

اثربخشی بازی بر مشکلات برون‌سازی در کودکان پیش دبستانی با مشکلات رفتاری

The effectiveness of playing on externalizing problems in preschool children with behavioral problems

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۲/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۹/۷

Barzegar Z. MSc, Pourmohammadreza-Tajrishi M. PhD[✉]
Behnia F. MSc

زهرا برزگر^۱، معصومه پورمحمدرضای تجریشی[✉]
فاطمه بهنیا^۲

Abstract

Introduction: This study aimed to determine the effectiveness of playing on externalizing problems in preschool children with behavioral problems.

Method: Five kindergartens were selected in convenience from 16th district of Tehran. All mothers completed the Child Behavior Checklist (CBCL) voluntarily. Thirty children, who had high scores in CBCL, were considered as having externalized problems and were divided to intervention and control groups equally and randomly. Children in intervention group were divided to 5 subgroups (3 children in each) and participated in 16 sessions (2 sessions weekly) receiving playing intervention, and the control group received mainstream program in kindergarten. All mothers completed CBCL again after intervention. Analysis of covariance was used for data analysis.

Results: The findings showed that the effect of playing on decreasing the externalizing problems, aggression and ignoring rules was significant in preschool children with behavioral problems.

Conclusion: Playing is probably an effective method for decreasing externalizing problems in preschool children. It can be used to prevent from causing or continuing antisocial behaviors in adulthood.

Keywords: Play, Externalizing Problems, children, Preschool

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بازی بر مشکلات برون‌سازی کودکان پیش دبستانی با مشکلات رفتاری انجام شد.

روش: از منطقه ۱۶ شهر تهران ۵ مهدکودک به شیوه در دسترس انتخاب شدند و تمامی مادران داوطلب، چک لیست رفتاری کودک (CBCL) را تکمیل کردند. ۳۰ کودک که نمره بالا را به دست آورده بودند به عنوان کودکان واجد مشکلات برون‌سازی در نظر گرفته شدند و به تصادف در گروه مداخله و گروه کنترل قرار گرفتند. گروه مداخله به ۵ گروه (۳ نفره) تقسیم شد و در ۱۶ جلسه یک ساعته (۲ جلسه در هر هفته) در برنامه مداخله‌ای بازی شرکت و گروه کنترل برنامه عادی مهد را دریافت کردند. پس از مداخله، والدین مجدداً CBCL را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تاثیر بازی بر کاهش مشکلات برون‌سازی، پرخاشگری و نادیده گرفتن قواعد در کودکان پیش دبستانی دارای مشکلات رفتاری معنادار بود.

نتیجه‌گیری: بازی احتمالاً روش موثری در کاهش رفتار برون‌سازی در کودکان پیش دبستانی به‌شمار می‌رود و به وسیله آن می‌توان از بروز یا تداوم رفتارهای ضد اجتماعی در سنین بزرگسالی پیشگیری نمود.

کلیدواژه‌ها: بازی، مشکلات برون‌سازی، کودکان، پیش دبستانی

✉ **Corresponding Author:** Department of Psychology and Education of Exceptional Children, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
E-mail: mpmrtajrishi@gmail.com

✉ گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۱- گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۲- گروه کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

مقدمه

سال‌های پیش از دبستان نقش حیاتی در رشد و سازگاری کودکان در آینده آنها دارد. تحقیق در زمینه مشکلات و ناسازگاری‌های رفتاری و روانی کودکان در دهه‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است. بین ۹/۵ تا ۱۴/۵ درصد از کودکان (از بدو تولد تا ۵ سالگی) مشکلات عاطفی و اجتماعی را تجربه می‌کنند که تاثیر منفی روی عملکرد، رشد و آمادگی تحصیلی آنها دارد و ۹ درصد کودکانی که خدمات ویژه بهداشت روانی را در امریکا دریافت می‌کنند، در سنین ۶ سال قرار دارند [۱]. مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان در اصل به دو گروه اصلی مشکلات برونی‌سازی و درونی‌سازی تقسیم می‌شوند. مشکلات برونی‌سازی معطوف به خارج و مشتمل بر رفتارهایی مانند برون‌ریزی، ستیزه‌جویی و نافرمانی و مشکلات درونی‌سازی بیشتر معطوف به درون و مشتمل بر گوشه‌گیری، افسردگی و اضطراب می‌باشد علاوه بر این معمولاً کودکان از خود رفتارهایی (از جمله: مشکلات خواب، تغذیه و مشکلات مربوط به آداب توالت رفتن) نشان می‌دهند که در هیچ یک از این دو گروه قرار نمی‌گیرد [۲]. مشکلات برونی‌سازی در چهارچوب سه اختلال نارسایی توجه / فزون جنبشی (ADHD)، اختلال سلوک (CD)، اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD)، تشخیص داده می‌شوند [۳]. این اختلالات احتمال پیامدهای منفی در زندگی آتی کودک را افزایش می‌دهند، مجرمیت، مشکلات جسمانی، روانشناختی و دشواری در سازش یافتگی‌های مربوط به زندگی زناشویی و شغلی از دیگر مشکلات این گروه محسوب می‌شود [۴]. نشانه‌های برونی‌سازی پایداری قابل توجهی را در طی زمان نشان می‌دهند و در طول تحول به شکل‌های مختلف بروز می‌کنند. اشکال زودرس نشانه‌های برونی‌سازی که از دومین سال زندگی قابل مشاهده‌اند به صورت بی‌قراری، گریه زیاد و لجبازی ظاهر می‌شوند [۵]. در سال‌های بعد پرخاشگری جسمانی، تضادورزی و نخستین شکل‌های نقض قوانین در محیط خانواده و آموزشگاه در صدر جدول نشانه‌شناسی قرار می‌گیرد [۶]. در نهایت، در نوجوانی پرخاشگری کلامی، اشکال پنهان‌تر پرخاشگری (مانند سرقت، تقلب، تخریب‌گری، سوء مصرف مواد) و رفتارهای ضد اجتماعی جدی که می‌توانند در تضاد آشکار با قوانین جامعه قرار گیرند و نوجوان را به سمت بزهکاری سوق دهند، غلبه می‌یابند [۷]. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که درصد بالایی از مشکلات برونی‌سازی در کودکان و نوجوانان در بزرگسالی به اختلال شخصیت ضد اجتماعی، سوء مصرف مواد و سایر مشکلات مانند اعمال مجرمانه منتهی می‌شوند [۸، ۹]. درمانگری مربوط به مشکلات برونی‌سازی در سه

قلمرو کودک محور، مدرسه محور و خانواده محور قرار دارد. یکی از روش‌هایی که در زمره درمانگری‌های کودک محور به شمار می‌رود بازی است. در بازی امکان بررسی دقیق و فردی الگوهای رفتاری کودک و پرداختن به تمامی جنبه‌های مشکل فراهم می‌شود. روان‌شناسان و پژوهشگران متعددی طی چندین دهه اثربخشی آن را مورد تایید قرار داده‌اند [۱۰]. بازی یکی از موثرترین شیوه‌های درمانی در مورد کودکانی است که مورد آزار قرار گرفته‌اند [۱۱، ۱۲]. پژوهش‌های انجام شده در زمینه بازی به طور گسترده از تاثیر این شیوه درمانگری در کاهش انواع مشکلات درونی‌سازی حمایت کرده‌اند [۱۰، ۱۳]. همچنین استفاده از تاثیر بازی درمانگری کودک-محور در کاهش رفتارهای درونی‌سازی کودکان در سن مدرسه نشان می‌دهد که این شیوه درمانگری به کاهش متوسط مشکلات درونی‌سازی (به ویژه اضطراب) منجر می‌شود [۱۴]. پژوهش‌های انجام شده در زمینه تعیین اثربخشی بازی درمانگری در حیطه اختلال‌های برونی‌سازی به نتایج قابل توجهی دست یافته [۱۵] و از بازی درمانگری در کاهش رفتارهای اغتشاش‌آمیز در مدرسه بهره گرفته‌اند [۱۶]. برخی از پژوهشگران، با به کارگیری بازی درمانگری در گروهی از کودکان که شاهد خشونت خانوادگی بودند، توانستند مشکلات رفتاری و برونی‌سازی آنها را به طور چشم‌گیری کاهش و سطح خودپنداشت آنها را افزایش دهند [۱۷، ۱۸، ۱۹]. با توجه به نقش بازی در رشد و تحول کودک و بهبود و تقویت توانایی‌ها و بر طرف کردن ضعف‌های کودک و اهمیت این نکته که پژوهش‌های انجام شده در قلمرو درمان مشکلات برونی‌سازی در کشور ایران منحصراً بر اختلال‌هایی متمرکز شده‌اند که در طبقات ODD، CD، ADHD جای گرفته‌اند و ضرورت توجه به سنین پیش دبستانی و اهمیت مداخله به هنگام در پیشگیری از بروز و یا حتی تداوم مشکلات این گروه از کودکان به سنین بزرگسالی، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روش بازی بر تمام گستره مشکلات برونی‌سازی (پرخاشگری و نادیده گرفتن قواعد) صورت گرفته است.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش را تمامی کودکان پیش دبستانی (۶ تا ۷ ساله) تشکیل می‌دهد که در مهدهای کودک زیر نظر سازمان بهزیستی شهر تهران در سال ۹۰-۱۳۸۹ ثبت نام کرده‌اند. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای ابتدا از شهر تهران، منطقه ۱۶ و از آن منطقه، ۵ مهد به شیوه در دسترس از تمام مهد

گزینه‌ها به ترتیب برابر با صفر، ۱ و ۲ می‌باشد. مطالعات تحلیل عاملی آخنباخ و همکارانش به شکل‌گیری ۸ عامل یا بعد به نام‌های «اضطراب/ افسردگی»، «انزوا/ افسردگی»، «مشکلات جسمانی»، «مشکلات اجتماعی»، «مشکلات تفکر»، «مشکلات توجه»، «نادیده گرفتن قواعد» و «رفتار پرخاشگرانه» منجر شده است. ۹ سوال نیز در هیچ یک از این ۸ مقیاس جای نمی‌گیرد و در مقیاسی با عنوان «مشکلات دیگر» قرار داده می‌شود. دو عامل «اضطراب/ افسرده» و «مشکلات جسمانی» عامل مرتبه دوم «مشکلات درونی‌سازی» را تشکیل داده‌اند. در نهایت، می‌توان با جمع کردن نمره‌های ۸ مقیاس به نمره کلی که بالاترین و کلی‌ترین عامل است، دست یافت. افزون بر مجموعه مقیاس‌های پیشین، آخنباخ فرم نمره‌گذاری دیگری را که مبتنی بر مقوله‌های تشخیصی طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) است ارائه می‌کند. بر این اساس، مشکلات کودک در شش مقوله «مشکلات عاطفی»، «مشکلات اضطرابی»، «مشکلات جسمانی»، «مشکلات مربوط به فزون کنشی/ نارسایی توجه»، «مشکلات تضادورزی» و «مشکلات رفتار هنجاری» ارزیابی می‌شوند. از مجموع نمره‌های «مشکلات عاطفی» و «مشکلات اضطرابی» مقیاس مشکلات درونی‌سازی و از مجموع نمره‌های «مشکلات مربوط به فزون کنشی/ نارسایی توجه»، «مشکلات تضادورزی» و «مشکلات رفتار هنجاری» مقیاس مشکلات رفتار برونی‌سازی، شکل می‌گیرد. در پژوهش حاضر بخش اول پرسشنامه CBCL حذف شد و بخش دوم که به بررسی مشکلات رفتاری کودکان می‌پردازد مورد استفاده قرار گرفت. مهمترین دلیل حذف بخش صلاحیت‌ها این بود که کودکان مورد مطالعه (کودکان ۶-۷ ساله) هنوز آموزش رسمی در مدرسه را شروع نکرده بودند، در نتیجه بسیاری از مواردی که به ارزیابی وضعیت تحصیلی و اجتماعی کودک می‌پرداخت، بی‌پاسخ باقی می‌ماند و محاسبه مجموع نمره‌های مقیاس‌ها به منظور دستیابی به نمره کل صلاحیت امکان‌پذیر نبود. برای نمره‌گذاری بخش دوم، مقیاس مبتنی بر تحلیل عوامل ملاک قرار گرفت و پس از جمع نمره‌های مواد تشکیل‌دهنده هر مقیاس، نمره مقیاس به دست آمد. با جمع نمره‌های دو مقیاس پایانی (مقیاس رفتار پرخاشگرانه و مقیاس نادیده گرفتن قواعد)، نمره مشکلات برونی‌سازی مشخص شد. پس از تبدیل نمره‌های خام به نمره‌های T، با مراجعه به هنجارهای ایرانی به تفکیک سن و جنس، معلوم شد کودک در کدام یک از سه قلمرو (بالینی، مرزی یا هنجار) قرار دارد. برای مقیاس‌های صلاحیت ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ گزارش شده است. با در نظر گرفتن

کودک‌هایی که در آن منطقه وجود داشت، انتخاب شدند. در این مرحله به همه مادران (۱۵۰ نفر) که دارای ملاک‌های ورود بودند (سن کودک آنها بین ۶ سال و ۱ ماه تا ۷ سال بود، دارای سطح تحصیلات در حد خواندن و نوشتن بودند، در پرونده پزشکی فرزند آنها مشکلات جسمی - حرکتی وجود نداشت)، چک لیست رفتاری کودکان (CBCL)، آخنباخ و رسکورلا) ارائه شد و ۱۳۰ پرسشنامه تکمیل شدند و تقریباً ۶۵ کودک در این چک لیست نمره ۳۴ و بالاتر (معادل T ۶۳ و بالاتر) به دست آوردند که از میان آنها ۳۰ کودک با توجه به نمره کسب شده در مقیاس همگن شدند و به‌طور تصادفی و مساوی در یکی از دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. به دلیل کارآمدی روش بازی در گروه‌های کوچک، افراد گروه مداخله به ۵ گروه کوچکتر (هر گروه ۳ نفر) تقسیم شدند. کودکان گروه‌های مداخله در جلسات بازی شرکت کردند. در صورتی که گروه کنترل برنامه عادی مهد را دنبال نمودند. در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده به عمل آمد.

نظام ارزیابی مبتنی بر تجربه آخنباخ: برای سنجش مشکلات برونی‌سازی کودکان از فهرست رفتاری کودک (CBCL) استفاده شد. فرم‌های CBCL و فرم گزارش معلم (TRF) در کنار فرم خود گزارش‌دهی نوجوانان (YSR) مجموعه جامعی با عنوان «نظام ارزیابی مبتنی بر تجربه آخنباخ» (ASEBA) را تشکیل داده‌اند [۲۰]. این مجموعه حاصل چندین دهه پژوهش آخنباخ و همکاران وی است. در این پژوهش از فرم فهرست رفتاری کودک (CBCL) استفاده شد. این فرم دارای دو بخش می‌باشد. نخستین بخش «صلاحیت» نام دارد و از سه مقیاس فعالیت، اجتماع و مدرسه تشکیل شده است. در مقیاس فعالیت، والدین فعالیت‌های ورزشی، فعالیت کاری، شغلی و دیگر فعالیت‌های کودک را از حیث تعداد و مهارت در انجام هر یک در مقایسه با همسالانش گزارش می‌کنند. در مقیاس اجتماع، والدین فعالیت‌های کودک در انجمن (سازمان، تیم یا هر گروه دیگر)، روابط دوستانه، سازگاری با خواهران و برادران، همراه بودن با کودکان دیگر، رفتار با والدین و انجام کارها به تنهایی را ارزیابی می‌کنند. در مقیاس مدرسه، کارآمدی کودک در دروس مختلف، استفاده از خدمات کمک آموزشی یا دروس خاص، مردود شدن و یا سایر مشکلات تحصیلی و مدرسه‌ای مورد بررسی قرار می‌گیرند. بخش دوم شامل ۱۱۳ ماده در باره مشکلات خاص کودکان است و والدین می‌بایستی وضعیت فرزند خود را در هر ماده با انتخاب یکی از سه گزینه «نادرست»، «تا حدی درست» و «کاملاً درست» مشخص کنند. نمره هر یک از این

بازی از گروه مداخله به گروه کنترل وجود نداشت. جلسات در اتاق بازی، که مکان و زمان آن بر اساس توافق والدین تعیین شده بود اجرا گردید و وسایل بازی برای هر ۵ گروه آزمایش یکسان بود. ۲۴ ساعت پس از آخرین جلسه مداخله، پس از هر دو گروه مداخله و کنترل گرفته شد و در انتهای همین جلسه، از همه مادران و مسئولین مهد کودکها برای همکاری در پژوهش قدردانی شد و به همه کودکان جوایزی اهداء گردید. بازیها به صورتی که در پی می آیند اجرا شد:

جلسه اول: لگوی انفرادی، پپ پاک کن به شکل انسان، بازی بریدن کاغذ. هدف: رشد هماهنگی فیزیکی و ارتباطات فضائی، رشد مهارت‌های اجتماعی، تحریک تخیلات کودک، پرورش حافظه بینایی و پرورش قدرت بیان و داستان سازی، افزایش مفاهیم تصور بدنی و تن آگاهی، جهت یابی.

جلسه دوم: نقاشی تخیلی، پازل، بقالی گروهی. هدف: تقویت عضلات انگشتان، برون ریزی احساسات، تشخیص عواطف خود، پرورش دقت دید، تشخیص شکل، شناخت جزء از کل، یادگیری کلمات جدید، پرورش قدرت بیان، تطابق چشم با دست، پیشرفت حافظه توالی شنیداری، پیشرفت تداعی شنیداری و دیداری.

جلسه سوم: بازی با مداد رنگی و آبرنگ، آینه و تخته سیاه، دومینو گروهی. هدف: افزایش تصور بدنی، آگاهی جنبشی-لمسی، آگاهی از وضعیت جانبی و جهت یابی.

جلسه چهارم: خمیر بازی، ساختن پازل انسان به صورت گروهی، نخ و تسبیح. هدف: تقویت قوه خلاقیت، برون ریزی هیجانات و آرامش، پیشرفت تن آگاهی و تصور بدنی، پیشرفت آگاهی فضایی، پیشرفت هماهنگی چشم و دست، پیشرفت توانایی حافظه توالی بینایی، یادگیری چگونگی تمیز اشیاء مختلف از نظر شکل و اندازه، پیشرفت هماهنگی حرکات ظریف دات (افزایش تمرکز، دقت)، عروسک انگشتی.

جلسه پنجم: پازل شباهت‌ها و اختلاف‌ها، عروسک و ماشین بازی (بازی نقش)، بریدن کاغذ. هدف: پیشرفت جهت یابی، افزایش آگاهی کودک از وضعیت خود در هوا، افزایش آگاهی کودک از ادراک شکل، تخلیه هیجانی، افزایش اعتماد به نفس، پرورش مهارت حرکتی، پرورش حرکات کوچک و هماهنگی چشم و دست.

جلسه ششم: مکعب‌های چوبی، داستان گویی از روی تصویر به صورت گروهی، تخته میخ‌دار. هدف: آموزش مفاهیم ذهنی، فضایی، ریاضی، توسعه تخیلات، همفکری و تبادل نظر، زمینه‌سازی برای خواندن و نوشتن، پرورش تخیل، بیان و توضیح تصاویر، یادگیری خواندن تصویر از راست به

تعداد اندک پرسش‌ها و متفاوت بودن شکل آنها مقادیر آلفا در سطح مورد انتظار و رضایت‌بخش قرار داشت. ضرایب آلفای مقیاس‌ها و زیر مقیاس‌ها CBCL بین ۰/۸۷ (برای مقیاس برون‌سازي) و ۰/۷۳ (برای مشکلات اجتماعی) قرار داشت. آلفای کرونباخ برای بعد مشکلات بیرونی ۰/۵۹ و درونی ۰/۶۵ گزارش شده است [۲۱]. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای هشت زیر مقیاس در دامنه‌ای بین ۰/۴۸ تا ۰/۷۵ به دست آمد. در مطالعه‌ای در فرانسه نقطه برش CBCL، ۴۱ مشخص شده است. این پرسشنامه در ایران در سال ۱۳۸۴ ترجمه و نقطه برش آن ۶۳ تعیین شد [۲۲]. در این پژوهش برای بررسی روایی محتوایی سوالات مقیاس مورد استفاده از نظرات اساتید راهنما و مشاور و متخصصان موضوعی در زمینه پژوهش استفاده شده است و اعتبار پرسشنامه نیز پس از اجرای اولیه روی ۳۰ نفر از افراد نمونه با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ محاسبه شد و مقدار آلفا برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۵ و برای پرسشنامه نادیده گرفتن قواعد ۰/۷۲ و زیر مولفه پرخاشگری ۰/۶۸ به دست آمد.

روش اجرا: برای اجرای پژوهش، پس از انتخاب آزمودنی‌ها، از میان ۵ مهد، دو مهد که مکان و متناسب بودن اتاق آنها مورد توافق والدین بود برای برگزاری جلسه‌های بازی انتخاب شد و پس از هماهنگی با مهد کودک و والدین، زمان و روز برگزاری جلسه‌ها (هر گروه به مدت ۱۶ جلسه) معین گردید در هر جلسه ۳ نوع بازی در اختیار کودکان قرار گرفت (در مجموع ۴۸ بازی) که متناسب با سن کودکان ۶-۷ سال بود. برای انتخاب بازی‌ها از نظر متخصصان (۴ روانشناس، یک متخصص طب اطفال و دو کاردرمانگر) در زمینه بازی درمانی استفاده و بازی‌هایی انتخاب شد که دارای ارزش‌های جسمانی، درمانی، شناختی و آموزشی و متناسب با سن آزمودنی‌ها بود. بازی‌های انتخابی از ساده به دشوار تنظیم شده بودند به گونه‌ای که کودکان می‌توانستند حضور یکدیگر را در کنار خودشان تحمل کنند. بازی‌ها به صورت فردی و گروهی انجام می‌شدند و در ابتدای هر جلسه به کودکان قوانین جلسات گفته شد. بازی‌ها توسط پژوهشگر که به مدت چندین سال در محیط مهد کودک فعالیت داشته و با بازی‌ها آشنایی کامل داشته است اجرا گردید. گروه مداخله شامل ۵ گروه ۳ نفره بود که دو گروه روزهای شنبه و سه شنبه و سه گروه دیگر در روزهای دوشنبه و چهارشنبه در جلسات به مدت یک ساعت شرکت کردند. گروه کنترل برنامه عادی مهد را دنبال کردند. با توجه به این نکته که گروه مداخله، کودکان پیش دبستانی بودند که تمام زمان خود را در کلاس‌های آموزشی مهد سپری می‌کردند، فرصت انتقال

تعقیب بینایی، افزایش هماهنگی حرکات درشت، پیشرفت مفاهیم وضعیت جانبی و جهت‌یابی در فضا، پرورش مهارت‌های حرکتی، پرورش حرکات کوچک، پرورش هماهنگی چشم و دست.

جلسه پانزدهم: رنگ آمیزی با انگشت، ساختن داستان و قصه‌گویی، توپ بازی گروهی. هدف: پیشرفت تن آگاهی و خودپنداره، پیشرفت ادراک جنبشی و لمسی، تشویق کودک به کسب تجربه در طرح و شکل.

جلسه شانزدهم: خمیر بازی گروهی، لگو با الگو، بازی با آهنگ. هدف: افزایش آگاهی لمسی، افزایش حس مشارکت و همیاری، تقویت تعادل.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از توضیح هدف پژوهش و مراحل انجام کار به مسئولین و والدین و اخذ رضایت‌نامه کتبی از آنها جهت شرکت فرزندانشان در طرح پژوهش، والدین مجاز بودند هر زمان که مایل باشند فرزندان خود را از جلسات پژوهش خارج کنند و در صورت تمایل آنها، نتایج در اختیار مسئولین مهد کودک گذاشته شود. همچنین، بعد از جلسات مداخله، دو جلسه توجیهی برای گروه کنترل برگزار شد و والدین و کودکان در جریان بازی‌های به کار گرفته شده در گروه مداخله قرار گرفتند.

داده‌های به دست آمده قبل و بعد از جلسات بازی با استفاده از شاخص‌های آمار استنباطی (آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت تعیین نرمال یا غیر نرمال بودن توزیع نمرات، آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها و آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین‌های گروه‌های مداخله و کنترل) مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهشی در دو گروه آزمایش و کنترل در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

چپ، پیشرفت ادراک شکل، افزایش هماهنگی حرکات ظریف، پیشرفت حافظه و فراخوانی بینایی.

جلسه هفتم: قوطی تمیز شنیداری، خمیر بازی گروهی، موزیک. هدف: پرورش حس شنوایی، تشخیص صداهای مشابه، جور کردن.

جلسه هشتم: لگوی گروهی، عروسک انگشتی و قصه، توپ بازی.

جلسه نهم: بازی تقلید صدا، کار دستی گروهی، دارت مکنده. هدف: پرورش حس شنوایی، شناخت صداهای مختلف محیطی، تشخیص تفاوت سکوت و سروصدا، افزایش همکاری و کار گروهی، یادگیری مهارت‌های اجتماعی و قوانین.

جلسه دهم: کشیدن نقاشی از روی الگو، پازل اعداد و حروف. هدف: تخلیه هیجانی، تقویت حافظه، پیشرفت آگاهی جنبشی و لمسی، کمک به کودکان برای شناخت حروف و اعداد.

جلسه یازدهم: بازی انتخابی، بازی نقش با بچه‌ها، کپی اشکال هندسی. هدف: پرورش مهارت حرکتی، پرورش حرکات کوچک، ایجاد کنترل حرکتی برای رسم خط، ایجاد تمرکز و دقت.

جلسه دوازدهم: بازی با اشیاء درون کیسه، بازی با توپ و سطل، کپی اشکال پنهان. هدف: پرورش حس لامسه، تشخیص تفاوت و تشابه اشیاء، جور کردن، پرورش حس بینایی، پرورش حافظه بینایی، زمینه‌سازی برای خواندن و نوشتن.

جلسه سیزدهم: حباب‌بازی گروهی، کارت‌های آموزشی، پازل گروهی. هدف: پیشرفت هماهنگی چشم و دست، پیشرفت مفاهیم آگاهی فضایی، افزایش کنترل بینایی، افزایش آگاهی از مشاغل مختلف، حیوانات، رنگ‌ها.

جلسه چهاردهم: بازی با بادکنک، مهره نخ کردن، دومینو فردی. هدف: هماهنگی چشم و دست، پیشرفت مهارت

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مداخله	پرخاشگری	۱۲/۱۳	۲/۸۸	۶/۹۳	۲/۴۹
	نادیده گرفتن قواعد	۱۱/۵۳	۳/۰۴	۸	۲/۱۷
	مشکل برونی‌سازی	۲۳/۶۷	۴/۲۲	۲۱	۴/۹۳
کنترل	پرخاشگری	۱۰/۴۷	۳/۸۳	۱۰/۶	۳/۶۲
	نادیده گرفتن قواعد	۱۰/۲۷	۳/۵۶	۱۰/۲	۱/۹۷
	مشکل برونی‌سازی	۲۰/۲۷	۵/۸۹	۲۰/۸	۴/۹۳

۲۱ تغییر یافته است. همچنین میانگین مشکلات برونی‌سازی در گروه کنترل پیش از مداخله ۲۰/۲۷ و پس از مداخله

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین مشکل برونی‌سازی در گروه آزمایش پیش از مداخله ۲۳/۶۷ و پس از مداخله به

جدول ۲- بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها با استفاده از آزمون

کالموگروف- اسمیرنف		
مقدار احتمال	Z	مولفه ها
۰/۸۳۰	۰/۴۹۷	پرخاشگری
۰/۶۹۳	۰/۷۲۳	نادیده گرفتن قواعد
۰/۷۶۲	۰/۶۰۸	مشکلات برونی سازی

جدول ۳- نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس نمرات

درون گروهی آزمودنی‌ها				
متغیرها	F	df	df	معناداری
پرخاشگری	۱/۶۷	۱	۲۸	۰/۳۹
نادیده گرفتن قواعد	۰/۳۵	۱	۲۸	۰/۵۵
مشکلات برونی سازی	۰/۵۶	۱	۲۸	۰/۲۲

۲۰/۸ بوده است. به منظور رعایت مفروضه‌های استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش از آزمون کولموگروف- اسمیرنف استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است. از مقادیر احتمال ارائه شده در جدول ۲ می‌توان استنباط کرد که تمامی متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال برخوردار می‌باشند. به منظور بررسی دومین مفروضه تحلیل کوواریانس با استفاده از آزمون لوین همگنی واریانس‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت و نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است. همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود با توجه به اینکه مقدار F برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبود ($p > 0.05$) بنابراین مفروضه همگنی واریانس داده‌ها برقرار است. رسم شیب رگرسیون برای هر متغیر نشان داد که خطی نبودن شیب رگرسیون نیز برقرار است. بنابراین، می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده نمود.

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس در مورد متغیرهای پژوهش

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	ضریب اتا
مشکل برونی سازی	اثر همپراش	۹۵/۵۳	۹۷/۵۳	۴۹/۱۷	< 0.001	۰/۹۴۷
	اثر گروه	۲۵/۱۳	۲۵/۱۳	۱۳/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۳۲۴
	خطا	۵۳۹/۳۳	۱۹/۲۶			
پرخاشگری	اثر همپراش	۲۳/۶۳	۲۳/۶۳	۲۳/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۸۹
	اثر گروه	۱۰/۸۳	۱۰/۸۳	۱۰/۴۳	۰/۰۰۳	۰/۲۷۲
	خطا	۲۷/۵۳	۱۹/۶۶			
نادیده گرفتن قواعد	همپراش	۳۰	۲۴/۸/۳	۵۷/۷۴	< 0.001	۰/۹۵
	اثر گروه	۳۸/۳۰	۳۶/۳۰	۸/۴۴	۰/۰۰۷	۰/۲۳۲
	خطا	۱۲۰/۴	۴/۳			

بررسی را به خود اختصاص داده اند، اختلالات برونی سازی هستند که از مقاوم‌ترین اختلالات دوره کودکی بوده و به عنوان محور مشکلات رفتاری کودکان شناخته شده‌اند [۲۳]. پاره‌ای از پژوهشگران با تأکید بر درمان زود هنگام این مشکلات در سنین پایین که خود نوعی پیشگیری محسوب می‌شود، نشان داده‌اند که اگر این مشکلات در سنین پیش دبستان و سال‌های ابتدای کودکی شناسایی و درمان شوند تا حد زیادی تخفیف می‌یابند و به بهبود عملکرد کودک در زمینه‌های مختلف منجر می‌شود. پژوهش‌های متعدد به بررسی اثربخشی درمانگری‌های متفاوت در زمینه مشکلات رفتاری کودکان پرداخته‌اند [۱۰]. یکی از روش‌های درمانی بازی است که پژوهشگران بسیار طی چندین دهه از آن برای درمان طیف وسیعی از اختلالات و مشکلات بهره جسته‌اند و اثربخشی آن را به تایید رسانده‌اند [۱۸]. بازی روش درمانی خاص کودکان است که نسبت به سایر

با توجه به نتایج جدول ۴، می‌توان بیان کرد که بازی در کاهش مشکلات برونی سازی موثر بوده است. ضریب اتا نشان می‌دهد که بازی ۳۲/۴ درصد از کاهش مشکلات برونی سازی را تبیین می‌کند. همچنین، بازی میزان رفتار پرخاشگرانه کودکان را کاهش می‌دهد. در واقع، بازی ۲۷/۲ درصد از تغییرات رفتار پرخاشگری را تبیین می‌کند. در نهایت، شرکت در جلسات بازی موجب تغییر در رفتار نادیده گرفتن قواعد شده است و بازی می‌تواند ۲۳/۲ درصد از تغییرات رفتار نادیده گرفتن قواعد را تبیین کند.

بحث

طی دهه‌های گذشته توجه فراوانی به اختلال‌های دوره کودکی شده و مطالعات زیادی در این زمینه صورت گرفته است. از جمله اختلالات دوره کودکی که بیشترین نقد و

را بالا برد و از این طریق ارتباط بهتری با همسالان خود پیدا می‌کند و استرس و اضطراب طردشدن از گروه کاهش می‌یابد. یافته‌های پژوهش مبین آن بود که بازی رفتار نادیده گرفتن قواعد را کاهش داد. برفیلد، در پژوهش خود که با کودکان ۷-۵ ساله انجام گرفت به این نتیجه رسید که بازی به ویژه هنگامی که به صورت گروهی به اجرا در می‌آید شیوه مناسبی برای بهبود مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی کودکان به‌شمار می‌آید. در واقع، در جریان بازی این فرصت در اختیار کودکان قرار می‌گیرد که احساساتی را که اجازه بیان آنها را در محیط‌های دیگر ندارند، بدون ترس از پیامدهای آنها ابراز کنند. در فرایند بازی کودکان می‌توانند رویدادها و مسائلی را که در دنیای واقعی با آنها رو به رو بوده‌اند بازپدید آورند و با تکرار این موقعیت‌ها به جای یک نقش فعل‌پذیر، نقش فعالی را به عهده گیرند. بدین ترتیب کودک می‌تواند از راه تکرار و تسلط یافتن بر موقعیت بر احساس‌های خود غلبه کند. کودک به مدد بازی می‌تواند عواطف و هیجان‌های مختلفی را بازآفرینی کند و از این راه تجربه خود را برای درک بیشتر عواطف عمیق‌تر، گسترده‌تر و ظریف‌تر گسترش دهد [۳۳].

محدود شدن نتایج پژوهش حاضر به کودکان شش ساله منطقه ۱۶ تهران، تعداد ۱۶ جلسه بازی، استفاده از فرم والدین چک لیست رفتاری کودک و در اختیار نداشتن مکان و وسایل بازی کافی و استاندارد، تعمیم‌پذیری آن را با دشواری مواجه می‌سازد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی ضمن بررسی اثربخشی بازی در دوره‌های سنی متفاوت و استفاده از روی‌آورد‌های درمانی چندگانه که علاوه بر کودکان بر خانواده و والدین نیز متمرکز باشد و برگزاری ۳۰ تا ۳۵ جلسه بازی، نتایج درمانی جامع‌تری را در اختیار درمانگران و مشاوران کودک قرار دهند.

نتیجه‌گیری

بررسی نتایج نشان می‌دهد که بازی، شیوه مؤثری در کاهش نشانه‌های برونی‌سازی کودکان پیش دبستانی است. در جریان بازی، مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی کودکان رشد پیدا می‌کند و در چنین چهارچوبی می‌توانند با باز پدیدآوری مکرر موضوع‌ها و رویدادهای مهم، احساسات و هیجان‌های خود را برونی‌سازی کنند، به بیانش جدیدی دست یابند و شیوه‌های سازش‌یافته‌تر حل مسئله را برگزینند. در راستای استفاده بهینه از نتایج پژوهش حاضر، خانواده‌ها و کارشناسان آموزشی می‌توانند در جریان این نتایج قرار بگیرند و به ابزاری قوی در امر کاهش مشکلات رفتاری و افزایش سازگاری کودکان مجهز شوند. با توجه به ارزش جسمانی، درمانی، اجتماعی و آموزشی بازی و تاثیر آن بر کاهش

روش‌ها، امتیازهای برجسته‌ای دارد. از یک سو، بازی وسیله بیان کودک است و از سوی دیگر، مورد توجه و استقبال کودکان نیز قرار می‌گیرد و امکان بررسی تمام جنبه‌های مشکل فراهم می‌شود [۲۴]. در همین راستا محقق در پژوهش حاضر در صدد برآمد تا اثربخشی بازی را در درمان مشکلات برونی‌سازی در کودکان مورد بررسی قرار دهد. یکی از یافته‌های پژوهش مبنی بر آن است که بازی بر کاهش مشکلات برونی‌سازی موثر بوده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های رنی [۲۵]، برستون [۲۶]، براندت [۲۷]، مبنی بر اثربخشی بازی بر کاهش مشکلات برونی‌سازی همخوانی دارد. لندرت [۲۸]، با به کارگیری بازی درمانی در گروهی از کودکان که شاهد خشونت خانوادگی بودند، توانست مشکلات رفتاری و مشکلات برونی‌سازی را به‌طور چشم‌گیری کاهش دهد و به افزایش سطح خودپنداشت آنها کمک کند. بیات [۲۹]، نیز در پژوهشی، مشکلات برونی‌سازی را در کودکان ۶ تا ۷ سال با استفاده از روش بازی درمانی کودک محور کاهش داد. میلسون و رییس [۳۰]، میزان اضطراب جدایی کودکان ۶-۳ ساله را با استفاده از این روش کاهش دادند. شن [۳۱]، در مطالعه‌ای نشان داد بازی درمانی موجب کاهش اضطراب و خطر اقدام به خودکشی در بازماندگان نجات‌یافته از زلزله چین شد. کودکان از طریق بازی عواطف و احساسات خود را برونی‌ریزی می‌کنند و از طریق بیان اضطراب خود به وسیله ابزار بازی، کلمات و ارتباط‌هایی که در بازی برقرار می‌کنند به کنترل منبع استرس بپردازند. بازی در کنترل احساسات کودک از طریق ایفای نقش نیز تاثیر بسزایی دارد و کودک خود را در نقشی که برای او استرس‌آور است قرار می‌دهد و از این طریق به بیان خواسته‌های خود می‌پردازد. یافته دیگر پژوهش بیانگر آن بود که بازی بر کاهش رفتار پرخاشگری از طریق برونی‌ریزی هیجان‌ها و جایگزین کردن روش‌های مناسب مهار خشم موثر بوده است. یافته اخیر با نتایج پژوهش ری [۱۶] و احمدی [۳۲] مبنی بر اثربخشی بازی بر کاهش اشکال مختلف پرخاشگری (کلامی، غیر کلامی، پنهان) در پسران مورد تأیید قرار گرفت. ری [۱۶]، از بازی درمانگری برای کاهش رفتارهای اغتشاش‌آمیز در مدرسه بهره گرفت و به این نتیجه دست یافت که بازی درمانی می‌تواند پرخاشگری را تا حد زیادی تخفیف دهد [۱۶]. گارز [۱۵]، تاثیر بازی درمانی را در کاهش مشکلات پرخاشگری و سایر مشکلات رفتاری کودکان اسپانیایی تبار مثبت ارزیابی کرد. کودک به کمک بازی مهارت‌های کنترل خشم، مهارت‌های ارتباط موثر با همسالان و راه‌های مثبت برونی‌ریزی پرخاشگری را می‌آموزد و از طریق بازی می‌تواند سطح خودپنداشت خود

therapy depression and anxiety of children who are homeless. *Int J Play Ther.* 2004; 13(2): 31-51.

14- Bills RF. Non-directive play therapy with retarded readers. *J Couns Psychol.* 1950; 14(5): 140-9.

15- Garza Y, Bratton SC. School-based child-centered play therapy with hispanic children: Outcomes and cultural considerations. *Int J Play Ther.* 2005; 14(1): 51-80.

16- Ray D. Contemporary play therapy: Theory research and practice. New York. London: The Guilford Press; 2006.

17- Perry LH. Play therapy behavior of maladjusted and adjusted children [Dissertation]. University of North Texas Dissertation Abstracts International. 1988; 49(10): 2937-40.

18- Porter ML, hernandez- Rief M, Jesse P. Play therapy: A review. *Earl Child Dev Care.* 2007; 25(12): 1587-91.

19- Schachar R, Washmuth R. Oppositional defiant disorder in children: A validation study comparing conduct disorder, oppositional disorder and normal control children. *J Psychol Psychiatr.* 1990; 31: 1089- 109.

20- Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA school age forms profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families; 2001.

21- Ahadi B. The scampering of behavioral problems and academic achievement in children with and without movement problems. *J Rehabil Quart.* 2008; 1(37): 48-52. [Persian]

22- Minaei A. Accommodation and normalization of ASEBA Child behavioral scales, youth self report questionnaire and teachers report form. *Quart Res Excep child.* 2005; 19(1): 529-58. [Persian]

23- Gardner F. The quality of joint activity between mothers and their children with behavior problems. *J Child Psychiatr.* 1994; 35(5): 935-48.

24- Watson DL. An early intervention approach for students displaying negative externalizing behaviors associated with childhood depression: A study of the efficacy of play therapy in the school [Dissertation]. Capelin University: Australia; 2007.

25- Rennie RL. A comparison study of the effectiveness of individual and group play therapy in treating kindergarten children with adjustment problems [Dissertation]. University of North Texas: USA; 2000.

26- Brestan E, Eyberg S. Effective psychosocial treatments of conduct disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *J Clin Child Psychol.* 1998; 27(2): 180-9.

27- Brandt MA. An investigation of the efficacy of the therapy with young children [Dissertation]. University of North Texas. Dissertation Abstract International. 1999; 48(05): 2105-15.

28- Landreth GL. Therapeutic limit setting in the play therapy relationship. *J Prof Psychol: Res Pract.* 2002; 33(6): 529-35.

29- Bayat M. The effectiveness of child center play therapy on reduce of externalizing problems in children [Dissertation]. Shahid Beheshti University; 2008. [Persian]

30- Milson ME, Reiss S. Effects of three play conditions on separation anxiety in young children. *J Counsel Couns Psychol.* 1982; 50(3): 389-95.

31- Shen Y. Short-Term group therapy with Chinese earthquake victims: Effects on anxiety, depression, and adjustment. *Int J Play Ther.* 2002; 11(1): 43-63.

32- Ahmadi M. Study of play therapy in reduction of children's aggression [Dissertation]. Tarbiat Modares University; 1997. [Persian]

33- Brofield RN. Psychoanalytic play therapy. In C.E. Schaefer (Ed.), *Foundation of play therapy.* Hoboken: John Wiley & Sons; 2003.

مشکلات رفتاری کودکان، والدین و مریبان کودک می‌توانند با کاربرد بازی در کاهش پرخاشگری و نادیده گرفتن قواعد در کودکان آشنا شوند و پیامد مثبت آن را در بهبود ارتباط کودک با همسالان مشاهده نمایند. از سوی دیگر زمینه را برای کاهش مشکلات در عملکرد تحصیلی آتی کودک فراهم نماید و از این طریق می‌توان بسیاری از مشکلاتی را که ممکن است در زمینه عملکرد تحصیلی و تبعیت از قواعد اجتماعی، برای فرد ایجاد شود پیشگیری نمود.

تشکر و قدردانی: مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران می‌باشد. بدین وسیله پژوهشگران مراتب تشکر و سپاسگزاری را از مدیران محترم مهدهای کودک منطقه ۱۶ تهران، به ویژه مادران کودکان شرکت کننده در پژوهش، که در اجرای این طرح از هیچ کوششی فروگذاری نکردند اعلام می‌دارند.

منابع

- 1- Janice LC, Masi R, Vick J. Social-emotional development in early childhood. National center for children in poverty: Columbia University; 2009.
- 2- Bills RF. Non-directive play therapy with retarded readers. *J Couns Psychol.* 1950; 14(2): 140-9.
- 3- Denita MR, Elizabeth C, William JR. Behavioral parent training as a treatment for externalizing behaviors and disruptive behavior disorders: A meta-analysis. *School Psychol Rev.* 2005; 34(3): 512-7.
- 4- Featherston B. Research review: Parent stress and externalizing child behavior. *child and family social work,* 2002; 7(3): 219-25.
- 5- Gilliom M, Shaw DS. Co-development of externalizing and internalizing problems in early childhood. *Dev Psychopath.* 2004; 16(2): 313-34.
- 6- Young-Mum E, Fitzgerald HE, Von Eye A. Predictors characteristics of externalizing and internalizing child behavior problems in the context of high and low parental psychopathology. *Infant Ment Health J.* 2001; 22(3): 393-415.
- 7- Liu J. Childhood externalizing behavior: Theory and implication. *J child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2004; 17(3): 93-100.
- 8- Wicks-Nelson R, Israel AC. Behavior of childhood (3ed.). New Jersey: USA; 2003.
- 9- Ogawa Y. Effectiveness of child-centered play therapy with Japanese children in the United States. Children [Dissertation]. University of North; 2006.
- 10- Bratton SC, Ray D, Rain T, Jones L. The efficacy of therapy with children: A meta-annalistic review of treatment outcomes. *Prof Psychol: Res Pract.* 2005; 36(4): 376-90.
- 11- Nurcombe B, Wooding S, Marring P, Bick-Man L, Roderts G. Child sexual abuse II treatment. *J Psychiatr.* 2000; 34(1): 92-7.
- 12- Scott TA, Burlingame G, Staling M, Porter C, Lilly JP. Effect of individual client-centered play therapy on sexually abused children's mood, self-concept, and social competency. *Int J Play Ther.* 2003; 12(1): 7-30.
- 13- Beggarly J. The effects of child-centered group play