوهش کودکان ۵ تا ۷ سال مراجعه‌کننده به مراکز و کلینیک‌های مشاوره و خدمات روانشناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند. از میان اعضای جامعه تعداد ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده با کمک قرعه‌کشی در سه گروه مساوی شامل گروه‌های بازی درمانی، آموزش حل مساله و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش اول، ۱۰ جلسه با روش بازی درمانی و گروه آزمایش دوم، ۱۰ جلسه با روش آموزش حل مساله آموزش دید و گروه کنترل در این مدت آموزشی دریافت نکرد. داده‌ها با سیاهه مسئولیت‌پذیری کالیفرنیا (گاف، ۱۹۵۱)، مقیاس تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) و مقیاس سازگاری (ماتسون و همکاران، ۱۹۸۳) گردآوری و با روش‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

واژگان کلیدی: بازی درمانی، آموزش حل مساله، مسئولیت‌پذیری، تحمل پریشانی، سازگاری، کودکان.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که هر دو روش بازی درمانی و آموزش حل مساله در مقایسه با گروه کنترل باعث بهبود مسئولیت‌پذیری، تحمل پریشانی و سازگاری کودکان ۵ تا ۷ سال شد و نتایج در مرحله پیگیری نیز باقی ماند ($P < 0/001$). همچنین، بین دو روش بازی درمانی و آموزش حل مساله در بهبود مسئولیت‌پذیری، تحمل پریشانی و سازگاری کودکان ۵ تا ۷ سال در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0/05$).

استناد مقاله: تجلی م، باصری ا، اسدزاده ح. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی بازی درمانی و آموزش حل مساله بر مسئولیت‌پذیری، تحمل پریشانی و سازگاری کودکان ۵ تا ۷ سال، جامعه‌شناسی آموزش و پرورش. ۹(۲): ۲۰۷-۲۱۸.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه حاکی از اثربخشی هر دو روش بازی درمانی و آموزش حل مساله بر بهبود مسئولیت‌پذیری، تحمل پریشانی و سازگاری کودکان ۵ تا ۷ سال بود. بنابراین، درمانگران، روانشناسان و مشاوران می‌توانند در کنار سایر روش‌های درمانی از هر دو روش بازی درمانی و آموزش حل مساله برای مداخله‌های خود استفاده کنند.



<https://doi.org/10.22034/ijes.2021.541983.1184>



<https://dorl.net/dor/2.10.22034/ijes.2021.541983.1184>



Creative Commons: CC BY 4.0

مقدمه

خانواده مرکز اصلی رشد و پرورش کودکان است و نقش خانواده در شخصیت کودکان بسیار مهم و حیاتی می‌باشد (Meghan, et al, 2020). دوران کودکی یکی از مهم‌ترین مراحل زندگی افراد است که در آن شخصیت پایه‌ریزی می‌شود و شکل می‌گیرد و بیشتر اختلال‌ها و ناسازگاری‌ها نتیجه کمبود توجه در دوران کودکی می‌باشد (Lee, Kim, Douglass and Zeng, 2023). بنابراین، برای شکوفایی استعدادها و توانایی‌های کودکان نیاز به آموزش‌هایی است تا آنان بتوانند در بزرگسالی نقش خود را به شکل موثری ایفا نمایند (Carman, Tomalty, et al, 2019). یکی از زمینه‌هایی که کودکان نیاز به آموزش دارند، افزایش مسئولیت‌پذیری است (Malek, et al, 2019) و به معنای الزام و تعهد درونی فرد جهت انجام مطلوب فعالیت‌ها، انتخاب‌ها، تصمیم‌ها و وظیفه‌هایی می‌باشد که بر عهده وی است و پذیرش مسئولیت‌های ناشی از آن (Chen, Wang and Zhang, 2023).

مسئولیت‌پذیری یکی از مهم‌ترین متغیرهای موثر در رشد است و چنین افرادی در سایه پذیرش مسئولیت و مهارت‌های اجتماعی می‌توانند با دیگران ارتباط برقرار سازند و با محیط و دیگران سازگار شوند (Cheng, Cheung and Chung, 2021). این سازه به‌عنوان یک ویژگی شخصیتی به‌صورت یک نگرش در ساختار روانی و رفتاری فرد موجب تمایل به نظم، پیشرفت‌گرایی، تلاش، پشتکار، قابل اطمینان بودن و پیروی از قوانین می‌شود (Apetroaia, Hill and Creswell, 2015). افراد مسئولیت‌پذیر به دلیل وجود ویژگی‌هایی مانند کنترل تکانه، برنامه‌ریزی برای رفتار، داشتن هدف در زندگی، انعطاف‌پذیری، وقت‌شناسی و اعتمادبه‌نفس کمتر درگیر رفتارهای پرخطر و استرس‌زا می‌شوند (Rosemann and Zhang, 2022).

یکی دیگر از زمینه‌هایی که کودکان نیاز به آموزش دارند، افزایش تحمل پریشانی است (Doan, Son and Kim, 2018) که به‌عنوان سازه‌ای فراهیجانی به معنای قابلیت و توانمندی فرد برای تجربه و مقاومت در برابر حالت‌ها و وضعیت‌های هیجانی منفی می‌باشد (Carpenter, Sanford and Hofmann, 2019). به عبارت دیگر، تحمل پریشانی به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی‌های هیجانی و نحوه پاسخدهی افراد به آشفتگی و عواطف منفی اشاره دارد و شامل ارزیابی انتظارات یک فرد از تجربه هیجان‌های منفی است (Veilleux, Hyde and Clift, 2022). تحمل پریشانی ماهیتی چندبعدی دارد و شامل توانایی تحمل، ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت عاطفی، تنظیم هیجان توسط فرد و جلب توجه به هیجان‌های منفی و نقش آن در ایجاد اختلال در عملکرد است (Reitzel, Smith, Obasi, Forney and Leventhal, 2017).

این سازه بر ارزیابی و پیامدهای ناشی از تجربه هیجان‌های منفی تأثیرگذار بوده و افراد دارای تحمل پریشانی کم در پاسخ به استرس از خود واکنش‌های شدیدتری نشان می‌دهند، توانایی‌های مقابله‌ای ضعیف‌تری دارند و به‌دنبال اجتناب از مواجهه با هیجان‌ها هستند (Stanley, et al, 2018). از دیگر زمینه‌هایی که کودکان نیاز به آموزش دارند، می‌توان به افزایش سازگاری اشاره کرد (Karim, Tanaka, Nagata, Arakawa and Miyake, 2022) که به معنای توانمندی افراد جهت کنارآمدن با شرایط متغیر و متحول محیط درونی و بیرونی می‌باشد (Sarwar, Panatik and Jameel, 2020). در تعریفی دیگر، سازگاری به معنای تطابق و تعامل موثر فرد با محیط و داشتن احساس‌های مثبت درباره خود و دیگران، مشارکت در فعالیت‌های مختلف، احساس آرامش در موقعیت‌های مبهم و ناآشنا، لذت بردن از زندگی و توانمندی تأثیرگذاری بر دیگران است (Li, et al, 2022). هر گونه تغییر و تحول در زندگی نیازمند سازگاری و سازگاری یکی از معیارهای مهم سلامت روان می‌باشد و افراد دارای سازگاری بالا در زندگی با چالش‌ها و تنش‌های کمتری مواجه می‌شوند، در مقابله با آنها از راهبردهای مقابله‌ای مناسب و موثر استفاده می‌کنند و در هنگام نیاز از دیگران درخواست کمک می‌نمایند (Flujas-Contreras, et al, 2023).

یکی از روش‌های بهبود ویژگی‌های روانشناختی، روش بازی درمانی است (Thomas, White, Ryan and Byrne, 2022). بازی باعث ارتباط افکار درونی کودک با دنیای بیرونی او می‌شود و کودک با کمک آن می‌تواند محیط بیرونی را تحت کنترل و مدیریت خود درآورد و خود را تخلیه نماید (Woodard and Chung, 2018). بازی درمانی، برنامه درمانی جایگزینی برای بسیاری از مشکلات روانشناختی کودکان است (La Banca, Butler, 2020). بازی درمانی به‌عنوان یک ارتباط بین‌فردی پویا بین کودک و درمانگر آموزش‌دیده از طریق بازی است که زمینه را برای ایجاد یک ارتباط امن برای کودک فراهم تا کودک خود را به‌طور کامل ابراز کند (Mohan, Nayak, Thomas and Ravindran, 2015). در این روش به کودکان فرصت داده می‌شود تا احساس‌های آزاردهنده و مشکلات درونی خود را از طریق بازی بروز دهند و آنها را به نمایش بگذارند و برای آنها راه‌حل‌هایی مناسب بیابند (Ayan and Sahin, 2023). بازی درمانی روشی است که به کودکان کمک می‌کند تا خود و امکانات خود را بشناسند و بتوانند مساله‌ها، مشکل‌ها و چالش‌های زندگی خود را حل نمایند (Zengin, Yayan and Duken, 2021).

یکی دیگر از روش‌های بهبود ویژگی‌های روانشناختی، روش آموزش حل مساله است (Elliott, Berry and Grant, 2009). حل مساله فرآیندی شناختی می‌باشد که از طریق آن فرد تلاش می‌کند تا راه حل مناسب و مطلوبی برای یک مشکل پیدا کند (Alavi, et al, 2021). مهارت حل مساله یکی از کارکردهای عالی ذهن است که در آن فرد یادمی‌گیرد با برقراری ارتباط بین تجربه‌های گذشته و مساله حاضر، روابط بین آنها را کشف و برای آنها

راه حل مناسبی بیاید (Kaya and Buzlu, 2016). در روش آموزش حل مساله، آموزش با تمرکز بر اهداف زمان حال آغاز می‌شود و این امر مقدمه‌ای است که افراد ترغیب شوند تا روی مساله تمرکز نمایند و به دنبال راه‌حلی مناسب برای مقابله با موقعیت‌های مشکل‌آفرین و چالش‌انگیز باشند (Vega et al, 2021). آموزش حل مساله یک فرآیند شناختی- رفتاری است که تنوعی از پاسخ‌های جدید و ابتکاری را برای مقابله با شرایط مشکل‌آفرین و چالش‌انگیز فراهم و امکان انتخاب و اجرای بهترین و موثرترین راه حل را مهیا می‌سازد (Juengst, et al, 2019).

پژوهش‌هایی درباره اثربخشی بازی درمانی و آموزش حل مساله بر مسئولیت‌پذیری، تحمل‌پریشانی و سازگاری انجام شده است، اما پژوهشی درباره مقایسه آنها یافت نشد. برای مثال نتایج پژوهش Jalaei, CheraghMollaei and Khodabakhsh Pirkalani (2020) نشان داد که بازی مبتنی بر هوش اخلاقی باعث افزایش وجدان، خویشتن‌داری و مسئولیت‌پذیری اجتماعی کودکان دبستانی شد. در پژوهشی دیگر Heydarian, et al (2021) گزارش کردند که بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی- رفتاری باعث کاهش مشکلات رفتاری و افزایش مسئولیت‌پذیری و عزت‌نفس دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی شد. نتایج پژوهش Taylor and Ray (2021) حاکی از نقش موثر بازی درمانی کودک‌محور بر بهبود شایستگی‌های اجتماعی- عاطفی و مسئولیت‌پذیری کودکان بود. همچنین، Soltanifar, et al (2010) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بازی درمانی تحولی مبتنی بر دلبستگی باعث کاهش تنش و پریشانی والدین کودکان ۳ تا ۹ سال شد. علاوه بر آن، Barimani, Asadi and Khajevand (2018) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بازی درمانی باعث بهبود سازگاری اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی کودکان ناشنوا شد. در پژوهشی دیگر Lavasani, Keramati and Kadivar (2018) گزارش کردند که بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری باعث افزایش سازگاری اجتماعی و تحصیلی دانش‌آموزان ابتدایی با اختلال خواندن شد. افزون بر آن، نتایج پژوهش Irvani, Irvani and Moghimi Firozabad (2022) نشان داد که آموزش حل مساله باعث افزایش کیفیت‌زندگی و مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان دختر شد. در پژوهشی دیگر Gharibi (2018) گزارش کرد که آموزش مهارت حل مساله باعث افزایش مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان پسر سال سوم متوسطه دوره اول شد. همچنین، Montazer, Dousti and Hasanzadeh (2019) پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش حل مساله باعث افزایش تحمل‌پریشانی دانشجویان شد. علاوه بر آن، Danesh, et al (2014) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش گروهی مهارت حل مساله باعث افزایش سازگاری دختران نوجوان ناسازگار شد.

درباره اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر می‌توان گفت که بازی درمانی و آموزش حل مساله برای پیشگیری یا رفع مشکلات روانشناختی کودکان و دستیابی به رشد و پرورش می‌توانند مفید واقع شوند و پژوهش‌های گذشته نیز نقش موثر و اثربخشی آنها را تایید کردند، اما یکی از خلاهای موجود عدم یافتن پیشینه پژوهشی درباره مقایسه اثربخشی بازی درمانی و آموزش حل مساله است که انجام این مطالعه می‌تواند به مشاوران و درمانگران در شناخت یک روش درمانی موثرتر در بهبود ویژگی‌های روانشناختی کودکان کمک نماید. روش‌های مداخله بسیاری برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی کودکان وجود دارد که در این مطالعه تلاش می‌شود تا دو روش بازی درمانی و آموزش حل مساله با هم مقایسه شوند. در نتیجه، هدف این مطالعه مقایسه اثربخشی بازی درمانی و آموزش حل مساله بر مسئولیت‌پذیری، تحمل‌پریشانی و سازگاری کودکان ۵ تا ۷ سال بود.

روش‌شناسی

این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه‌های آزمایش و کنترل بود. جامعه پژوهش کودکان ۵ تا ۷ سال مراجعه‌کننده به مراکز و کلینیک‌های مشاوره و خدمات روانشناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند. از میان اعضای جامعه تعداد ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل توانمندی در فهم زبان فارسی، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش و تکمیل فرم ضوابط اخلاقی پژوهش توسط والدین، رده سنی ۵ تا ۷ سال، عدم وجود اختلال‌های بارز در حواس پنجگانه، نداشتن تجربه عوارض حاد یک اختلال روانشناختی یا طبی و عدم تشخیص اختلال‌های روانشناختی نظیر اختلال‌های خلقی و معیارهای خروج از پژوهش شامل بستری شدن کودکان طی زمان پژوهش، ابتلاء به یک بیماری روانشناختی در طی زمان پژوهش، انصراف از ادامه همکاری و غیبت بیشتر از دو جلسه بودند.

روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از هماهنگی با مسئولان مراکز و کلینیک‌های مشاوره و خدمات روانشناختی شهر تهران از آنان خواسته شد تا کودکان ۵ تا ۷ ساله که دارای مشکلات حاد روانشناختی نبودند را جهت پژوهش به پژوهشگران معرفی نمایند. فرآیند انتخاب نمونه‌ها تا زمانی که تعداد ۴۵ کودک ۵ تا ۷ ساله انتخاب شد، ادامه یافت و این تعداد به صورت تصادفی ساده با کمک قرعه‌کشی در سه گروه مساوی شامل گروه‌های بازی درمانی، آموزش حل مساله و کنترل جایگزین شدند. در جلسه‌ای برای گروه‌ها ضرورت پژوهش تبیین و سپس فرم رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش به امضای والدین رسید. گروه آزمایش اول، ۱۰ جلسه با روش بازی درمانی و گروه آزمایش دوم، ۱۰ جلسه با روش آموزش حل مساله آموزش دید و گروه کنترل در این مدت آموزشی دریافت نکرد. هر سه گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه از نظر مسئولیت‌پذیری، تحمل‌پریشانی و سازگاری

مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از اتمام مداخله در گروه‌های آزمایش و مشخص شدن اثربخشی هر دو روش، برای گروه کنترل نیز یک دوره کوتاه بازی درمانی و آموزش حل مساله نیز برگزار شد.

در این مطالعه، داده‌ها با سیاهه مسئولیت‌پذیری کالیفرنیا، مقیاس تحمل‌پریشانی و مقیاس سازگاری گردآوری شدند. سیاهه مسئولیت‌پذیری کالیفرنیا: این سیاهه توسط Gough (1951) با ۴۲ گویه طراحی شد. برای پاسخگویی به هر گویه از طیف لیکرت ۲ درجه‌ای استفاده شد؛ به طوری که به گزینه خیر نمره صفر و به گزینه بله نمره یک تعلق گرفت. نمره سیاهه مسئولیت‌پذیری با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه می‌شود که دامنه نمرات آن بین ۰ تا ۴۲ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده مسئولیت‌پذیری بیشتر می‌باشد. Gough (1951) رویی سازه ابزار را با روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و تایید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کرد. در ایران، Torkizadeh, Hajializadeh and Samavi (2019) پایایی سیاهه مسئولیت‌پذیری را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر مقدار پایایی سیاهه مسئولیت‌پذیری کالیفرنیا با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد.

مقیاس تحمل‌پریشانی: این مقیاس توسط Simons and Gaher (2005) با ۱۵ گویه طراحی شد. برای پاسخگویی به هر گویه از طیف لیکرت ۵ درجه‌ای استفاده شد؛ به طوری که به گزینه کاملاً مخالف نمره یک، اندکی مخالف نمره دو، نه مخالف و نه موافق نمره سه، اندکی موافق نمره چهار و کاملاً موافق نمره پنج تعلق گرفت. نمره مقیاس تحمل‌پریشانی با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه می‌شود که دامنه نمرات آن بین ۱۵ تا ۷۵ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده تحمل‌پریشانی بیشتر می‌باشد. Simons and Gaher (2005) رویی سازه ابزار را با روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و تایید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش کردند. در ایران، Veisi, Shirpoor, Imani and Shirpoor (2023) پایایی مقیاس تحمل‌پریشانی را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر مقدار پایایی مقیاس تحمل‌پریشانی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

مقیاس سازگاری: این مقیاس توسط Matson, Rotatori and Helsel (1983) با ۵۶ گویه طراحی شد. برای پاسخگویی به هر گویه از طیف لیکرت ۵ درجه‌ای استفاده شد؛ به طوری که به گزینه هرگز نمره یک، به ندرت نمره دو، گاهی اوقات نمره سه، بیشتر اوقات نمره چهار و همیشه نمره پنج تعلق گرفت. نمره مقیاس سازگاری با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه می‌شود که دامنه نمرات آن بین ۵۶ تا ۲۸۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده سازگاری بیشتر می‌باشد. Matson et al (1983) رویی سازه ابزار را با روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و تایید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کردند. در ایران، Sadeghy, Akbari Chermahini, Bahrami and Seyed Mousavi (2022) پایایی مقیاس سازگاری را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر مقدار پایایی مقیاس سازگاری با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد.

در پژوهش حاضر گروه آزمایش اول، ۱۰ جلسه با روش بازی درمانی و گروه آزمایش دوم، ۱۰ جلسه با روش آموزش حل مساله آموزش دید که محتوی پروتکل بازی درمانی در جدول ۱ و محتوی پروتکل آموزش حل مساله در جدول ۲ گزارش شد.

جدول ۱. محتوی پروتکل بازی درمانی

جلسه	محتوی
جلسه اول	کودکان به یکدیگر معرفی شدند، در این جلسه برای ایجاد رابطه دوستانه و احساس امنیت بازی‌های پیشنهادی کودکان اجرا شد
جلسه دوم	استفاده از لوگوهای اسباب‌بازی برای ایجاد حس همکاری در کودکان و از بین بردن رفتارهای غیراجتماعی، کودکان به کمک درمانگر خانه بزرگ با لوگوها درست کردند و هر یک از کودکان در مورد رنگ و طرح خانه پیشنهادهایی دادند
جلسه سوم	کودکان با استفاده از خمیر بازی تشویق به درست کردن اشکال مورد علاقه خود شدند و در انتها در مورد اشکال ساخته شده توضیح داده و مورد تشویق سایر کودکان گرفتند
جلسه چهارم	بازی موزیکال روی کودکان اجرا شد (چرخیدن با موزیک به دور صندلی و نشستن به روی صندلی به محض قطع صدای موزیک)
جلسه پنجم	با استفاده از کاردستی (کاغذ رنگی، قیچی، مقوا و چسب) بین کودکان مسابقه‌ای اجرا شد و پس از اجرای مسابقه از کودکان در مورد بهترین کاردستی نظرخواهی و در پایان همه کاردستی‌ها تشویق شدند
جلسه ششم	با استفاده از عروسک‌های خیمه شب بازی رفتار پسندیده اجتماعی به کودکان آموزش داده شد
جلسه هفتم	بازی گروهی ساختمان‌سازی با الگو و با تصویرسازی ذهنی، اجرای حرکات پانتومیم برای همکاری بیشتر و گسترش تعاملات مثبت بین کودکان نیز اجرا شد
جلسه هشتم	با استفاده از بازی ایفای نقش (همانند تئاتر) کودکان رفتارهای اجتماعی مطلوب را یاد گرفتند. همچنین، کودکان نقش‌های مورد علاقه خود را ایفا کردند و آرزوها و ایده‌های خود را در قالب نقش‌های برعهده گرفته ابراز نمودند
جلسه نهم	افزایش مهارت خودآگاهی شامل بررسی و تقویت توانایی‌ها و نقاط قوت هر کودک در مقایسه با گذشته خود و با هدف تقویت احساس ارزشمندی او
جلسه دهم	مروری بر بازی‌های جلسات قبل و نیز به تمام کودکان هدیه‌هایی اهدا شد

جدول ۲. محتوی پروتکل آموزش حل مساله

جلسه	هدف	محتوی	تمرین
جلسه اول	آشنایی با دوره	تشریح اهداف کارگاه و بررسی اهمیت آن به زبانی قابل درک برای کودکان	ارائه داستان جهت درک لزوم یادگیری مهارت حل مساله
جلسه دوم	آشنایی با مفاهیم کلی احساسات	پرورش حساسیت نسبت به احساسات خود و دیگران از طریق مرور واژگان خوشحال، غمگین، عصبانی، راضی، سرخورده، خجالت زده، حسود و ترسیده	ارائه مثال‌هایی از شخصیت‌های کارتونی و داستان‌های کوتاه برای درک احساسات اصلی
جلسه سوم	شناخت احساسات و درک افراد	بررسی این که چگونه و چرا دو نفر ممکن است تصویرهای ذهنی و احساسات متفاوتی داشته باشند. حساسیت نسبت به احساسات، نیازها و انتخاب‌های دیگران	ارائه داستان‌هایی از کودکان و حیوانات و پخش کلیپ‌های انیمیشنی
جلسه چهارم	گوش دادن فعال	اهمیت گوش دادن به دیگران، فهمیدن تمام پیام و کسب اطلاعات مستقیم از منبع اصلی	تمرین گوش دادن به وسیله بازی و ایفای نقش و تشویق بهترین عملکردها
جلسه پنجم	درک انگیزه‌ها	دلایل متعدد بروز یک رفتار در انسان‌ها با هدف متمایز کردن رفتارهای خصمانه یا عمدی از رفتارهای تصادفی یا غیرعمدی	استفاده از بارش مغزی خود کودکان برای تبیین بهتر مسائل
جلسه ششم	شناخت راه حل‌ها	لزوم جمع‌آوری اطلاعات، پرهیز از فرض‌های اشتباه آشنایی با مفهوم فکری «بیش از دو راه وجود دارد» از طریق تمرکز روی شیوه‌های مختلف مشاهده، گوش دادن، دین و پرسیدن و چگونگی پیدا کردن راه حل‌های جایگزین	تمرین بازی‌هایی که کودک را در شرایط انتخاب قرار دهد
جلسه هفتم	درک مفهوم نتایج و عواقب	شرح پیامدها، یعنی کمک به کودکان در درک روابط علت و معلولی، شناخت جفت‌های راه حل - پیامد و ارتباط دادن یک راه حل با پیامد احتمالی	به کار بردن عروسک برای اجرای نمایشی که مفاهیم در آن به اجرا در می‌آید
جلسه هشتم	هماهنگ‌سازی	زمان مناسب برای عکس‌العمل صحیح نسبت به موقعیت‌ها، مکث و تفکر قبل از اعمال واکنش به حرف‌ها و رفتارهای دیگران، آموزش کنترل خشم به زبان ساده، پیش‌بینی موانع و شناخت محدودیت‌ها	ارائه داستان‌های نیمه‌تمام تا کودکان به نوبت ادامه‌اش را بر اساس آنچه آموختند، بگویند
جلسه نهم	ترکیب مهارت‌های حل مساله	کمک به کودکان در به کار بردن توانش‌های حل مساله در زندگی شخصی خود و مرور مهارت‌های فراگرفته‌شده تا اکنون	ایفای نقش و کاربرد مهارت‌ها (به‌ویژه کنترل خشم و بالابردن تحمل) از طریق موقعیت ساختنی
جلسه دهم	مرور مطالب فراگرفته شده و ارزیابی	گفت‌وگو به شیوه حل مساله، مرور نهایی، جمع‌بندی، توجه به بازخوردها و ارزیابی مهارت‌های آموخته شده	اجرای نمایش و ارزیابی از طریق ایفای نقش

داده‌های پژوهش حاضر با روش‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌های پژوهش

ریزشی در نمونه‌های هیچ یک از سه گروه رخ نداد و تحلیل‌ها برای سه گروه ۱۵ نفری انجام شد. نتایج میانگین و انحراف معیار مسئولیت‌پذیری، تحمل پریشانی و سازگاری کودکان ۵ تا ۷ سال در جدول ۳ گزارش شد.

جدول ۳. نتایج میانگین و انحراف معیار ویژگی‌های شخصیتی تاریک و سازش‌یافتگی روانشناختی گروه‌ها در مراحل ارزیابی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مسئولیت‌پذیری	بازی درمانی	۱۶/۲۷	۲/۱۳	۲۳/۶۸	۲/۵۵
	آموزش حل مساله	۱۷/۳۵	۲/۴۷	۲۳/۵۹	۲/۶۷
	کنترل	۱۶/۸۶	۲/۵۶	۱۶/۷۹	۲/۵۴
تحمل پریشانی	بازی درمانی	۳۶/۹۲	۴/۶۱	۴۴/۶۹	۴/۹۷
	آموزش حل مساله	۳۸/۱۱	۴/۲۰	۴۶/۵۵	۴/۸۶
	کنترل	۳۷/۶۳	۴/۳۸	۳۶/۶۰	۴/۲۹
سازگاری	بازی درمانی	۱۲۵/۳۱	۱۴/۲۳	۱۴۸/۱۹	۱۶/۳۲
	آموزش حل مساله	۱۲۷/۶۸	۱۴/۷۹	۱۵۱/۳۰	۱۶/۵۷
	کنترل	۱۳۲/۸۱	۱۵/۶۸	۱۳۱/۶۶	۱۵/۷۳

قبل از تحلیل داده‌ها، پیش‌فرض‌های روش تحلیل بررسی که بر اساس نتایج آزمون شاپیرو-ویلک فرض نرمال بودن متغیرهای مسئولیت‌پذیری، تحمل پریشانی و سازگاری گروه‌ها در مراحل ارزیابی رد نشد ($P > 0/05$). همچنین، بر اساس نتایج آزمون لون فرض همگنی واریانس‌های متغیرهای مذکور رد نشد ($P > 0/05$). علاوه بر آن، بر اساس نتایج آزمون ام‌باکس فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس رد شد ($P > 0/05$). بنابراین، در تحلیل‌ها باید از شاخص گرینه‌هاوس-گیسر استفاده شود. نتایج آزمون لامبدای ویلکز از مجموعه آزمون‌های چندمتغیری نشان داد که بین گروه‌ها از نظر هر سه متغیر مسئولیت‌پذیری، تحمل پریشانی و سازگاری کودکان ۵ تا ۷ سال تفاوت معناداری وجود داشت ($F = 55/83, P < 0/001$). نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه اثربخشی بازی درمانی و آموزش حل مساله بر مسئولیت‌پذیری، تحمل پریشانی و سازگاری کودکان ۵ تا ۷ سال در جدول ۴ گزارش شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه اثربخشی بازی درمانی و آموزش حل مساله بر مسئولیت‌پذیری، تحمل پریشانی و سازگاری کودکان ۵ تا ۷ سال

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین تغییرات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
مسئولیت‌پذیری	آزمون	۸۶/۶۹	۲/۱۷	۳۹/۹۴	۱۸/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱/۰۰
	عضویت گروهی	۱۲۶/۳۸	۲	۶۳/۱۹	۱۲/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
تحمل پریشانی	آزمون * عضویت گروهی	۵۳/۳۵	۲/۱۷	۲۶/۶۷	۱۲/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱/۰۰
	آزمون	۱۸۳/۶۹	۳/۳۵	۵۴/۸۳	۲۵/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱/۰۰
سازگاری	عضویت گروهی	۲۵۷/۹۱	۲	۱۲۸/۵	۱۴/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱/۰۰
	آزمون * عضویت گروهی	۱۱۲/۴۰	۳/۳۵	۳۳/۵۵	۱۵/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱/۰۰
	آزمون	۳۲۵/۴۸	۴/۶۸	۶۹/۵۴	۳۵/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱/۰۰
	عضویت گروهی	۴۶۱/۸۰	۲	۲۳۰/۹۰	۱۱/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱/۰۰
	آزمون * عضویت گروهی	۱۶۷/۵۱	۴/۶۸	۳۵/۷۹	۱۸/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱/۰۰

طبق نتایج جدول فوق، هم بین گروه‌های بازی درمانی، آموزش حل مساله و کنترل از نظر هر سه متغیر مسئولیت‌پذیری، تحمل پریشانی و سازگاری کودکان ۵ تا ۷ سال و هم بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از نظر هر سه متغیر مذکور تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0/001$). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه اثربخشی بازی درمانی، آموزش حل مساله و کنترل بر مسئولیت‌پذیری، تحمل پریشانی و سازگاری کودکان ۵ تا ۷ سال بر اساس مراحل ارزیابی در جدول ۵ گزارش شد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه اثربخشی بازی درمانی، آموزش حل مساله و کنترل بر مسئولیت‌پذیری، تحمل پریشانی و سازگاری کودکان ۵ تا ۷ سال بر اساس مراحل ارزیابی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون - پس‌آزمون		پیش‌آزمون - پیگیری	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
مسئولیت‌پذیری	بازی درمانی	۷/۲۸	۰/۰۰۱	۷/۱۷	۰/۰۰۱
	آموزش حل مساله	۶/۹۸	۰/۰۰۱	۶/۶۹	۰/۰۰۱
تحمل پریشانی	کنترل	۰/۰۷	۰/۹۵	۰/۰۹	۰/۸۹
	بازی درمانی	۸/۲۴	۰/۰۰۱	۸/۷۳	۰/۰۰۱
سازگاری	آموزش حل مساله	۷/۹۳	۰/۰۰۱	۷/۸۵	۰/۰۰۱
	کنترل	۰/۹۳	۰/۶۸	۰/۸۷	۰/۷۳
	بازی درمانی	۲۳/۱۱	۰/۰۰۱	۲۲/۷۶	۰/۰۰۱
	آموزش حل مساله	۲۴/۱۰	۰/۰۰۱	۲۲/۸۶	۰/۰۰۱
	کنترل	۰/۸۳	۰/۹۹	۰/۸۹	۰/۴۹

طبق نتایج جدول فوق، گروه‌های بازی درمانی و آموزش حل مساله در مقایسه با گروه کنترل از نظر متغیرهای مسئولیت‌پذیری، تحمل پریشانی و سازگاری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری داشتند ($P < 0/001$), اما بین آنها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0/05$). به عبارت دیگر، نتایج هم حاکی از اثربخشی روش‌های مداخله در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون و هم حاکی از تداوم

اثربخشی روش‌های مداخله در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون بود. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه اثربخشی بازی درمانی، آموزش حل مساله و کنترل بر مسئولیت‌پذیری، تحمل پریشانی و سازگاری کودکان ۵ تا ۷ سال بر اساس عضویت گروهی در جدول ۶ گزارش شد.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه اثربخشی بازی درمانی، آموزش حل مساله و کنترل بر مسئولیت‌پذیری، تحمل پریشانی و سازگاری کودکان ۵ تا ۷ سال بر اساس عضویت گروهی

متغیر	گروه‌ها	پس‌آزمون		پیگیری	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
مسئولیت‌پذیری	بازی درمانی - آموزش حل مساله	۰/۰۷	۰/۹۲	۰/۰۱	۰/۹۹
	بازی درمانی - کنترل	۶/۳۵	۰/۰۰۱	۶/۳۳	۰/۰۰۱
	آموزش حل مساله - کنترل	۶/۲۸	۰/۰۰۱	۶/۳۲	۰/۰۰۶
تحمل پریشانی	بازی درمانی - آموزش حل مساله	-۱/۵۹	۰/۳۳	-۱/۸۹	۰/۲۷
	بازی درمانی - کنترل	۸/۲۷	۰/۰۰۱	۸/۳۵	۰/۰۰۲
	آموزش حل مساله - کنترل	۹/۸۶	۰/۰۰۱	۱۰/۲۴	۰/۰۰۱
سازگاری	بازی درمانی - آموزش حل مساله	-۱/۸۲	۰/۲۵	-۰/۶۱	۰/۵۶
	بازی درمانی - کنترل	۱۹/۳۴	۰/۰۰۱	۱۸/۷۶	۰/۰۰۱
	آموزش حل مساله - کنترل	۲۱/۱۶	۰/۰۰۱	۱۹/۳۷	۰/۰۰۱

طبق نتایج جدول فوق، گروه‌های بازی درمانی و آموزش حل مساله در مقایسه با گروه کنترل از نظر هر سه متغیر مسئولیت‌پذیری، تحمل پریشانی و سازگاری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($P < ۰/۰۰۱$)، اما بین گروه‌های آزمایش از نظر مولفه‌های مذکور در هیچ یک از مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > ۰/۰۵$). به عبارت دیگر، نتایج حاکی از اثربخشی روش‌های مداخله نسبت به گروه کنترل و هم حاکی از عدم تفاوت در اثربخشی روش‌های مداخله نسبت به یکدیگر بود.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت مداخله جهت بهبود ویژگی‌های روانشناختی کودکان، هدف این مطالعه مقایسه اثربخشی بازی درمانی و آموزش حل مساله بر مسئولیت‌پذیری، تحمل پریشانی و سازگاری کودکان ۵ تا ۷ سال بود.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بازی درمانی در مقایسه با گروه کنترل باعث بهبود مسئولیت‌پذیری، تحمل پریشانی و سازگاری کودکان ۵ تا ۷ سال در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شد. پژوهش‌هایی در این زمینه انجام شده است. برای مثال نتایج پژوهش Jalaei et al (2020) نشان داد که بازی مبتنی بر هوش اخلاقی باعث افزایش وجدان، خویشتن‌داری و مسئولیت‌پذیری اجتماعی کودکان دبستانی شد. در پژوهشی دیگر Heydarian et al (2021) گزارش کردند که بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی- رفتاری باعث کاهش مشکلات رفتاری و افزایش مسئولیت‌پذیری و عزت‌نفس دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی شد. نتایج پژوهش Taylor and Ray (2021) حاکی از نقش موثر بازی درمانی کودک‌محور بر بهبود شایستگی‌های اجتماعی- عاطفی و مسئولیت‌پذیری کودکان بود. همچنین، Soltanifar et al (2010) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بازی درمانی تحولی مبتنی بر دلبستگی باعث کاهش تنش و پریشانی والدین کودکان ۳ تا ۹ سال شد. علاوه بر آن، Barimani et al (2018) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بازی درمانی باعث بهبود سازگاری اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی کودکان ناشنوا شد. در پژوهشی دیگر Lavasani, Keramati and Kadivar (2018) گزارش کردند که بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری باعث افزایش سازگاری اجتماعی و تحصیلی دانش‌آموزان ابتدایی با اختلال خواندن شد. در تفسیر این یافته‌ها می‌توان استنباط کرد که بازی درمانی یک روش صحیح و مناسب برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی کودکان است و کودکان در قالب بازی‌ها بهتر می‌توانند احساس‌های درونی خود را ابراز و ارتباط‌های بیرونی خود را توسعه دهند. همچنین، بازی درمانی در ایجاد و افزایش توانمندی‌هایی مثل تصمیم‌گیری، ایجاد انگیزه در خود، پذیرش مسئولیت، ارتباط مثبت با دیگران، ایجاد و ارتقای عزت‌نفس، حل مشکل، خودنظم‌دهی و شایستگی کودکان موثر است. بازی در کنترل احساس‌های کودک از طریق ایفای نقش تاثیر زیادی دارد و کودک خود را در نقشی که برای او استرس‌آور است، قرار می‌دهد و از این طریق به بیان خواسته‌های خود می‌پردازد که این عامل نقش مهمی در افزایش هوش هیجانی و مدیریت احساس‌ها و عواطف دارد. افزون بر آن، کودک به کمک بازی مهارت‌های ارتباط موثر با همسالان و راه‌های مناسب برون‌ریزی پرخاشگری را یاد می‌گیرد و سطح

خودپنداره خود را بالا می‌برد، ارتباط بهتری با همسالان برقرار می‌سازد و توانایی بیشتری در برخورد با مشکلات بین‌فردی کسب می‌کند. در نتیجه، می‌توان انتظار داشت که بازی درمانی بتواند نقش موثری در بهبود و ارتقای مسئولیت‌پذیری، تحمل‌پریشانی و سازگاری کودکان ۵ تا ۷ سال داشته باشد. یافته‌های دیگر مطالعه حاضر نشان داد که آموزش حل مساله در مقایسه با گروه کنترل باعث بهبود مسئولیت‌پذیری، تحمل‌پریشانی و سازگاری کودکان ۵ تا ۷ سال در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شد. پژوهش‌هایی در این زمینه انجام شده است. برای مثال نتایج پژوهش Irvani et al (2022) نشان داد که آموزش حل مساله باعث افزایش کیفیت‌زندگی و مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان دختر شد. در پژوهشی دیگر Gharibi (2018) گزارش کرد که آموزش مهارت حل مساله باعث افزایش مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان پسر سال سوم متوسطه دوره اول شد. همچنین، Montazer et al (2019) پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش حل مساله باعث افزایش تحمل‌پریشانی دانشجویان شد.

علاوه بر آن، Danesh et al (2014) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش گروهی مهارت حل مساله باعث افزایش سازگاری دختران نوجوان ناسازگار شد. در تفسیر این یافته‌ها می‌توان استنباط کرد که رفتار افراد از تفکرهای آنان نشأت می‌گیرد و برای داشتن رفتارهای هدفمند و مسئولانه باید طرز تفکر مثبت و منطقی نسبت به خود و دیگران داشت. بنابراین، در آموزش حل مساله شخص افکار منفی را حذف و افکار مثبت را جایگزین آن می‌کند و با آموزش ایجاد تفکر مثبت به دنیا و افراد در فرد رفتار مسئولانه ایجاد می‌شود. چون که آموزش حل مساله مجموعه‌ای از مراحل است که شرایطی را برای فرد فراهم می‌کند تا در موقعیت‌های اجتماعی با پاسخ‌های سازگارانه نسبت به همسالان عمل کند. مواردی که برای ارائه راه حل لازم است عبارتند از توصیف دقیق مساله، توصیف عوامل محدودکننده یا منفی درگیر در مساله، توصیف عوالم سازنده یا مثبت در مساله، توصیف دقیق از دامنه مشکل، مدت زمان ایجاد مشکل، چگونه مساله افراد دیگر را تحت تاثیر قرار می‌دهد، توصیف دقیق پیامدهای مساله در صورت عدم حل آن و ارائه فهرستی از راه‌حل‌های مطرح‌شده برای مساله، سیستم درجه‌بندی هر راه حل و تصمیم‌گیری درباره عمل به بهترین راه حل و ارزیابی آن. همچنین، آموزش حل مساله باعث می‌شود که قوه ابتکار، استدلال، تفکر و توانایی دانش‌آموزان گسترش یابد و آنها بتوانند از آموخته‌های خود برای حل مشکل استفاده کنند و تجربه‌های بسیاری از حل مشکل‌های زندگی روزمره و مسائل تحصیلی کسب نمایند. در آموزش حل مساله با ارائه منظم مهارت‌های شناختی و رفتاری به فرد کمک می‌شود تا بهترین راه حل را شناسایی و در زندگی و در برابر مساله به کار ببرد و موفق شود. در نتیجه، منطقی است که آموزش حل مساله بتواند باعث بهبود و ارتقای مسئولیت‌پذیری، تحمل‌پریشانی و سازگاری کودکان ۵ تا ۷ سال شود.

یافته‌های دیگر مطالعه حاضر نشان داد که بین دو روش بازی درمانی و آموزش حل مساله در بهبود مسئولیت‌پذیری، تحمل‌پریشانی و سازگاری کودکان ۵ تا ۷ سال در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت. با اینکه پژوهشی در این زمینه یافت نشد، اما در تفسیر این یافته‌ها می‌توان استنباط کرد که هر دو روش بازی درمانی و آموزش حل مساله دارای یک سری راهکارهای کارآمد و کاربردی هستند که سبب می‌شوند هر دو روش مداخله باعث بهبود ویژگی‌های روانشناختی در کودکان شوند. برای مثال در بازی درمانی از راهکارهایی مانند ایجاد رابطه دوستانه، ایجاد احساس امنیت، افزایش همکاری برای از بین بردن رفتارهای غیراجتماعی، درست کردن اشکال مورد علاقه با استفاده از خمیر بازی و تشویق آنها، استفاده از بازی‌های جذاب موزیکال، استفاده از کاردستی و تشویق آنها، آموزش رفتارهای پسندیده اجتماعی با استفاده از عروسک‌های خیمه شب بازی، بازی‌های گروهی ساختمان‌سازی، اجرای حرکات پانتومیم برای گسترش تعامل‌های مثبت، ایفای نقش جهت یادگیری رفتارهای اجتماعی مطلوب، افزایش مهارت خودآگاهی و شناخت نقاط قوت و ضعف خود استفاده می‌شود. همچنین، در آموزش حل مساله از راهکارهایی مانند ایجاد رابطه دوستانه، آشنایی با احساس‌ها و ادراک‌های خود و پرورش حساسیت نسبت به آنها، شناخت احساس‌ها و ادراک‌های دیگران و پرورش حساسیت نسبت به آنها، آموزش مهارت گوش‌دادن فعال، درک انگیزه‌های رفتارهای دیگران و تفاوت قائل شدن بین رفتارهای عمدی و غیرعمدی یا تصادفی، شناخت راه‌حل‌های مختلف برای مساله‌ها از طریق مشاهده، گوش‌دادن، دیدن و پرسیدن، درک عواقب و پیامدهای راه‌حل‌ها، هماهنگ‌سازی برای تشخیص زمان مناسب برای عمل نسبت به موقعیت، آموزش کنترل خشم، شناخت نقاط قوت و ضعف خود در حل مساله و ترکیب مهارت‌های حل مساله برای حل مناسب و مطلوب مساله‌ها استفاده می‌گردد. با توجه به مطالب مطرح‌شده درباره راهکارهای کارآمد و کاربردی هر دو روش بازی درمانی و آموزش حل مساله، می‌توان انتظار داشت که بین روش‌های مذکور در بهبود و ارتقای مسئولیت‌پذیری، تحمل‌پریشانی و سازگاری کودکان ۵ تا ۷ سال تفاوت معناداری وجود نداشته باشد.

مهم‌ترین محدودیت‌های این مطالعه شامل استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس، حجم نمونه نسبتاً اندک در هر گروه، محدودشدن جامعه پژوهش به کودکان ۵ تا ۷ سال شهر تهران و استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی جهت گردآوری داده‌ها بود. بنابراین، در صورت امکان استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی برای کاهش خطای نمونه‌گیری و دستیابی به نتایج دقیق‌تر، افزایش حجم نمونه در هر یک از گروه‌ها، تکرار پژوهش حاضر بر روی کودکان به تفکیک جنسیت و استفاده از مشاهده یا مصاحبه ساختاریافته جهت گردآوری داده‌ها پیشنهاد می‌شود. نتایج این مطالعه حاکی از اثربخشی هر دو روش بازی درمانی و آموزش حل مساله بر بهبود مسئولیت‌پذیری، تحمل‌پریشانی و سازگاری کودکان ۵ تا ۷ سال بود. بنابراین، درمانگران، روانشناسان و

مشاوران می‌توانند در کنار سایر روش‌های درمانی از هر دو روش بازی درمانی و آموزش حل مساله برای مداخله‌های خود استفاده کنند. پیشنهاد کاربردی دیگر برگزاری کارگاه‌های آموزشی بازی درمانی و آموزش حل مساله برای والدین کودکان و حتی مربیان مراکز پیش‌دبستانی و آموزگاران می‌باشد. همچنین، پیشنهاد می‌شود که در مراکز پیش‌دبستانی و دبستان‌ها یک اتاق بازی در نظر گرفته شود و از بازی درمانگران خبره برای مدیریت و هدایت آنها استفاده گردد.

موازین اخلاقی

برای رعایت موازین اخلاقی در پژوهش حاضر فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش به امضای والدین کودکان رسید و پژوهشگر متعهد به رعایت نکات اخلاقی شد.

مشارکت نویسندگان

در این مطالعه دانشجو مسئول اجرای مداخله، گردآوری داده‌ها و تحلیل داده‌ها و اساتید مسئول نظارت بر تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله بودند.

تعارض منافع

هیچ تعارض منافی وجود نداشت.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از همه کودکان و والدین آنها و از مسئولان مراکز و کلینیک‌های مشاوره و خدمات روانشناختی شهر تهران به دلیل شرکت یا همکاری تقدیر و تشکر نمایند.



Reference

- Alavi MH, Shiri T, Iqbal N, et al. (2021). Cost-effectiveness of a culturally adapted manual-assisted brief psychological intervention for self-harm in Pakistan: A secondary analysis of the culturally adapted manual-assisted problem-solving training randomized controlled trial. *Value in Health Regional Issues*, 25: 150-156.
- Apetroaia A, Hill C, Creswell C. (2015). Parental responsibility beliefs: associations with parental anxiety and behaviours in the context of childhood anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 188: 127-133.
- Ayan G, Sahin OO. (2023). Effect of therapeutic play based training program on pre- and post-operative anxiety and fear: A study on circumcision surgery in Turkish Muslim children. *Journal of Pediatric Urology*, 19(4): 431-439.
- Barimani S, Asadi J, Khajevand A. (2018). The effectiveness of play therapy on deaf children's social adaptation and communication skills. *Archives of Rehabilitation*, 19(3): 250-261. (In Persian)
- Carman N, Tomalty D, Church PC, et al. (2019). Clinical disease activity and endoscopic severity correlate poorly in children newly diagnosed with Crohn's disease. *Gastrointestinal Endoscopy*, 89(2): 364-372.
- Carpenter JK, Sanford J, Hofmann SG. (2019). The effect of a brief mindfulness training on distress tolerance and stress reactivity. *Behavior Therapy*, 50(3): 630-645.
- Chen A, Wang C, Zhang X. (2023). Reflection on the equitable attribution of responsibility for artificial intelligence-assisted diagnosis and treatment decisions. *Intelligent Medicine*, 3(2): 139-143.
- Cheng WY, Cheung RYM, Chung KKH. (2021). Understanding adolescents' perceived social responsibility: The role of family cohesion, interdependent self-construal, and social trust. *Journal of Adolescence*, 89: 55-62.
- Danesh E, Saliminia N, Falahati H, et al. (2014). Effectiveness of group problem solving skill training on adaptive behavior of maladaptive teenage girls. *Journal of Applied Psychology*, 8(2): 23-40. (In Persian)
- Doan SN, Son H, Kim LN. (2018). Maternal and paternal emotional contributions to children's distress tolerance: Relations to child depressive symptoms. *Psychiatry Research*, 267: 215-220.
- Elliott TR, Berry JW, Grant JS. (2009). Problem-solving training for family caregivers of women with disabilities: A randomized clinical trial. *Behavioral Research and Therapy*, 47(7): 548-558.
- Flujas-Contreras JM, Recio-Berlanga A, Andres MP, et al. (2023). The relationship between parental stress and psychological adjustment of the children: The role of parental psychological flexibility as a mediator. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 29: 202-208.
- Gharibi H. (2018). The effect of problem solving training on student's responsibility in the third grade of the first period of male secondary schools. *Curriculum Researches*, 7(2): 67-87. (In Persian)
- Gough HG. (1951). *The California psychological inventory*. Berkeley, California: The University of California Press.
- Heydarian M, Mirzaii M, Shah-Oveysi S, Akbari M. (2021). Effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on behavioral problems, responsibility and self-esteem of male students with attention deficit hyperactivity disorder. *Early Childhood Health And Education*, 2(3): 124-143. (In Persian)
- Irvani Kh, Irvani L, Moghimi Firozabad M. (2022). The effectiveness of problem-solving training on the quality of life and responsibility of female students. *Iranian Journal of Educational Society*, 7(2): 446-453. (In Persian)
- Jalaei M, CheraghMollaei L, Khodabakhsh Pirkalani R. (2020). The effect of play based on moral intelligence on conscience, self-control and social responsibility of elementary school children. *Educational Psychology*, 15(54): 59-89. (In Persian)
- Juengst SB, Silva V, Goldin Y, et al. (2019). Care partner problem solving training (CP-PST) for care partners of adults with traumatic brain injury during inpatient rehabilitation: Study protocol for a multisite, randomized, single-blind clinical feasibility trial. *Contemporary Clinical Trials*, 80: 9-15.
- Karim AA, Tanaka K, Nagata C, et al. (2022). Association between parental occupations, educational levels, and household income and children's psychological adjustment in Japan. *Public Health*, 213: 71-77.
- Kaya F, Buzlu S. (2016). Effects of aggression replacement training on problem solving, anger and aggressive behaviour among adolescents with criminal attempts in Turkey: A quasi-experimental study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6): 729-735.
- La Banca RO, Butler DA, Volkening LK, Laffel LM. (2020). Play-based interventions delivered by child life specialists: Teachable moments for youth with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Health Care*, 34(4): 356-365.
- Lavasani M, Keramati H, Kadivar P. (2018). Effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on social adjustment and educational adaptability of students with reading disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 7(3): 161-167. (In Persian)
- Lee Y, Kim K, Douglass A, Zeng S. (2023). Pathways from marital relationships to children's social-emotional development in Korea: The role of parenting and social support. *Early Childhood Research Quarterly*, 65: 342-351.
- Li YH, Wang GF, Yuan MY, et al. (2022). Psychological adjustment mediating the relationship between childhood maltreatment and borderline personality features among Chinese early adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 314: 249-252.
- Malek J, Pereira S, Robinson JO, et al. (2019). Responsibility, culpability, and parental views on genomic testing for seriously ill children. *Genetics in Medicine*, 21(12): 2791-2797.

- Matson JL, Rotatori AF, Helsel WJ. (1983). Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson evaluation of social skills with youngsters (MESSY), Behavior Research and Therapy, 21(4): 335-340.
- Meghan MG, Sharon U, Jill H, et al. (2020). Associations between diet quality and body composition in young children born with very low body weight. The Journal of Nutrition, 150(11): 2961-2968.
- Mohan S, Nayak R, Thomas RJ, Ravindran V. (2015). The effect of entonox, play therapy and a combination on pain relief in children: A randomized controlled trial. Pain Management Nursing, 16(6): 938-943.
- Montazer N, Dousti Y, Hasanzadeh R. (2019). The compare to effect of emotional competence and problem solving training on distress tolerance among students from Farhangian University. Biquarterly Journal of Cognitive Strategies in Learning, 7(13): 149-172. (In Persian)
- Reitzel LR, Smith NG, Obasi EM, et al. (2017). Perceived distress tolerance accounts for the covariance between discrimination experiences and anxiety symptoms among sexual minority adults. Journal of Anxiety Disorders, 48: 22-27.
- Rosemann A, Zhang X. (2022). Exploring the social, ethical, legal, and responsibility dimensions of artificial intelligence for health – a new column in intelligent medicine. Intelligent Medicine, 2(2): 103-109.
- Sadeghy M, Akbari Chermahini S, Bahrami A, Seyed Mousavi P. (2022). Effectiveness of attachment-based therapy on parental self-efficacy, emotion regulatoin and social adjustment in children with separation anxiety: A case report. Quarterly of Applied Psychology, 16(2): 107-132. (In Persian)
- Sarwar F, Panatik SA, Jameel HT. (2020). Does fear of terrorism influence psychological adjustment of academic sojourners in Pakistan? Role of state negative affect and emotional support. International Journal of Intercultural Relations, 75: 34-47.
- Simons JS, Gaher RM. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. Motivation and emotion, 29(2): 83-102.
- Soltanifar A, Jafarzadeh Fadaki SM, Modarres Gharavi M, et al. (2010). The efficacy of developmental attachment-based play therapy on developmental trauma disorder symptoms in children from 3 to 9 years old. Journal of Fundamentals of Mental Health, 12(2): 620-629. (In Persian)
- Stanley IH, Boffa JW, Smith LJ, et al. (2018). Occupational stress and suicidality among firefighters: Examining the buffering role of distress tolerance. Psychiatry Research, 266: 90-96.
- Taylor L, Ray DC. (2021). Child-centered play therapy and social-emotional competencies of African American children: A randomized controlled trial. International Journal of Play Therapy, 30(2): 74-85.
- Thomas S, White V, Ryan N, Byrne L. (2022). Effectiveness of play therapy in enhancing psychosocial outcomes in children with chronic illness: A systematic review. Journal of Pediatric Nursing, 63: 72-81.
- Torkizadeh M, Hajjalizadeh K, Samavi A. (2019). The effect of self-forgiveness workbook intervention on responsibility, and willingness to make reparations among students. Positive Psychology Research, 4(3): 57-70. (In Persian)
- Vega M, Braga MB, Herrera S, et al. (2021). Descubriendo Soluciones Juntos: Cultural adaptation of problem-solving training for Latinx care partners. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 102(10): 88-89.
- Veilleux JC, Hyde KC, Clift JB. (2022). When is your distress harder to tolerate? A qualitative analysis of situations in which distress tolerance is impaired and strengthened. Journal of Contextual Behavioral Science, 23: 85-91.
- Veisi S, Shirpoor E, Imani S, Shirpoor Y. (2023). The role discriminate aggression, difficulty in emotion regulation and distress tolerance male students on vandalism behaviors. Journal of Research in child and adolescent psychotherapy, 1(1): 65-76. (In Persian)
- Woodard CR, Chung J. (2018). Feasibility of a play-based intervention set for toddlers with autism. Research in Developmental Disabilities, 80: 24-34.
- Zengin M, Yayan EH, Duken ME. (2021). The effects of a therapeutic play/play therapy program on the fear and anxiety levels of hospitalized children after liver transplantation. Journal of PeriAnesthesia Nursing, 36(1): 81-85.