

اثربخشی بازی درمانی گروهی مبتنی بر رویکرد شناختی / رفتاری بر کاهش پرخاشگری کودکان پسر دیرآموز (مرزی) ۸ تا ۱۲ ساله شهرستان فیروزآباد

محمد علی وطن خواه^۱، ستاره دارابی کشکولی^۲

^۱ دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روانشناسی شهرستان فیروزآباد، ایران.

^۲ دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روانشناسی، شهرستان فیروزآباد، ایران.

نام نویسنده مسئول:

محمد علی وطن خواه

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۰۹

چکیده

هدف از پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بازی درمانی گروهی با رویکرد شناختی / رفتاری بر کاهش پرخاشگری دانش آموزان دیرآموز (مرزی) پسر ۸ تا ۱۲ ساله شهرستان فیروزآباد صورت پذیرفت. روش تحقیق: جامعه آماری کودکان دیرآموز (مرزی) در شهرستان فیروزآباد که در سال ۹۷ اسامی و مشخصاتشان در اداره آموزش و پرورش شهرستان فیروزآباد ثبت شده بود که تعداد آنها ۸۰ نفر بود و به صورت تصادفی ساده ۲۴ نفر (کودک) انتخاب شده و نیز به طور تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند و از هردو گروه پرسشنامه پرخاشگری موسسه شهیم (پیش آزمون) گرفته شد و گروه آزمایش در معرض بازی درمانی شناختی / رفتاری گروهی در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای قرار گرفت و پس از اتمام مداخله درمانی (بازی درمانی) دوباره از هردو گروه پرسشنامه پرخاشگری موسسه شهیم (پس آزمون) گرفته شد. یافته ها: داده های پژوهش از طریق پرسشنامه پرخاشگری آشکار و رابطه ای در کودکان دبستانی (شهیم) جمع آوری گردید و سپس با استفاده از روش کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. نتایج حاکی از آن بود که بازی درمانی با رویکرد شناختی / رفتاری باعث کاهش پرخاشگری کودکان دیرآموز (مرزی) می شود.

واژگان کلیدی: بازی درمانی شناختی / رفتاری - پرخاشگری - کودکان دیرآموز (مرزی).

مقدمه

باتوجه به اینکه یکی از هدف های عمده آموزش و پرورش رسیدن به سازگاری اجتماعی و برقراری رابطه مفید و موثر با دیگران و پذیرش مسولیت اجتماعی می باشد لازم است که آموزش مهارت های اجتماعی به دانش آموزان دیرآموز بیشتر مورد توجه قرار می گیرد؛ دیرآموز اصطلاحی است که به دانش آموزانی اطلاق می شود که عملکرد آنها در آزمون های هوش^۱ در فاصله ۱ تا ۲ انحراف استاندارد پایین تر از میانگین جامعه قرار میگیرد اینگونه کودکان دارای هیچگونه علامت جسمی یا ظاهری مشخصی نیستند جز در امور تحصیلی و فعالیت های پیچیده ذهنی که ممکن است با شکست مواجه شوند، در سایر امور زندگی می توانند مستقل عمل کرده و موفق شوند(رحیمی ۱۳۹۴). این کودکان از فرصت های آموزشی مناسب برخوردار نیستند و به لحاظ محرومیت های خانوادگی و فرهنگی از عزت نفس لازم بی بهره اند و دچار تاخیر هایی در ابعاد گوناگون رشدی و مهارت های ارتباطی می شوند در مقایسه با همسالانشان دارای هوش متوسط هستند و فاقد مشکلات اساسی در رفتار های انطباقی می باشند (هوسپیان، تات ۱۳۷۹). طبقه کم توان ذهنی^۲ مرزی در سال ۱۹۷۳ حذف شد طبق راهنمای آمار تشخیص بیماری های روانی^۳ عملکرد هوش مرزی جزء طبقه کم توان ذهنی قرار نمی گیرد اما به ضریب هوشی بین ۷۱ تا ۸۴ اطلاق می شود که ۳/۶۶ درصد از جامعه را به خود اختصاص داده است. (سیف نراقی و نادری ۱۳۷۹). بر اساس نامگذاری انجمن نقص ذهنی آمریکا (۱۹۵۹) این گروه به عنوان افرا عادی و فاقد عقب ماندگی ذهنی در نظر گرفته شده اند به تعبیری بهره هوشی دیر آموزان در محدوده طبیعی است اما از نظر عملکرد تحصیلی با محدودیت هایی مواجه هستند. کودکان مرزی با احتمال بیشتری دارای مشکلات رفتاری می باشند که اغلب منجر به بی نظمی در کلاس درسی می باشند. کودکان دیرآموز از لحاظ سازگاری اجتماعی با مشکلاتی مواجه هستند، اکثر مشکلات کودکان بخصوص کودکان دیرآموز ناشی از نارسایی تحولی آنهاست، واقعیت این است که اگرچه فرایند تحولی که همواره با تغییرات سریع همراه است نمی تواند دارای پایداری رفتاری باشد، اما کاملا روشن است که بسیاری از کودکان در سال های نخستین کودکی دارای مشکلات عاطفی و رفتاری هستند که طی زمان و شاید در دوران بلوغ و حتی بزرگسالی نیز تداوم یابد (نریمانی، سلیمانی، ابوالقاسمی، ۱۳۹۱، کمیل و هارلند^۴، ۲۰۰۲، به نقل از برزگر، ۱۳۹۳). یکی از این مشکلات پرخاشگری است، پرخاشگری یک رفتار آسیب رسان جسمی و هیجانی نسبت به دیگران است که به طور تعمدی انجام می شود. پرخاشگری در سال های اولیه زندگی باعث به وجود آمدن مشکلات فردی (مانند خودپنداره ضعیف و عملکرد تحصیلی ضعیف) و بین فردی (مانند طرد از سوی همسالان) در زندگی کودک می شود (گودین، دیسی و گریس^۵ ۲۰۰۳). پرخاشگری در بعضی موارد همزمان با شروع دوران مدرسه آغاز می شود پژوهش های منظمی در این زمینه صورت گرفته است که نشان می دهد پرخاشگری ناشی از سه عامل عمده است: احساس ناکارآمدی، تقلید از سایرین و انتظارات والدین که در هر صورت موجب بروز ناهنجاری های رفتاری و عاطفی برای دانش آموزان خانواده و جامعه می شود بنابراین تنها راه مقابله با پرخاشگری تشخیص به موقع و درمان به موقع است. از میان روش های درمانی متفاوت که برای کاهش پرخاشگری مطرح است بازی درمانی است که از شاخص ترین و پرکاربردترین روش هاست. آدلر^۶ روانشناس معروف در سال ۱۹۳۷ می گوید هرگز نباید به بازی به عنوان روشی برای وقت کشی نگاه کرد. لندرت^۷ در سال ۱۹۱۵ اظهار می دارد که بازی برای کودک مساوی با صحبت کردن برای یک بزرگسال است، بازی و اسباب بازی کلمات کودکان هستند و همچنین پیازه می گوید که بازی روشی است که کودک در آن چیزی یاد می گیرد که هیچ کس نمی تواند به او آموزش بدهد (ذوالمجد، برجعلی، آراین ۱۳۸۶). بازی درمانی شناختی-رفتاری شامل مداخله های مبتنی بر رویکرد شناختی، رفتاری^۸ در قالب بازی درمانی است. اساس این نظریه به سیر تحول حسی مبتنی است. براین اساس بازی به عنوان یک روش کلامی و غیر کلامی در حل مشکلات مورد استفاده قرار می گیرد. بازی در مانی شناختی رفتاری جزء روش های مستقیم بازی درمانی است در این نوع تکنیک های سنتی بازی درمانی را با تکنیک های رفتاری شناختی ترکیب کرده است

¹ intelligence testing

²slow learner

³diagnostic and statistical manual of mental disorders

⁴gimple Holland

⁵Goodwin ، Dacey ، Graec

⁶ Adler

⁷lendreth

⁸cognitive behavioral play therapy

(یالارد، راقلی، فلمینگ و راشلی^۹ ۲۰۰۴). براین اساس هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش پرخاشگری کودکان دیر آموز ۸ تا ۱۲ ساله می باشد.

روش پژوهش

پرسشنامه پرخاشگری آشکار و رابطه ای در کودکان دبستانی موسسه شهیم این پرسشنامه که توسط موسسه شهیم (۱۳۸۵) بر روی ۵۰۶ دانش آموز (۲۴۱ دختر و ۲۶۵ پسر) کلاس اول تا ششم شهر شیراز مورد بررسی قرار گرفت. تحلیل عامل با محور اصلی و به دنبال آن چرخش مایل گویه ها منجر به استخراج سه عامل پرخاشگری جسمانی، پرخاشگری رابطه ای و پرخاشگری واکنشی- پیش فعال گردید که معرف روایی سازه پرسشنامه است.

عامل ۱: پرخاشگری جسمانی
۱. شروع کتک کاری با کودکان
۲. شروع کتک کاری با بزرگسالان
۳. صدمات خفیف در کتک کاری
۴. صدمات جدی در کتک کاری
۵. برای دعوا چوب برداشتن
۶. استفاده از چوب در دعوا
۷. تهدید به زدن با چوب

عامل ۲: پرخاشگری رابطه ای
۱. تهدید سایرین تا با کودکی دوستی نکنند.
۲. قهر کردن
۳. تهدید به قطع دوستی
۴. به زور کودکی را از بازی بیرون کردن
۵. شایعه سازی و غیبت
۶. وادار کردن سایرین به قطع بازی با کودکی
۷. دروغ گویی برای قطع دوستی با کودکی
۸. مانع شدن کودکی در فعالیت

عامل ۳: پرخاشگری واکنشی کلامی - پیش فعال
۱. به بزرگسالان پریدن و فریاد زدن
۲. به همسالان پریدن و فریاد زدن
۳. به همسالان فحش دادن
۴. تهدید همسالان به کتک زدن
۵. پرخاشگری به اشیاء
۶. خراب کردن اموال دیگران

این پرسش نامه که دارای ۲۱ گویه چهار گزینه ای است، توسط شهیم (۱۳۸۵) ساخته و پایایی و روایی آن برای کودکان دبستانی شهر شیراز مورد ارزیابی قرار گرفته است. شهیم (۱۳۸۵) ضریب آلفای کرونباخ را برای کل پرسش نامه ۰/۹۱ گزارش کرده است ارزیابی روایی پرسش نامه با استفاده از تحلیل عامل با محور اصلی و به دنبال آن چرخش مایل گویه‌ها نیز منجر به استخراج سه عامل با ارزش ویژه بیشتر از یک گردید که درصد واریانس را تبیین می کرد.

روش نمره گذاری آن مقیاس یا سطح اندازه گیری: لیکرت ۴ گزینه ای
پاسخ‌ها:

به ندرت = ۱ نمره

یکبار در ماه = ۲ نمره

یکبار در هفته = ۳ نمره

اغلب روزها = ۴ نمره

برنامه مداخله درمانی:

در این پژوهش از تکنیک های بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری به صورت گروهی برای دانش آموزان مبتلا به اختلالات یادگیری استفاده شد. با توجه به محدودیت زمانی دانش آموزان، ۸ جلسه بازی درمانی گروهی ۳ جلسه در هفته و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه در روز به صورت گروهی برای گروه آزمایش در مرکز اختلال یادگیری شروع شد. پس از پایان جلسات بازی درمانی از دو گروه (آزمایش و کنترل) پس از آزمون به عمل آمد. هندریکس^{۱۰} در یکی از جامع ترین مطالعه هایی که در زمینه بازی درمانی انجام شده، تحلیلی توصیفی از فرایند بازی درمانی شناختی/ رفتاری را عرضه کرده است. او دریافت که کودکان در این جلسات از الگوی زیر تبعیت می کنند در جدول ۱ این جلسات را به اختصار آورده شده است.

اهداف هر جلسه	جلسات بازی درمانی
هدف از جلسه اول ضمن آشنایی با کودکان و ترغیب همکاری آنان، کودکان ضمن حفظ توجه برشی معینی فعالیت خاصی را انجام می دادند.	جلسه اول
حس لامسه کودک مورد توجه قرار داده شد و برای فعالیت های خودشان بیشتر از این حس استفاده کنند.	جلسه دوم
کودک حرکات و فعالیت ها را به طور دقیق انجام دهد و تمام جزئیات را به طور کامل در نظر داشته باشد.	جلسه سوم
حفظ توجه بر اشیا و فعالیت ها بود و سعی کنند که همان فعالیت ها را بخاطر بسپارند که در حقیقت نوعی بازی برای حفظ توجه برای مدت زمان طولانی تر بود.	جلسه چهارم
تقویت حس ارزشمندی کودک و پرداختن به بازی هایی که موفق شدن در آنها در صورتی بود که کودکان ضمن توجه، بایکدیگر به صورت هماهنگ و منسجم عمل کنند در واقع من و سایه من.	جلسه پنجم
از کودکان خواسته شود فعالیت های مورد نظر را در زمان طولانی تری انجام دهند به بیان دیگر کار را در زمان طولانی تری انجام بده (شناسایی چهار احساس اصلی غم، ترس، شادی، خشم).	جلسه ششم
بهبود رفتارهای بدون تفکر کودکان بود و از آنها خواسته می شد که قبل، هنگام و بعد هر بازی به ارزیابی خود بپردازند به عبارت دیگر بگو ... عمل کن بگو .	جلسه هفتم
افزایش مهارت های مقابله با هیجان پرداخته شد و از کودکان خواسته شد در راستای هدف خود گام بردارند.	جلسه هشتم

یافته های پژوهش

جدول ۲ نتایج آمار توصیفی، شاخص های مرکزی گروه آزمایش

پس آزمون			گروه آزمایش			مولفه
			پیش آزمون			
انحراف معیار	میانگین	تعداد	انحراف معیار	میانگین	تعداد	
۱۰	۶۸	۱۲	۹	۷۷	۱۲	پرخاشگری
۳	۲۰	۱۲	۳	۲۳	۱۲	بعد کلامی واکنشی
۴	۲۵	۱۲	۳	۲۹	۱۲	بعد رابطه ای
۳	۲۲	۱۲	۲	۲۶	۱۲	بعد جسمانی

در گروه آزمایش و پیش آزمون، کمترین میانگین مربوط به عامل کلامی-واکنشی-بیش فعالی است که برابر است با مقدار ۳ ± ۲۳ و بیشترین میانگین مربوط به عامل جسمانی با مقدار ۲ ± ۲۶ می باشد.

در گروه پس آزمون، کمترین میانگین مربوط به عامل کلامی-واکنشی-بیش فعالی است که برابر است با مقدار ۳ ± ۲۰ و بیشترین میانگین مربوط به عامل رابطه ای با مقدار ۴ ± ۲۵ می باشد

پس آزمون			گروه کنترل			مولفه
			پیش آزمون			
انحراف معیار	میانگین	تعداد	انحراف معیار	میانگین	تعداد	
۱۰	۶۷	۱۲	۱۰	۶۸	۱۲	پرخاشگری
۳	۲۱	۱۲	۳	۲۳	۱۲	بعد کلامی واکنشی
۵	۲۳	۱۲	۵	۲۴	۱۲	بعد رابطه ای
۲	۲۴	۱۲	۲	۲۵	۱۲	بعد جسمانی

در گروه کنترل و پیش آزمون، کمترین میانگین مربوط به عامل کلامی-واکنشی-بیش فعالی است که برابر است با مقدار ۳ ± ۲۳ و بیشترین میانگین مربوط به عامل جسمانی با مقدار ۲ ± ۲۵ می باشد.

در گروه پس آزمون، کمترین میانگین مربوط به عامل کلامی-واکنشی-بیش فعالی است که برابر است با مقدار ۳ ± ۲۱ و بیشترین میانگین مربوط به عامل جسمانی با مقدار ۲ ± ۲۴ می باشد.

پیش فرض های تحلیل کواریانس

الف) بررسی نرمال بودن داده ها

جدول ۴ آزمون سنجش نرمال بودن داده ها

گروه آزمایش		گروه کنترل		سطح معنادار
پرخاشگری پیش آزمون	پرخاشگری پس آزمون	پرخاشگری پس آزمون	پرخاشگری پیش آزمون	
۰/۱۰۰	۰/۱۰۳	۰/۲۰۲	۰/۲۰۱	

با توجه به اینکه سطوح معناداری از ۰.۰۵ بیشتر است، بنابراین فرضیه صفر رد شده و داده ها نرمال هستند.

ب) همگونی واریانس با آزمون Levene

جدول ۵ آزمون لون برای گروه آزمایش

آزمون لون برای سنجش واریانس		آزمون تی برای سنجش و مقایسه میانگین ها					
F	سطح معنادار	t	درجه آزادی	سطح معنادار	اختلاف میانگین	اختلاف انحراف معیار	
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	-۲/۰۹۱	۲۲	۰/۰۴۸	-۸	۴	پرخاشگری واریانس برابر
		-۲/۰۹۱	۲۱	۰/۰۴۸	-۸	۴	آزمایش واریانس نابرابر

با توجه به سطوح معناداری در آزمون لون و آزمون تی که از ۰.۰۵ کمتر هستند، مشاهده می شود که واریانس ها در گروه آزمایش، هم گون می باشند.

جدول ۶ آزمون لون برای گروه کنترل

آزمون لون برای سنجش واریانس		آزمون تی برای سنجش و مقایسه میانگین ها					
F	سطح معنادار	t	درجه آزادی	سطح معنادار	اختلاف میانگین	اختلاف انحراف معیار	
۰/۰۱۱	۰/۰۰۰	-۰/۰۷۹	۲۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۴	پرخاشگری واریانس برابر
		-۰/۰۷۹	۲۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۴	کنترل واریانس نابرابر

با توجه به سطوح معناداری در آزمون لون و آزمون تی که از ۰.۰۵ کمتر هستند، مشاهده می شود که واریانس ها در گروه کنترل، هم گون می باشند.
ج) شیب خط رگرسیون

جدول ۷ آزمون شیب خط رگرسیون گروه کنترل

سطح معناداری	f	میانگین مربع ها	درجه آزادی	مجموع مربع ها	
۰/۰۰۰	۳۰۰	۱۱۵۸	۱	۱۱۵۸	رگرسیون
		۳	۱۰	۳۸	باقیمانده
			۱۱	۱۱۹۶	مجموع

با توجه به مقدار F و سطح معناداری، مشاهده می شود که شیب خط رگرسیون در گروه کنترل معنادار می باشد.

جدول ۸ آزمون شیب خط رگرسیون گروه آزمایش

سطح معناداری	f	میانگین مربع ها	درجه آزادی	مجموع مربع ها	
۰/۰۰۰	۱	۲۰۶	۱	۲۰۶	رگرسیون
		۱۰۳	۱۰	۱۰۴۳	باقیمانده
			۱۱	۱۲۴۰	مجموع

با توجه به مقدار F و سطح معناداری، مشاهده می شود که شیب خط رگرسیون در گروه آزمایش معنادار می باشد.

آمار استنباطی

تجزیه و تحلیل فرضیه ها توسط آزمون کوواریانس

همانگونه که در جدول ۱ و ۲ مشاهده می کنید میانگین پرخاشگری گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش قابل توجهی داشته است در حالی که میانگین پرخاشگری گروه کنترل در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون هیچ گونه تغییر چندانی نکرده است. پیش از انجام تحلیل های اصلی، لازم بود مفروضه های اصلی تحلیل کوواریانس واریانس بررسی شود. به این منظور برای بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، برای بررسی مفروضه همگنی واریانس ها از آزمون لوین و برای بررسی مفروضه یکسانی شیب خط رگرسیون از تعامل پیش آزمون و متغیر مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد استفاده از تحلیل کوواریانس بدون مانع است.

فرضیه اصلی: بازی درمانی - شناختی - رفتاری در کاهش پرخاشگری کودکان دیرآموز موثر است.

جدول ۹ نتایج آزمون کوواریانس پرخاشگری کل کودکان دیرآموز

مولفه	نوع مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	نسبت مجذورات	سطح معناداری
مدل اصلاح شده	۱۴۸۱/۲۹۷	۱۴۸۱/۲۹۷	۱۱/۳۱۱	/۰۰۷
عرض از مبدا	۱۰۷/۴۵۹	۱۰۷/۴۵۹	/۸۲۱	/۳۸۵
گروه پرخاشگری	۱۴۸۱/۲۹۷	۱۴۸۱/۲۹۷	۱۱/۳۱۱	/۰۰۷
خطا	۱۳۰۹/۶۱۹	۱۳۰/۹۶۲		
مجموع	۲۶۰۰۴۵/۰۰۰			
مجموع اصلاح شده	۲۷۹۰/۹۱۷			

مقدار F تعامل مسیر مستقل و هم پراش برابر با ۱۱.۳۱۱ می باشد که معنادار است ($p = ۰/۰۰۷$ ، $p < ۰/۰۵$). بنابراین می توان نتیجه گرفت که فرضیه صفر (H_0) رد شده است. به عبارت دیگر:

بازی درمانی - شناختی - رفتاری در کاهش پرخاشگری کودکان دیرآموز ۸-۱۲ سال، موثر است.

فرضیه فرعی اول: بازی درمانی - شناختی - رفتاری در کاهش پرخاشگری جسمانی کودکان دیرآموز موثر است.

جدول ۱۰ نتایج آزمون کوواریانس پرخاشگری جسمانی کودکان دیرآموز

مولفه	نوع مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	نسبت مجذورات	سطح معناداری
مدل اصلاح شده	۱۴۳/۲۰۳	۱۴۳/۲۰۳	۱۴/۷۵۶	/۰۰۳
عرض از مبدا	۸/۵۱۸	۸/۵۱۸	/۸۷۸	/۳۷۱
گروه پرخاشگری جسمانی	۱۴۳/۲۰۳	۱۴۳/۲۰۳	۱۴/۷۵۶	/۰۰۳
خطا	۹۷/۰۴۷	۹/۷۰۵		
مجموع	۳۲۳۷۷/۰۰۰			
مجموع اصلاح شده	۲۴۰/۲۵۰			

مقدار F تعامل مسیر مستقل و هم پراش برابر با ۱۴.۷۵۶ می باشد همچنین این مقدار، معنادار است ($p < ۰/۰۵$ ، $p = ۰/۰۰۳$). بنابراین می توان نتیجه گرفت که فرضیه صفر (H_0) رد شده است. به عبارت دیگر، بازی درمانی - شناختی - رفتاری در کاهش پرخاشگری جسمانی کودکان دیرآموز ۸-۱۲ سال، موثر است.

فرضیه فرعی دوم: بازی درمانی - شناختی - رفتاری در کاهش پرخاشگری رابطه ای کودکان دیرآموز موثر است.

جدول ۱۱ نتایج آزمون کوواریانس پرخاشگری رابطه ای کودکان دیرآموز

مولفه	نوع مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	نسبت مجذورات	سطح معناداری
مدل اصلاح شده	۵۵/۰۹۷	۵۵/۰۹۷	۲/۲۷۸	/۰۰۲
عرض از مبدا	۱۰۶/۲۳۲	۴۰۶/۲۳۲	۴/۳۹۳	/۰۶۳
گروه پرخاشگری رابطه ای	۵۵/۰۹۷	۵۵/۰۹۷	۲/۲۷۸	/۰۰۲
خطا	۲۴۱/۸۱۹	۲۴/۱۸۲		
مجموع	۳۶۰۴۹/۰۰۰			
مجموع اصلاح شده	۲۹۶/۹۱۷			

مقدار F تعامل مسیر مستقل و هم پراش برابر با ۲.۲۷۸ می باشد همچنین این مقدار، معنادار نیست ($p < 0.05$ / $p = 0.002$). بنابراین می توان نتیجه گرفت که فرضیه صفر (H_0) رد شده است.

به عبارت دیگر، بازی درمانی - شناختی - رفتاری در کاهش پرخاشگری رابطه ای کودکان دیرآموز ۸-۱۲ سال، موثر نیست.

فرضیه فرعی سوم: بازی درمانی - شناختی - رفتاری در کاهش پرخاشگری واکنشی کلامی - بیش فعالی کودکان دیرآموز موثر است.

جدول ۱۲ نتایج آزمون کوواریانس پرخاشگری واکنشی کلامی - بیش فعالی کودکان دیرآموز

مولفه	نوع مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	نسبت مجذورات	سطح معناداری
مدل اصلاح شده	۲۸۳/۴۸۰	۲۸۳/۴۸۰	۳۳/۲۷۸	/۰۰۰
عرض از مبدا	۸/۵۵۳	۸/۵۵۳	۱/۰۰۴	/۳۴۰
گروه پرخاشگری واکنش کلامی	۲۸۳/۴۸۰	۲۸۳/۴۸۰	۳۳/۲۷۸	/۰۰۰
خطا	۸۵/۱۸۶	۸/۵۱۹		
مجموع	۱۹۸۹۰/۰۰۰			
مجموع اصلاح شده	۳۶۸/۶۶۷			

مقدار F تعامل مسیر مستقل و هم پراش برابر با ۳۳.۲۷۸ می باشد همچنین این مقدار، معنادار است ($p < 0.05$ / $p = 0.000$). بنابراین می توان نتیجه گرفت که فرضیه صفر (H_0) رد شده است.

به عبارت دیگر، بازی درمانی - شناختی - رفتاری در کاهش پرخاشگری واکنشی - بیش فعالی کودکان دیرآموز ۸-۱۲ سال، موثر است.

بحث و نتیجه گیری

بحث و نتیجه گیری در خصوص فرضیه اصلی: بازی درمانی - شناختی - رفتاری در کاهش پرخاشگری کودکان دیرآموز موثر است.

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر بازی درمانی شناختی / رفتاری در کاهش پرخاشگری کودکان دیرآموز انجام شد، نتایج مربوط به آزمون تحلیل کوواریانس طبق جداول فصل چهارم نشان داد بازی درمانی شناختی / رفتاری در کاهش پرخاشگری کودکان دیرآموز موثر است. نتیجه به دست آمده به طور ضمنی با یافته های داخلی کریمی و همکاران (۱۳۹۳)، صفری و همکاران

(۱۳۹۳)، عبدالعلی زاده (۱۳۹۳)، بادامیان و همکاران (۱۳۹۷) و نیز با یافته های خارجی فولکورود و بکی (۲۰۱۰)، براتون و همکاران (۲۰۱۰) و هات و همکاران (۲۰۱۱) همسو می باشد.

در تبیین نتیجه بدست آمده باید گفت که باتوجه به مبانی نظری و عملی پرخاشگری و درمانگری های مختلف پرخاشگری یک شکل پیچیده ای از رفتار آدمی است. پرخاشگری واکنشی نسبت به کام نیافتگی و سرکوب امیال است. از آنجایی که کودکان دیرآموز (مرزی) نمی توانند نیازهای خود را برآورده سازند دچار کام نیافتگی های متعدد می شوند در این حالت نمی توانند با شرایط محیطی، مقررات و محدودیت های جامعه، آداب و رسوم، ارزش ها و امر ونهی ها خود را تطبیق دهند دچار سازش نیافتگی می شوند که منجر به رفتارهای پرخاشگرانه می شوند و پرخاشگری نوعی واکنش نسبت به موانع و عامل تهدید کننده است. زمانی که کودک خود را محکوم به پدیده های محیطی می بیند و احساس مهار ناپذیری شرایط به وی دست می دهد رفتار پرخاشگری از خود بروز می هد، در بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی / رفتاری موانع محیطی از قبیل والدین و ... برداشته می شود و کودک به راحتی می تواند پرخاشگری خود را بروز دهد و بازتاب مناسب و نحوه مهار آن را آموخته و درونی می کند. فرضیه فرعی اول: بازی درمانی - شناختی - رفتاری در کاهش پرخاشگری جسمانی کودکان دیرآموز موثر است.

نتایج مربوط به آزمون تحلیل کوواریانس طبق جداول نشان داد بازی درمانی شناختی / رفتاری در کاهش پرخاشگری جسمانی کودکان دیرآموز موثر است نتیجه به دست آمده به طور ضمنی با یافته های داخلی آزادی منش و همکاران (۱۳۹۵)، اکبری و همکاران (۱۳۹۴)، عبدالعلی زاده (۱۳۹۳)، بادامیان و همکاران (۱۳۹۷) و نیز با یافته های خارجی رای و همکاران (۲۰۰۹)، براتون و همکاران (۲۰۱۰) و جیندال و همکاران (۲۰۱۳) همسو می باشد.

در تبیین نتیجه بدست آمده همانطور که گفته شد کودکان بویژه کودکان مرزی زمانی که خود را محکوم به پدیده های محیطی می بیند و احساس مهار ناپذیری شرایط به وی دست می دهد و نمی توانند احساسات خود را به طور دلخواه خود بیان کنند رفتار پرخاشگری به صورت جسمانی از جمله حمله به دیگران، کتک زدن و... از خود بروز می دهد، در بازی درمانی شناختی / رفتاری بعضی از انواع این بازی ها محیطی را برای این کودکان فراهم می کند تا کودک تحرک زیاد داشته باشد و این امر منجر به تخلیه انرژی این کودکان می شود. بازی به کودک راههای ابراز خشم و عصبانیت، کنترل هیجانات به شیوه درست را می آموزد. در تبیین دیگر می توان گفت که کودکان در بازی درمانی می آموزند که رفتارشان یک انتخاب است و بدین وسیله پیامد رفتارشان را نیز انتخاب می کنند، آگاهی از این امر در تقویت رفتار خودکنترلی به آنها کمک می کنند. بازی یک فعالیت طبیعی و لذت بخش است که اساسا به منزله رشد شناختی و عاطفی اجتماعی و روانی - حرکتی کودک است. بازی باعث افزایش حس کنجکاوی و قدرت نو آوری می شود و همچنین باعث لمس احساس حقیقی شخصیت و تجربه واقعیت می شود. بازی این فرصت را برای کودک فراهم می کند تا بتواند تصویری از دنیای درونی خود ارائه دهد و بیان هیجانات برایش تسهیل می کند. بازی درمانی محیط امنی را برای کودک فراهم می کند که در آن کودکان به تدریج هیجانات، تنش، احساس ناامنی، پرخاشگری و ترس های سرکوب شده خود را ابراز کنند و نهایتا به نظر می رسد استفاده از مداخله بازی درمانی شناختی / رفتاری و به کار گیری هر کدام از تکنیک های آن می تواند به کاهش بخشی از مشکلات رفتاری کودکان دیرآموز کمک کند.

فرضیه فرعی دوم: بازی درمانی - شناختی - رفتاری در کاهش پرخاشگری رابطه ای کودکان دیرآموز موثر است. نتایج مربوط به آزمون تحلیل کوواریانس طبق جداول نشان داد بازی درمانی شناختی / رفتاری در کاهش پرخاشگری رابطه ای کودکان دیرآموز موثر است نتیجه به دست آمده به طور ضمنی با یافته های داخلی پوراواری و همکاران (۱۳۹۴)، صفری و همکاران (۱۳۹۳)، عبدالعلی زاده (۱۳۹۳)، آزادی منش و همکاران (۱۳۹۵) و نیز با یافته های خارجی آلمرایسی (۲۰۰۸)، براتون و همکاران (۲۰۱۰) و هات و همکاران (۲۰۱۱) همسو می باشد.

در تبیین این فرضیه می توان گفت بازی یک فعالیت طبیعی و لذت بخش است که اساسا به منزله رشد شناختی عاطفی، اجتماعی کودک است در طول بازی نیروهای مختلف مانند چابکی توجه، درک رشد پیدا کرده و شخصیت کودکان شکل گرفته و تغییرات بسیاری در ویژگی های آنها اتفاق می افتد. ارتباط در اتاق بازی به این صورت است که کودک احساسات منفی (پرخاشگری) را از طریق بازی به یک بزرگسال همدل (درمانگر) بیان می کند و آن فرد احساسات ارائه شده کودک را انعکاس می دهد و می پذیرد، وقتی این احساسات از طرف درمانگر پذیرفته شد دیگر قدرت و شدت سابق را نداشته و اثرات آن را بر رفتار کودک کاهش

می یابد و بعد از این مرحله عبارات مثبت شروع شده و با بازی کودک مخلوط شده و کودک شروع به یادگیری مهارت های جدید می کند. به عبارت دیگر می توان گفت از طریق بیان احساسات یا رفتارهای پرخاشگرانه در اتاق بازی و همچنین با حضور همدلی و درک درمانگر که به مراتب مهم تر از بروز رفتار پرخاشگرانه به تنهایی است، کودک یاد می گیرد که با نیاز های خود به شیوه مناسب اجتماعی برخورد کند. همچنین در جریان بازی مهارت های ارتباطی کودکان رشد می کند و در چنین چهارچوبی می توانند به بازپیداوری مکرر موضوع و رویدادهای مهم بپردازند، احساسات و هیجانات خود را برونریزی کنند، به بینش جدیدی دست یابند و شیوه های سارش یافته تری برای حل مسائل خود انتخاب کنند. بازی به کودکان کمک می کند تا شایستگی های جدیدی را که منجر به اعتماد به نفس آنها می شود و نیز باعث می شود تا با چالش های آینده روبرو شوند، پرورش دهند. فرضیه فرعی سوم: بازی درمانی- شناختی- رفتاری در کاهش پرخاشگری واکنشسی کلامی-بیش فعالی کودکان دیرآموز موثر است.

نتایج مربوط به آزمون تحلیل کوواریانس طبق جداول نشان داد بازی درمانی شناختی/ رفتاری در کاهش پرخاشگری واکنشسی- بیش فعالی کودکان دیرآموز موثر است، نتیجه به دست آمده به طور ضمنی با یافته های داخلی، اکبری و همکاران (۱۳۹۴)، صفری و همکاران (۱۳۹۳)، عبدالعلی زاده (۱۳۹۳)، پوآوراری و همکاران (۱۳۹۴) و نیز با یافته های خارجی فولکوردر و بکی (۲۰۱۰)، براتون و همکاران (۲۰۱۰) و هات و همکاران (۲۰۱۱) همسو می باشد.

در تبیین این فرضیه می توان گفت بازی درمانی شناختی/ رفتاری از جمله مداخله های درمانی برای کودکان است که طی آن درمانگر می کوشد با بازی در کودک ایجاد انگیزه به او کند و او را فعال نماید، با ارتباط برقرار کند و رفتار های او را هدایت کند در این روش از تکنیک های متعدد و خاصی مثل شن بازی، کاغذ، توپ ... استفاده می شود هر کدام از این شیوه ها به نوبه خود باعث کاهش نوعی از رفتارهای پرخاشگرانه و به طور کلی مشکلات رفتاری کودکان دیرآموز می شود. مثلا کودک در حین بازی با..... احساس، حالت تدافعی خود را برای بیان احساساتشان از دست می دهد و فرصت بیشتری دارند که احساسات خود را بیان کنند و با انواع حالات حتی مثل خشم، ترس و ... بیشتر آشنا شوند.

در جریان استفاده از بازی درمانی شناختی/ رفتاری این فرصت در اختیار کودکان مرزی قرار میگیرد تا احساساتی که اجازه بیان آنها را مثل دادزدن و فریاد کشیدن و پرت کردن وسایل و ... (پرخاشگری کلامی-بیش فعالی) در محیط های دیگر ندارند بدون ترس از پیامد های آن ها ابراز کنند و همچنین از طریق ایفای نقش، احساسات خود را بهتر کنترل کنند. استفاده از این تکنیک های بازی درمانی موجب می شود تا مهارت های اجتماعی آنان رشد کرده و باعث شود تا برای شرکت در فعالیت های گروهی بدون ارزیابی منفی از خود تشویق شوند.

به طور کلی آنچه که می توان در مورد بازی درمانی و تاثیر آن بر پرخاشگری کودکان دیرآموز بیان کرد:

بازی به کودکان اجازه می دهد تا احساسات خود را به صورتی کارآمد بیان کنند و برای انجام این کار، بازی راهی طبیعی است و از این طریق می توان به کودک آموزش داد تا احساسات خودش را به گونه ای ابراز کند که مورد قبول همگان قرار گیرد و کمتر در رفتار های خود پرخاشگری نشان دهند، از آنجایی که بازی به بزرگسالان اجازه می دهد که وارد دنیای کودکان شوند و به کودکان نشان دهند که آنها را به رسمیت می شناسد و می پذیرد و وقتی بازی درمانگر با یک کودک بازی می کند، نوعی تساوی قدرت موقتی وجود دارد و کمتر احتمال دارد که کودک از جانب بزرگسال احساس تهدید کند و از این طریق بازی درمانگر می تواند اهداف درمانی خود را اجرا کند. همانطور که میدانید مشاهده کودکان در حین بازی کمک قابل ملاحظه ای است برای شناخت بیشتر و بهتر کودکان جهت پیشبرد اهداف درمانی و آموزشی خود بنابراین بازی درمانگر می تواند با شناخت دقیقی که از مشاهده کودک حین بازی پیدا می کند راه های نفوذ بهتر به دنیای کودک را دریابد و هدف درمان که کاهش پرخاشگری است را به کودک آموزش دهد بدون آنکه کودک در برابر خواسته های درمانگر ایستادگی کند. بازی برای کودکان لذت بخش است به همین خاطر کودکان را ترغیب می شوند تا آرام باشند و از این رهگذر اضطراب و حالت دفاعی آنان را کاهش می دهند و از این طریق می توان اهداف درمانی خود را بهتر پیشبرد و راحت تر به نتیجه رسید. بازی درمانی به کودکان فرصت می دهد تا نقش های جدید را بازی کنند و بازی درمانگر از این طریق می تواند فرصت هایی را برای کودکان فراهم سازد تا رفتارهای پرخاشگرانه کمتری از خود نشان دهند.

منابع و مراجع

- [۱] تب سیف نراقی، مریم، نادری، عزت الله، ۱۳۸۳، آموزش و پرورش کودکان استثنایی تهران. انتشارات دانشگاه پیام نور.
- [۲] شهیم، سیما (۱۳۸۵). پرسشنامه پرخاشگری آشکار و رابطه‌ای در کودکان دبستانی. پژوهش‌های روان‌شناختی، دوره ۹، شماره ۱ و ۲، ۲۷-۴۴.
- [۳] ریزی، مصطفی. (۱۳۹۲). درمان اختلالات خواندن، تهران، انتشارات فراوان.
- [۴] رحیمی، محمد. (۱۳۹۲). اختلالات ویژه یادگیری در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان، انتشارات سپهر اندیشه.
- [۵] هوسپیان، آلیس، تات، محمدرضا (۱۳۸۶) آموزش و پرورش تلفیقی دانش آموزان دیر آموز تهران. سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی.
- [6] Anderson, C., Bushman, B., Rothstein, R., Shibuya, A., swing, E., Sakamoto, A., & Saleem, M. (2013). Violent video game effects on aggression, empathy, and prosocial behavior in eastern and western countries: A meta-analytic review. *American Psychological Association Bulletin*, 136, 115-175.
- [7] Baron, R. and Byren, D. (2011). Social psychology, Allyn and Bacon. Differential susceptibility to long-term effects of quality of child care on externalizing behavior in adolescence? *International journal of Behavioral Development*, 36(1), 2-10.