

بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر فعالیت گروهی مدرسه - محور بر مشکلات رفتاری دانش آموزان پسر دوره ابتدایی شهرکرد

ناصر باقری^{۱*}، منیجه شهینی بیلاق^۲، سیروس عالیپور^۳، یدالله زرگر^۳

^۱دانشجو، گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران؛ گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران؛ گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۲۲ تاریخ پذیرش: ۹۵/۳/۳۰

چکیده:

زمینه و هدف: درمانگران از بازی درمانی به عنوان یک مداخله موثر برای مشکلات رفتاری کودکان نام می برند. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر فعالیت گروهی مدرسه - محور بر مشکلات رفتاری دانش آموزان پسر سنین پیش از نوجوانی شهرکرد انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش در چارچوب یک طرح شبه آزمایشی میدانی با پیش آزمون، پس آزمون و گروه های گواه و دارونما انجام شد. با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای برای هر کدام از گروه های آزمایشی، دارونما و گواه ۱۵ نفر (در مجموع ۴۵ نفر) از میان جامعه آماری دانش آموزان پسر پایه های چهارم، پنجم و ششم دوره ابتدایی شهرکرد انتخاب شد. به منظور سنجش مشکلات رفتاری از فرم گزارش معلمان آخنباخ استفاده شد. گروه آزمایشی طی ۸ هفته، ۱۶ جلسه ۵۰ دقیقه ای بازی درمانی مبتنی بر فعالیت گروهی و گروه دارونما ۱۶ جلسه بازی رقابتی و آموزش دریافت کرد. برای گروه کنترل مداخله ای اجرا نشد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد بازی درمانی مبتنی بر فعالیت گروهی باعث کاهش مشکلات رفتاری درونی سازی شده ی دانش آموزان گروه آزمایشی شد، اما بر کاهش مشکلات رفتاری برونی سازی شده ی آنان اثر معنی داری نداشت.

نتیجه گیری: بر مبنای مطالعات موجود در پیشینه ی پژوهشی بازی درمانی و همچنین یافته های پژوهش حاضر پیشنهاد می شود، نظام آموزش و پرورش کشور اقدام به راه اندازی مراکز بازی درمانی به عنوان یکی از مناسب ترین رویکردهای مشاوره و روان درمانی برای کودکان در مدارس ابتدایی نماید.

واژه های کلیدی: بازی درمانی، مشکلات رفتاری، دانش آموزان، شهرکرد.

مقدمه:

بیش فعالی و نافرمانی معطوف به محیط پیرامون هستند. این مشکلات به هر دلیل که روی دهند اثر مهمی بر حوزه های مختلف زندگی کودکان از جمله حوزه ی عملکرد تحصیلی دارند. عملکرد تحصیلی کودکان با مشکلات رفتاری و عاطفی آنان ارتباط دارد. کودکانی که مشکلات روان شناختی دارند، از نظر تحصیلی ضعیف تر هستند (۱).

برخی از کودکان در جریان رشد، مشکلات رفتاری خاصی پیدا می کنند. بسیاری از این مشکلات در دو مقوله ی عمده می گنجد که عبارتند از مشکلات رفتاری درونی سازی شده و مشکلات رفتاری برونی سازی شده. مشکلات درونی سازی شده مانند گوشه گیری، افسردگی و اضطراب، بیشتر معطوف به درون کودک می باشند و مشکلات برونی سازی شده نظیر پرخاشگری،

بر این اساس، به کارگیری روش های مداخله ای مناسبی که ضمن برخورداری از پشتوانه ی پژوهشی، بتوانند به حل مشکلات رفتاری کودکان کمک کنند، می توانند از پیامدهای نامطلوب این اختلالات پیشگیری نمایند. بررسی مطالعات مربوط به روش های درمانی مشکلات رفتاری کودکان نشانگر این است که بازی درمانی، به ویژه با رویکرد کودک-محور، می تواند مداخله ای موثر در زمینه ی درمان مشکلات رفتاری کودکان باشد. زیرا ابزار زبان در کودکان، به دلیل عدم رشد توانمندی های شناختی و زبانی، با محدودیت های گسترده ای همراه است. تا آن جا که برخی معتقدند استفاده از ابزار کلام در برقراری ارتباط درمانی با کودکان ابزار مناسبی نبوده و باید به جای استفاده از مشاوری و روان درمانی کلامی، از ابزار بازی برای درمان مشکلات رفتاری کودکان استفاده کرد (۲). نتایج مطالعات مختلف حاکی از اثربخشی بازی درمانی در کاهش رفتارهای مشکل آفرین کودکان دارای ناتوانی های ذهنی، رشد هیجانی-اجتماعی کودکان اوتیسم، پیشرفت تحصیلی کودکانی که از نظر تحصیلی در معرض خطر بودند، بهبود پسرهای دارای اختلال نقص توجه و بیش فعالی، کاهش استرس رابطه ی والد-فرزندی و کاهش مشکلات رفتاری درونی سازی شده و برونی سازی شده است (۸-۱۳). همچنین فراتحلیل اخیر نشان می دهد که بازی درمانی کودک محور در مدارس ابتدایی بر مشکلات رفتاری درونی سازی شده و برونی سازی شده، خودکارآمدی و عملکرد تحصیلی موثر است (۹). استفاده از قدرت های درمان بخش بازی، به رغم تأکیدات پیشینان، به اوایل قرن بیستم باز می گردد. همزمان با رشد و توسعه ی مکاتب روان شناختی، انواع روش های بازی درمانی بر مبنای این مکاتب شکل گرفت و توسعه یافت. امروزه در سرتاسر جهان بازی درمانگران با رویکردهای نظری مختلفی به ارائه ی خدمات بازی درمانی به کودکان و بزرگسالان مشغولند که برخی از این رویکردها عبارتند از: روان تحلیل گری، شناختی- رفتاری، رهایشی، ارتباطی، اکوسیستمی و

انسان گرایی. یکی از مهم ترین این رویکردها، بازی درمانی کودک-محور یا بی رهنمود است که ریشه در نظریه ی انسان گرایانه ی راجرز دارد. امروزه این رویکرد، پژوهش های بسیاری را موجب شده است و آن چنان که پژوهش ها نشان می دهند روش های بازی درمانی انسان گرایانه و بی رهنمود اثرات درمانی بهتری، نسبت به سایر رویکردها دارند (۸). در حال حاضر، Landreth موسس مرکز بازی درمانی دانشگاه تگزاس شمالی در آمریکا پرچم دار بازی درمانی کودک محور بوده و با همکاری همکاران و شاگردان خود به امر آموزش، پژوهش و توسعه ی این رویکرد، مبادرت می کند.

در بازی درمانی کودک-محور بر خلاف رویکردهای مشکل-محور، کودک، محور جلسات بازی درمانی است نه مشکل؛ لذا این رویکرد ساختاری از پیش تعیین شده را به جلسات بازی درمانی تحمیل نمی کند. Packman و Bratton روشی را برای بازی درمانی گروهی با کودکان سنین پیش از نوجوانی (۱۰-۱۲ سال) طراحی کرده اند که بخش آغازین آن به صورت نیمه ساختار یافته ارائه می شود (۱۰). این روش، بازی درمانی مبتنی بر فعالیت گروهی (GAPT) نام دارد و با آن که روشی نیمه ساختار یافته است، اما در فرایند اجرای آن بازی درمانگر مقید است که از اصول کودک-محوری تبعیت نماید. Packman و Bratton پس از طراحی این روش، طی مطالعه ای اثربخشی آن را بر مشکلات رفتاری گروهی از کودکان سنین پیش از نوجوانی که دارای ناتوانی یادگیری بودند، بررسی کردند. نتایج این مطالعه نشان داد که بازی درمانی مبتنی بر فعالیت گروهی بر مشکلات رفتاری درونی سازی شده موثر بود، اما بر مشکلات برونی سازی شده اثر معنی داری نداشت (۱۰). سپس در مطالعه ی دیگری اثربخشی این روش بر مشکلات رفتاری کودکان یتیم سنین پیش از نوجوانی بررسی شد. یافته های این مطالعه نشان داد که بازی درمانی مبتنی بر فعالیت گروهی هم بر مشکلات درونی سازی شده و هم بر مشکلات برونی سازی شده موثر است (۱). در عین حال

بررسی های بیشتر در مورد آثار این روش بر مشکلات کودکان، به ویژه در ایران، ضروری به نظر می رسد. متأسفانه در حال حاضر در کشور ما مدارس ابتدایی از وجود مشاوران و روانشناسان بی بهره اند. شاید یکی از دلایل این امر نامتناسب بودن شیوه های مشاوره‌ی کلامی برای کودکان است. بر این اساس بازی درمانی می تواند جایگزین مناسبی برای این خدمات در مهد کودک ها و مدارس ابتدایی باشد. مضافاً این که بازی درمانی یک روش آموزشی و درمانی ایمن است که بدون نگرانی از وجود عوارضی چون برچسب بیمار خوردن به کودک و یا تحمل عوارض جانبی برخی داروها به حل مشکلات کودکان کمک می کند. از وجوه اهمیت پژوهش حاضر این است که برای اولین بار در کشور به بررسی اثربخشی روش بازی درمانی مبتنی بر فعالیت گروهی می پردازد و همچنین از محدود پژوهش هایی است که در مورد کودکان سنین پیش از نوجوانی صورت می گیرد. بررسی پیشینه‌ی پژوهشی بازی درمانی حاکی از آن است که غالب مطالعاتی که در داخل و خارج کشور انجام شده اند، به بررسی اثربخشی بازی درمانی در رفع مشکلات گروه سنی کودکان پرداخته اند و این نکته‌ی مهمی است که Bratton و Packman را بر آن داشته تا به طراحی و اجرای روش بازی درمانی مبتنی بر فعالیت گروهی برای گروه سنی پیش از نوجوانی اقدام نمایند (۱۰).

روش بررسی:

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی میدانی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با سه گروه آزمایشی، دارونما (گواه فعال) و گواه بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش را دانش آموزان پسر پایه های چهارم تا ششم دوره‌ی ابتدایی شهرکرد در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ تشکیل می دادند. با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای برای هر کدام از گروه های آزمایشی، دارونما و گواه ۱۵ دانش آموز (در مجموع ۴۵ نفر) به شرح ذیل انتخاب شدند.

ابتدا از دو ناحیه‌ی آموزش و پرورش شهرکرد، به صورت تصادفی یک ناحیه و از میان دبستان های پسرانه‌ی این ناحیه، به صورت تصادفی دانش آموزان یک دبستان انتخاب شدند. سپس، از میان سایر دبستان های ناحیه‌ی مذکور دو دبستان دیگر که از نظر سطح اقتصادی- اجتماعی و تعداد دانش آموزان مدرسه با مدرسه‌ی انتخاب شده تقریباً همانند بودند، انتخاب شدند. سپس، به صورت تصادفی یک دبستان به عنوان گروه آزمایشی و دو دبستان دیگر به عنوان گروه های دارونما و گواه انتخاب شدند. پس از این مرحله، از آموزگاران پایه های چهارم، پنجم و ششم این سه دبستان خواسته شد تا فهرستی از دانش آموزانی که به نظر آنان بیشترین مشکلات رفتاری، نظیر ایجاد اختلال در کلاس، قانون شکنی، مشکل با دیگران، پرخاشگری، گوشه گیری، اضطراب و غمگینی داشتند، تهیه کنند. بعد از آن، نسخه‌ی معلم پرسشنامه‌ی توانایی ها و مشکلات توسط آموزگاران برای این دانش آموزان تکمیل شد و پس از بررسی داده ها، ۴۵ نفر از دانش آموزانی که واجد سه شرط ذیل بودند، انتخاب شدند: الف) کسب نمره‌ی بالا در نسخه‌ی معلم پرسشنامه‌ی توانایی ها و مشکلات؛ ب) رضایت والدین جهت شرکت در آزمایش؛ ج) عدم دریافت هرگونه درمان روان شناختی.

گروه آزمایشی به ۵ گروه سه نفره تقسیم شد و هر گروه هفته ای دو جلسه‌ی ۵۰ دقیقه ای و در مجموع ۱۶ جلسه بازی درمانی مبتنی بر فعالیت گروهی دریافت کرد. برای گروه دارونما نیز ۱۶ جلسه شامل بازی رقابتی با اعداد و آموزش گروهی در زمینه‌ی مباحث بهداشتی، محیط زیست و تحصیلی اجرا شد (۱۱)، اما گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. جهت بررسی اثر مداخله از مقیاس های مبتنی بر تجربه‌ی فرم گزارش معلمان که یکی از فرم های نظام سنجش مبتنی بر تجربه‌ی آخنباخ است، به صورت پیش آزمون- پس آزمون استفاده شد. تعداد ماده های مربوط به مقیاس های مبتنی بر تجربه ۱۱۳ مورد است و پاسخ دهنده هر ماده را به صورت نادرست= ۰، تا حدی یا گاهی درست= ۱ و کاملاً یا غالباً

تعداد جلسات را تا ۱۶ جلسه‌ی ۵۰ دقیقه‌ای افزایش داد (۱). در ادامه پروتکل بازی درمانی مبتنی بر فعالیت گروهی بر اساس این دو تشریح می‌شود.

بازی درمانی مبتنی بر فعالیت گروهی به عنوان مداخله‌ای که از نظر رشدی برای کودکان سنین پیش از نوجوانی (۱۲-۱۰ سال) مناسب است، بر مبنای اصول و روش‌های بازی درمانی کودک-محور ایجاد و توسعه یافته است، اما در پاسخ به نیازهای اجتماعی، عاطفی و شناختی کودکان سنین پیش از نوجوانی و برخلاف رویکرد کودک محور که اساس آن برگزاری جلسات بازی درمانی بدون ساختار است، تلفیقی از فعالیت‌های نیمه ساختار یافته و بدون ساختار را برای کودکان سنین پیش از نوجوانی فراهم کرده است. Bratton و Packman در طراحی فعالیت‌ها و انتخاب لوازم مورد نیاز از پیشنهادات Carlton و Sweeney استفاده کردند (۱۰، ۱۵). ساختار جلسات بازی درمانی مبتنی بر فعالیت گروهی به شرح زیر است:

جلسه‌ی اول به منظور آشنایی اعضای گروه با درمانگر، اتاق بازی و وسایل برگزار می‌شود و هدف از آن ایجاد احساس امنیت در کودکان و برقراری ارتباط با درمانگر و دیگر اعضا است. جلسات دوم تا ششم هر یک مرکب از سه بخش فعالیت‌های نیمه ساختار یافته (۲۰ دقیقه)، فعالیت‌های خود رهبری یا گروه رهبری (۲۰ دقیقه) و بحث پایانی و مشارکت اعضا (۱۰ دقیقه) است. جلسات هشتم تا شانزدهم به طور کامل به فعالیت‌های خود رهبری و گروه رهبری اختصاص دارند.

در پژوهش حاضر بر مبنای پژوهش Ojiambo از پروتکل ۱۶ جلسه‌ای بازی درمانی مبتنی بر فعالیت گروهی با اندکی تغییر استفاده شد (۱). ترتیب برنامه‌های جلسات ۱۶ گانه به شرح زیر بود:

جلسه‌ی اول آشنایی اعضای گروه با همدیگر، اتاق و وسایل بازی، جلسه‌ی دوم نقاشی، جلسه‌ی سوم خانه‌سازی، جلسه‌ی چهارم آشنایی با کولاژ، جلسه‌ی پنجم کولاژ، جلسه‌ی ششم آشنایی با نحوه‌ی کار با گل،

درست = ۲، درجه بندی می‌کند. مینایی طی مطالعه‌ی این آزمون را روی نمونه‌ای به حجم ۱۴۳۷ دانش آموز تهرانی (۷۴۸ پسر و ۶۸۹ دختر) با دامنه‌ی سنی ۱۸-۶ سال هنجاریابی کرد (۱۲). یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که نظام سنجش آخنباخ از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار بوده و ابزاری کاملاً مناسب برای سنجش اختلالات عاطفی- رفتاری افراد ۱۸-۶ سال است.

همچنین به منظور غربالگری دانش آموزان دارای مشکلات رفتاری از نسخه‌ی معلم پرسشنامه‌ی توانایی‌ها و مشکلات استفاده شد. این پرسشنامه توسط Goodman به منظور غربالگری رفتاری کودکان ۱۷-۴ ساله طراحی شده است و دارای ۲۵ ماده و ۵ خرده مقیاس است (۱۳). پاسخ دهنده هر ماده را به صورت نادرست = ۰، تا حدی درست = ۱ و کاملاً درست = ۲، درجه بندی می‌کند. تهرانی دوست و همکاران ویژگی‌های روان سنجی نسخه‌های معلم و والدین این پرسشنامه را برای کودکان ۱۲-۶ ساله‌ی ایرانی مورد ارزیابی قرار دادند (۱۴). نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که نسخه‌ی فارسی پرسشنامه‌ی توانایی‌ها و مشکلات از ویژگی‌های روان سنجی قابل قبولی برخوردار است و می‌تواند برای یافتن مشکلات رفتاری کودکان ایرانی ابزار غربالگری مناسبی باشد.

در پژوهش حاضر، منظور از بازی درمانی روش بازی درمانی مبتنی بر فعالیت گروهی (GAPT) است که در آن G مخفف گروه، A مخفف فعالیت، P مخفف بازی و T مخفف درمان است و برای استفاده در این پژوهش، بازی درمانی مبتنی بر فعالیت گروهی ترجمه شده است. بازی درمانی مبتنی بر فعالیت گروهی توسط Bratton و Packman در ۱۲ جلسه‌ی یک ساعته طراحی و اولین بار به عنوان یک روش مدرسه-محور برای دانش آموزان سنین پیش از نوجوانی که دارای ناتوانی‌های یادگیری بوده و مشکلات رفتاری از خود بروز می‌دادند، استفاده شد (۱۰). سپس، Ojiambo اثربخشی آن را روی مشکلات رفتاری کودکان سنین پیش از نوجوانی یتیم ساکن یتیم خانه، بررسی نمود. وی

بررسی این مفروضه ها به ترتیب از نمودار پراکنش و خط رگرسیون مستقیم، آزمون همبستگی پیرسون بین دو متغیر پیش آزمون، آزمون لوین و بررسی تعامل بین عامل گروه ها و پیش آزمون ها استفاده شد. یافته ها حاکی از تحقق این چهار مفروضه بود.

یافته‌ها:

گروه های آزمایشی و دارونما مرکب از ۶ نفر کلاس چهارم، ۶ نفر کلاس پنجم و ۳ نفر کلاس ششم و گروه گواه شامل ۶ نفر کلاس چهارم، ۳ نفر کلاس پنجم و ۶ نفر کلاس ششم بود. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جلسه هفتم کار با گل، جلسه هشتم آشنایی با جعبه‌ی شن، جلسه نهم بازی در جعبه‌ی شن. جلسات دهم تا شانزدهم فعالیت های خود رهبری یا گروه رهبری. بازی درمانی مبتنی بر فعالیت گروهی ریشه در رویکرد بازی درمانی کودک محور دارد. بنابراین در کلیه‌ی فعالیت های خود رهبری یا گروه رهبری، از دیدگاه کودک محورانه‌ی Landreth در مورد نحوه‌ی برخورد با کودکان استفاده شد (۲).

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. اجرای تحلیل کوواریانس چند متغیری مستلزم تحقق چهار مفروضه شامل، خطی بودن، هم خطی چند گانه، همگنی واریانس ها و همگنی رگرسیون است. به منظور

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	مرحله	گروه آزمایشی	گروه دارونما	گروه گواه
مشکلات درونی سازی شده	پیش آزمون	۱۳/۷۶±۲۰/۴۰	۵/۰۸±۱۱/۳۳	۷/۵۹±۱۵/۰۰
	پس آزمون	۱۱/۱۳±۱۵/۶۰	۷/۰۱±۱۴/۶۰	۱۰/۰۳±۲۱/۴۰
مشکلات برونی سازی شده	پیش آزمون	۱۴/۲۷±۱۳/۴۷	۹/۱۳±۱۸/۲۰	۱۶/۱۶±۲۷/۳۳
	پس آزمون	۱۴/۶۶±۱۵/۶۰	۱۲/۹۵±۲۱/۲۰	۱۵/۵۳±۲۹/۵۳

داده ها به صورت میانگین ± انحراف معیار بیان شده اند.

مشکلات برونی سازی شده) تفاوت معنی دار وجود دارد. سپس تحلیل کوواریانس یک راه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد که نشان داد در متغیر مشکلات رفتاری درونی سازی شده تفاوت حداقل دو گروه ($F=9/512$ و $P=0/001$) معنی دار می باشد، اما از نظر مشکلات برونی سازی شده ($F=0/107$ و $P=0/899$) تفاوت معنی داری بین گروه ها وجود ندارد (جدول شماره ۲).

جهت بررسی اثر مداخله‌ی آزمایشی، پس از اطمینان از تحقق مفروضه ها، آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری روی نمره های پس آزمون های گروه های آزمایشی، دارونما و گواه با کنترل نمره های پیش آزمون انجام شد. نتایج آزمون لمبدای ویلکس ($P=0/649$ ، $F=4/713$ و $P=0/002$) نشان داد بین گروه های آزمایشی، دارونما و گواه از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته (مشکلات درونی سازی شده و

جدول شماره ۲: نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا روی نمره های پس آزمون مشکلات رفتاری درونی سازی شده و برونی سازی شده

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
گروه	مشکلات درونی سازی شده	۶۰۷/۴۶۷	۲	۳۰۳/۷۳۴	۹/۵۱۲	۰/۰۰۱
	مشکلات برونی سازی شده	۱۲/۳۱۸	۲	۶/۱۵۹	۰/۱۰۷	۰/۸۹۹

دارونما و همچنین آزمایشی و گواه تفاوت معنی دار وجود دارد (جدول شماره ۳). بر این اساس می توان نتیجه گرفت که مداخله ی بازی درمانی مبتنی بر فعالیت گروهی بر مشکلات رفتاری درونی سازی شده اثر داشته، اما بر مشکلات رفتاری برونی سازی شده اثر معنی داری نداشته است.

در مرحله ی بعد به منظور انجام مقایسه های زوجی و تعیین تفاوت های گروهی از آزمون پیگیری مقایسه های تعدیل یافته ی بنفرونی برای متغیر مشکلات درونی سازی شده استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که در زمینه ی متغیر مشکلات درونی سازی شده بین میانگین های برآورد شده ی گروه های آزمایشی و

جدول شماره ۳: نتایج آزمون پیگیری بنفرونی برای مقایسه ی میانگین های گروه های آزمایشی، دارونما و گواه

متغیر وابسته	مقایسه ی گروه ها	تفاضل میانگین	خطای معیار	سطح معنی داری
	آزمایشی دارونما	-۶/۴۰۸	۲/۲۷۳	۰/۰۲۲
مشکلات درونی سازی شده	آزمایشی گواه	-۱۰/۱۹۰	۲/۳۴۹	۰/۰۰۱
	دارونما گواه	-۳/۷۸۳	۲/۱۵۸	۰/۲۶۲

بحث:

بین نمره های پس آزمون مشکلات برونی سازی شده در گروه های آزمایشی، دارونما و گواه تفاوت معنی داری مشاهده نشد. بنابراین، می توان گفت بازی درمانی مبتنی بر فعالیت گروهی باعث کاهش مشکلات رفتاری درونی سازی شده ی دانش آموزان پایه های چهارم، پنجم و ششم ابتدایی شهر کرد شد، اما بر مشکلات برونی سازی شده ی آنان اثر معنی داری نداشت.

این دو یافته با برخی از یافته های موجود در ادبیات پژوهشی بازی درمانی همسو هستند. مطالعه ی Bratton و Packman که طراحان روش بازی درمانی

هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر بازی درمانی مبتنی بر فعالیت گروهی مدرسه - محور بر مشکلات رفتاری دانش آموزان پسر دوره ی ابتدایی شهر کرد بود. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره و آزمون پیگیری بنفرونی نشان داد که بین نمره های پس آزمون مشکلات درونی سازی شده در گروه های آزمایشی، دارونما و گواه تفاوت معنی داری وجود داشت. به گونه ای که میانگین پس آزمون مشکلات درونی سازی شده در گروه آزمایشی به طور معنی داری پایین تر از پس آزمون گروه های دارونما و گواه بود، اما

مبتنی بر فعالیت گروهی هستند، نشان داد که این مداخله باعث کاهش مشکلات رفتاری درونی سازی شده ی کودکان سنین پیش از نوجوانی می شود، اما بر مشکلات رفتاری برونی سازی شده ی آنان تأثیر معنی داری ندارد (۱۰). همچنین، پژوهش های دیگر نیز نشان دادند که بازی درمانی کودک محور فردی با کودکان، نتایجی مشابه نتایج پژوهش حاضر داشته اند (۱۷،۱۶). در عین حال غالب پژوهش های موجود در ادبیات پژوهشی بازی درمانی حاکی از این هستند که بازی درمانی به ویژه با رویکرد کودک محوری هم بر مشکلات رفتاری درونی سازی شده و هم بر مشکلات رفتاری برونی سازی شده اثر مثبت معنی دار دارند و حتی اندک پژوهش هایی که نشان داده اند بازی درمانی کودک محور اثر معنی داری بر مشکلات رفتاری درونی سازی شده و برونی سازی شده ندارد نیز روند مثبتی در بهبود مشکلات رفتاری کودکان یافته اند (۱۹،۱۸،۹۸،۱).

بر این اساس به نظر می رسد بهترین نتیجه گیری در مورد اثر بخشی بازی درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان، مربوط به فراتحلیل های Bratton و همکاران و Ray و همکاران است که نشان می دهد بازی درمانی به ویژه با رویکردهای انسان گرایانه بر کاهش مشکلات رفتاری درونی سازی شده و برونی سازی شده ی کودکان موثر است (۹۸). این بدان معناست که یافته ی اول پژوهش حاضر در مورد اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر فعالیت گروهی بر مشکلات رفتاری درونی سازی شده با بدنه ی اصلی پژوهش های مرتبط با بازی درمانی همسو است و یافته ی دوم پژوهش حاضر در مورد عدم اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر فعالیت گروهی بر مشکلات رفتاری برونی سازی شده با اکثر پژوهش های مرتبط با بازی درمانی ناهمسو است. یادداشت های روزانه ی نویسنده ی اول در مورد رویدادهای جلسات بازی درمانی نشان می دهد که عموماً تغییرات کودکان در اتاق بازی از جلسه ی چهارم آغاز شده است. دانش آموزان دارای مشکلات درونی سازی شده که در جلسات آغازین بیشتر ناظر بازی دیگران بودند و به

گونه ای رفتار می کردند که گویی انگیزه ای برای شرکت در فعالیت گروهی ندارند، فعال تر شده، ارتباط کلامی بهتری برقرار می کردند و از حق خود دفاع می کردند و دانش آموزان دارای مشکلات برونی سازی شده مودب تر، صبورتر و قانون مندتر رفتار می کردند. در عین حال به نظر می رسد انتقال تغییرات دانش آموزان دارای مشکلات برونی سازی شده از اتاق بازی به محیط مدرسه آن قدر چشمگیر نبوده که مورد توجه معلمان قرار گیرد. شاید دلیل این امر آن باشد که معلمان، رفتار دانش آموزان دارای مشکلات رفتاری درونی سازی شده را به رفتار دانش آموزان دارای مشکلات برونی سازی شده ترجیح می دهند و تمایل دارند تغییرات کوچک آغازین آن ها را تقویت کرده و تغییرات گروه دوم را نادیده بگیرند.

همچنان که بیشتر ذکر شد برخی از کودکان و نوجوانان در مسیر رشد خود دچار مشکلات رفتاری می شوند و بدون آن که مداخله ی مناسبی دریافت کنند این دوران را طی می کنند. این مشکلات به هر دلیلی که رخ دهند می توانند کودک، خانواده و اجتماع را با دشواری هایی روبه رو سازند. به طور ویژه، آثار نامطلوب این مشکلات را می توان در بافت مدرسه مشاهده کرد. کودکان دارای مشکلات رفتاری از نظر تحصیلی و سازگاری در سطح پایینی قرار دارند و اغلب از سوی معلمان و همکلاسی ها طرد می شوند. این در حالی است که مدارس از امتیاز ویژه ای جهت شناسایی این کودکان برخوردار هستند. زیرا کودکان بخش مهمی از ساعات زندگی روزمره ی خود را طی چندین سال متوالی در مدارس می گذرانند، سال هایی که با تعاملات اجتماعی بسیاری همراه بوده و می توانند آشکارساز بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان باشند.

بنابراین، معلمان و سایر اولیاء مدارس از بهترین منابع موجود جهت شناسایی مشکلات رفتاری کودکان هستند. شاهد این مدعا آن است که در پژوهش حاضر به منظور غربالگری دانش آموزان مشکل دار ابتدا از معلمان خواسته شد تا طی فرمی دانش آموزان دارای

بهترین رویکردهای مشاوره و روان درمانی برای کودکان در مدارس ابتدایی نماید. همچنین، پیشنهاد می شود دانشگاه های کشور نسبت به تربیت متخصصین بازی درمانی همت گمارند. شایان ذکر است که در حال حاضر تنها درسی که در این زمینه در دانشگاه های کشور ارائه می شود یک درس دو واحدی اختیاری برای دانشجویان کارشناسی رشته‌ی راهنمایی و مشاوره است که به هیچ عنوان برای تربیت بازی درمانگر کافی نیست. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر می توان به دو مورد عدم وجود مطالعه‌ی پیگیری و محدودیت گروه نمونه به پسرها که تعمیم نتایج به دخترها را ناممکن می سازد، اشاره کرد؛ لذا پیشنهاد می شود در مطالعات مشابه آتی اثرات بلند مدت این مداخله با گروه نمونه‌ی دختر و پسر بررسی شود.

تشکر و قدردانی:

این مقاله مستخرج از پایان نامه دکتری می باشد که با کد ۳۹۳۰۵ در تاریخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۰ در دانشگاه شهید چمران اهواز تصویب شده است. نویسندگان این مقاله بر خود لازم می دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه شهید چمران اهواز، مسئولین و معلمان آموزش و پرورش شهرکرد و دانش آموزان حاضر در پژوهش تشکر نمایند.

مشکلات رفتاری را مشخص کنند. جالب آن که اکثر کسانی که توسط معلمان معرفی شده بودند هم در نسخه‌ی معلم پرسشنامه‌ی توانایی ها و مشکلات نمره‌ی بالا کسب کردند و هم والدین شان در گفتگویی که به منظور تشریح فرایند پژوهش و اخذ رضایت نامه صورت گرفت، وجود این مشکلات را تأیید کردند. با این وجود، به دلیل آن که در حال حاضر مدارس ابتدایی کشور فاقد مراکز مشاوره و روان درمانی مستقر در مدارس هستند، نقش آن ها در فرایند حل این مشکلات صرفاً به شناسایی و گاه ارجاع دانش آموزان ختم می شود. در حالی که اجرای برنامه های راهنمایی و مشاوره از دهه‌ی ۱۹۶۰ در مدارس ابتدایی آمریکا آغاز شده است و همگام با آن تعدادی از نویسندگان ضمن توصیف تجربیات بازی درمانی خود، استفاده از بازی درمانی در محیط مدارس را ترغیب کردند، زیرا معتقد بودند بازی در ایجاد ارتباط درمانی با کودکان ابزاری کارآمدتر از زبان و مشاوره‌ی کلامی است (۲).

نتیجه گیری:

بر مبنای مطالعات موجود در پیشینه‌ی پژوهشی بازی درمانی و همچنین یافته های پژوهش حاضر پیشنهاد می شود نظام آموزش و پرورش کشور اقدام به راه اندازی مراکز بازی درمانی به عنوان یکی از

منابع:

1. Ojiambo D. Effectiveness of group activity play therapy on internalizing and externalizing behavior problems of preadolescent orphans in Uganda; 2011. Available from: <https://digital.library.unt.edu/ark>.
2. Landreth G. Play therapy the art of the relationship. Translated to Persian by: Mohamadi S, Jamshidi K. Tehran: Ravan Pub; 2014.
3. Swan, Karrie L. Effectiveness of play therapy on problem behaviors of children with intellectual disabilities: A single subject design [Dissertation]. 2011; Denton, Texas.
4. Josefi O, Ryan V. Non-directive play therapy for young children with autism: A case study. Clin Child Psychol Psychiatry. 2004; 9(4): 533-51.
5. Blanco PJ, Ray DC. Play therapy in elementary schools: A best practice for improving academic achievement. J Couns Dev. 2011; 89(2): 235.
6. Barzegary L, Zamini S. The effect of play therapy on children with ADHD. Procedia Soc Behav Sci. 2011; 30: 2216-8.

7. Dougherty J, Ray D. Differential impact of play therapy on developmental levels of children. *Int J Play Ther.* 2007; 16(1): 2-19.
8. Bratton SC, Ray D, Rhine T, Jones L. The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. USA: American Psychological Association; 2005.
9. Ray DC, Armstrong SA, Balkin RS, Jayne KM. Child-centered play therapy in the schools: Review and meta-analysis. *Psychol Schools.* 2015; 52(2): 107-23.
10. Packman J, Bratton SC. A school-based group play/activity therapy intervention with learning disabled preadolescents exhibiting behavior problems. *Int J Play Ther.* 2003; 12(2): 7-29.
11. Vaezi M, Ghaemi F. Wonders of the game with numbers. 1th ed. Tehran: Avayedaneshgostar Pub; 2009.
12. Minaei A. Adaptation and standardization of Achenbach's child behavior checklist, youth self-report, and teacher's report forms. *Res Except Child.* 2006; 19(1): 529-58.
13. Goodman R. The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *J Child Psychol Psychiatry.* 1997; 38(5): 581-6.
14. Tehranidoost M, Shahrivar Z, Pakbaz B, Rezaei A, Ahmadi F. Validity of farsi version of strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *Adv Cognitive Sci.* 2007; 8: 33-9.
15. Carlton BS, Sweeney KWF. The use of structured expressive art activities in group activity therapy with preadolescents. Daniel S, Homeyer, Linda E. *The handbook of group play therapy: How to do it, how it works, whom it's best for.* USA: San Francisco, CA, US: Jossey-Bass, xvi; 1999.
16. Rhine TJ. The effects of a play therapy intervention conducted by trained high school students on the behavior of maladjusted young children: Implications for school counselors. USA: University of North Texas; 2000.
17. Bratton SC. An investigation of the efficacy of play therapy with young children. USA: University of North Texas; 1999.
18. Flahive M-hW, Ray D. Effect of group sandtray therapy with preadolescents. *J Special Group Work.* 2007; 32(4): 362-82.
19. McGuire DE. Child-centered group play therapy with children experiencing adjustment difficulties. USA: University of North Texas; 2000.

Investigating effectiveness of school-based group activity play therapy on behavior problems of the elementary school male students in Shahrekord

Bagheri N^{1*}, Shehni Yailagh M², Alipour C², Zarghar Y³

¹Student, Educational Psychology Dept., Chamran Ahvaz University, Ahvaz, I.R Iran;

²Educational psychology Dept., Chamran Ahvaz University, Ahvaz, I.R Iran; ³Clinical psychology Dept., Chamran Ahvaz University, Ahvaz, I.R Iran.

Received: 12/Jun/2016 Accepted: 19/Jun/2016

Background and aims: Therapists has considered the play therapy as an effective intervention for behavioral problems of children. The aim of this research is to study the effectiveness of school-based group activity play therapy on behavioral problems among preadolescents' male students from shahrekord.

Methods: A quasi experimental field design with pretest, posttest and control and placebo groups using the multistage random sampling method for each of the experimental, placebo and control groups, 15 participants (45 in total) were selected. For assessing the behavioral problems, teachers report form was used. The experimental group received 16 sessions of group activity play therapy during 8 weeks and the placebo group received 16 sessions of instructions and competitive play. The control group received no intervention. Data were analyzed using multivariate covariance.

Results: The results showed that play therapy based on group activity caused a reduction in internalizing behavioral problems on experimental group, but had no significant impact on the reduction of externalizing behavioral problems.

Conclusion: Based on play therapy literature and the findings of this research, it is suggested that the educational system of Iran acts on establishing play therapy centers as one of the most effective counseling and psychotherapy interventions for children in the elementary schools.

Keywords: Play therapy, Behavioral problems, Students, Shahrekord.

Cite this article as: Bagheri N, Shehni Yailagh M, Alipour C, Zarghar Y. Investigating effectiveness of school-based group activity play therapy on behavior problems of the elementary school male students in Shahrekord. J Shahrekord Univ Med Sci. 2017; 19(1): 148-157.

***Corresponding author:**

Educational psychology Dept., Chamran Ahvaz University, Ahvaz, I.R Iran. Tel: 00989133841860,
E-mail: b2naser@yahoo.com