

Autumn 2020, Volume 7, Issue 1

The Effectiveness of a Child-centered Play Therapy on Internalized Children's Problems

Narjes Jamjoo¹, Mahnaz Askarian^{2*}

1- Master of Counseling, Azad University of Tehran North Branch, Tehran, Iran.

2- Faculty Member, Counseling Group, Islamic Azad University, North Tehran Branch, Tehran, Iran (Corresponding author).

Email: sara_jamjoo@yahoo.com

Received: 18 Dec 2018

Accepted: 21 July 2020

Abstract

Introduction: The world of children is the world of action and action, and play therapy can be realized within the world of the child. The purpose of the present study was to investigate the efficacy of child-centered play therapy on children's internalized problems.

Methods: The present study is a quasi-experimental study of heterogeneous groups. The statistical population of the study was 6-year-old children who referred to counseling center due to behavioral problems and were diagnosed with CBCL by a therapist. Of these, 16 children (8 in the experimental group and 8 in the control group) were selected by available sampling method. The research tool was the Children's Child Behavioral Checklist in Acheschach.

Results: The results showed that there was a significant decrease in post-test scores of depression, anxiety, physical problems and isolation in the experimental group. The results of covariance analysis indicated that the difference between pre-test scores with both post-test and follow-up tests ($P \leq 0.01$).

Conclusions: According to the results of this study, it seems that play therapy have positive and lasting effects on children with internal problems and improve their cognitive and emotional system and provide a better understanding of the process of developing emotions and problem solving.

Keywords: Child-Oriented Approach, Internalized Behavioral Problems, Play Therapy.

اثربخشی بازی درمانی کودک محور بر مشکلات درونی سازی شده کودکان

نرجس جام جو^۱، مهناز عسکریان^{۲*}

۱- کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد واحد تهران شمال، تهران، ایران.

۲- عضو هیئت علمی، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد واحد تهران شمال، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

ایمیل: sara_jamjoo@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۴/۳۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۹/۲۸

چکیده

مقدمه: دنیای کودکان، دنیای فعالیت و عمل است و بازی درمانی می تواند به درون دنیای کودک پی ببرد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی درمانی با رویکرد کودک محور بر مشکلات درونی سازی شده کودکان است.

روش کار: روش پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی گروه های ناهمسان می باشد. جامعه آماری پژوهش، کودکان ۶ ساله ای بودند که به دلیل مشکلات رفتاری به مرکز مشاوره مراجعه کردند و در ارزیابی توسط آزمون چک لیست رفتاری کودکان توسط درمانگر، دارای مشکلات درونی سازی شده تشخیص داده شده اند. از میان این افراد ۲۴ کودک (۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل) به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار پژوهش، چک لیست رفتاری کودکان آشنای بود.

یافته ها: نتایج به دست آمده نشان داد در گروه آزمایش، نمرات پس آزمون افسردگی، اضطراب، مشکلات جسمی و انزوا کاهش معناداری داشت. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که تفاوت نمرات پیش آزمون با هر دو آزمون پس آزمون و پیگیری در سطح $P < 0/01$ معنادار است.

نتیجه گیری: بنابر نتایج این پژوهش، بازی درمانی بر کودکان دارای مشکلات درونی شده تاثیرات مثبت و پایداری دارد و نظام شناختی و هیجانی آنها را بهبود می بخشد و موجب درک بهتر فرایند بروز هیجانات و حل مساله می شود.

کلیدواژه ها: بازی درمانی، رویکرد کودک محور، مشکلات رفتاری درونی سازی شده.

مقدمه

در سال های اخیر توجه به مسائل و مشکلات روانی کودکان به عنوان یکی از مهمترین موضوعات روانشناسی و روانپزشکی افزایش یافته است. زیرا، از یک سو کودکان قسمت عمده ای از جمعیت جوامع را تشکیل می دهند و از سوی دیگر، بسیاری از کودکان در سالهای نخستین کودکی دچار مشکلات عاطفی و رفتاری هستند که ممکن است تا بلوغ و بزرگسالی به طول بیانجامد. پژوهش ها آشکار ساخته اند که ۹،۵ تا ۱۴،۵ درصد کودکان از تولد تا پنج سالگی مشکلات عاطفی و روانشناختی متعددی را تجربه می کنند که ممکن است بر کارکرد روانشناختی، اجتماعی، عاطفی و تحصیلی آنها در سالهای بعد تاثیر منفی داشته باشد (۱). همچنین یافته های پژوهشی نشان می دهد که مشکلات اضطرابی و ترس، از جمله علت عمده بسیاری از نگرانی ها و مشکلات روانشناختی است که تا بزرگسالی

ادامه می یابد (۲).

تاکنون طبقه بندی های مختلفی از مشکلات رفتاری کودکان ارائه شده. طبقه بندی مشکلات دوران کودکی در قالب مشکلات درنی سازی شده و برونی سازی شده از رایج ترین و پرکاربردترین طبقه بندی ها است (۳). اختلالات درونی سازی شده عمدتاً درون فردی بوده و مشکلاتی همچون کناره گیری از مراودات اجتماعی، بازداری، اضطراب و افسردگی را در بر میگیرند (۴). این مشکلات می توانند از سنین بسیار پایین (قبل از هفت سالگی) آغاز شده و تا بزرگسالی ادامه یابند (۵).

اهمیت مطالعه مشکلات روانشناختی در دوران کودکی، تاثیر این مشکلات در ایجاد وقفه در رشد بهنجار کودکان است (۶). کودکان مبتلا به این اختلالات، خانواده، آموزشگاه و اجتماع را با مسائل و دشواریهای گوناگونی مواجه می کنند و آنها را نیز در برابر آفتگیهای روانی- اجتماعی دوران

از این عروسکها که تمایل داشت بازی کند. از این طریق کودک به کمک درمانگر می تواند به بیان احساسات، افکار و باورهای متضاد و معکوس خود بپردازد (۱۶). استفاده از رویکرد کودک محور، مستلزم آن است که جلسه درمان بر اساس رفتارها، خواسته ها و علائق کودک شکل گیرد. همین امر می تواند اثرات مثبتی بر افکار و هیجانات کودک دچار افسردگی و اضطراب داشته باشد. کودکان دچار اختلال افسردگی و اضطراب، در درک کامل هیجانات و افکار خود با تحریف شناختی روبرو هستند (۱۷). بر اساس موارد فوق الذکر، پژوهش حاضر به دنبال بررسی تاثیر بازی درمانی کودک محور بر مشکلات درونی سازی شده کودکان است.

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی گروه های ناهمسان می باشد. جامعه آماری پژوهش، شامل کودکان ۶ ساله ای بود که به دلیل مشکلات رفتاری در سال ۱۳۹۶ به مراکز مشاوره غرب تهران مراجعه کردند و در ارزیابی توسط آزمون CBCL توسط درمانگر، دارای مشکلات درونی سازی شده تشخیص داده شده اند. حجم نمونه ۲۴ کودک از جامعه بالا بود که به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ۱۲ کودک که والدینشان جلسات درمانی را بصورت کامل پیگیری کردند به عنوان گروه آزمایش و ۱۲ کودک به عنوان گروه گواه انتخاب شدند. ملاک انتخاب این تعداد نمونه به عنوان حجم نمونه مراجعه به منابع علمی مربوطه بود. در پژوهش های از نوع آزمایشی و علی-مقایسه ای، حجم نمونه حداقل ۱۰ نفر در هر گروه توصیه می شود (۱۸). گروه آزمایش تحت بازی درمانی قرار گرفتند و گروه گواه تحت هیچ درمانی قرار نگرفتند. بعد از پایان جلسات بازی درمانی پس آزمون برای دو گروه اجرا شد. علاوه بر اخذ پیش آزمون و پس آزمون از دو گروه، پس از گذشت دو ماه از اتمام دوره درمان، آزمون پیگیری در مورد هر دو گروه اجرا شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: کودکان با سن ۶ سال، ابتلا به مشکلات درونی سازی شده (تشخیص بعد از ارزیابی با آزمون CBCL). معیارهای خروج از پژوهش شامل ترک همکاری، غیبت بیش از ۱ جلسه درمان و دریافت درمان و مداخله های دیگر بود. ابزار جمع آوری داده ها چک لیست رفتاری کودکان (CBCL) بود. این مقیاس در سال ۱۹۹۱ توسط آشنباخ

نوجوانی و حتی بزرگسالی، آسیب پذیر می سازند (۷). امروزه برای درمان این دسته از اختلالات، از روشهای مرتبط با بازی بهره برداری می شود. دنیای کودکان، دنیای فعالیت و عمل است. و درمانگر با استفاده از بازی می تواند به درون دنیای کودک پی ببرد. در واقع اسباب بازی ها مانند زبان کودک اند. کودکان به دلیل پایین بودن سطح تفکر انتزاعی قادر به بیان هیجان و احساسات خود نیستند. سرکوب و عدم مهارت در بیان احساسات بویژه از نوع منفی آن بهداشت روانی کودک را به مخاطره می اندازد. لذا بازی ابزاری است تا کودک بوسیله آن خود را بیان کند (۸).

بازی درمانی نیز، یکی از روشهای شناخته شده مبتنی بر بازی کودکان می باشد که مورد استفاده درمانگران می باشد. بازی درمانی مداخله ای است که فرض زیربنایی آن این است که عامل تغییر در درمان که منجر به کاهش مشکلات درونی سازی شده می شود، همانا ارتباط کودک و درمانگر است. همچنین بازی درمانی مداخله ای مستقیم است که به دلیل ماهیت درون سازانه مشکلات مانند افسردگی، اضطراب، انزوایی و مشکلات جسمی منجر به عینی سازی آنها و در نتیجه افزایش اثربخشی مداخله می شود (۹). درمانگران از طریق بازی به کودکانی که مهارتهای اجتماعی یا عاطفی شان ضعیف است و مشکلات درونی سازی شده نظیر افسردگی، اضطراب، استرس و .. دارند، رفتارهای سازگارانه تری را می آموزند (۱۰). در بازی درمانی می توان، کودکان را برای مواجهه با موضوعات دردناک و اضطراب آور آماده ساخت (۱۱).

به علاوه، نتایج پژوهش های نشان می دهد که بازی درمانی موجب کاهش میزان تهاجم، کینه توزی و میزان خشم در کودکان می شود (۱۲)، بر انزوایی و کمروبی موثر بوده (۱۳) و نیز موجب کاهش نشانه های نافرمانی و لجبازی می شود (۱۴). نتایج یک پژوهش نشان می دهد که کودکان بیمار بستری در بیمارستان که تحت مداخلات بازی درمانی قرار گرفتند، نسبت به بیمارانی که مراقبتهای معمول دریافت کردند، احساسات منفی کمتر و سطوح پایین اضطراب را تجربه کرده اند (۱۵).

در فرایند بازی درمانی، تلاش می شود که جلسه درمان، بر اساس نیاز کودک پیش برود. به عنوان مثال؛ در بازی درمانی عروسکی کودک با اتاقی پر از اسباب بازیهای مختلف روبه رو می شود، درحالیکه آزاد است با هر کدام

برای تعیین مشکلات رفتاری کودکان طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۸ خرده مقیاس است که در دو گروه عهده مشکلات درونی سازی شده و برونی سازی شده قرار می گیرند. این چک لیست توسط والدین یا فردی که سرپرستی کودک را به عهده دارد، تکمیل شد. در این پژوهش از سوال های مربوط به بخش مشکلات درونی سازی شده که شامل ۳۲ سوال می باشد استفاده شده است. پاسخ به سوالات این پرسشنامه به صورت لیکرت ۳ گزینه ای از ۰ تا ۲ می باشد. بدین ترتیب که نمره "۰" به مواردی تعلق می گیرد که هرگز در رفتار کودک وجود ندارد؛ نمره "۱" به حالات و رفتارهایی داده می شود که گاهی اوقات در کودک مشاهده می شود و نمره "۲" نیز به مواردی داده می شود که بیشتر مواقع یا همیشه در رفتار کودک وجود دارد. این فرم، ۴ مشکل یا سندرم عاطفی- رفتاری را اندازه می گیرد که عبارت است از: افسردگی (AD) که شامل مواد ۱ تا ۸، اضطراب (WD) شامل مواد ۹ تا ۱۵، گوشه گیری (WD) شامل مواد ۱۶ تا ۲۱ و شکایت جسمانی (SC) شامل مواد ۲۲ تا ۳۲ است. در ایران این نظام سنجشی جهت انطباق و هنجاریابی کودکان فارسی زبان مورد پژوهش قرار گرفته است. برای برآورد ثبات زمانی مقیاس برونی سازی از ضریب همبستگی بین نمرات دو اجرا استفاده شده است که برای کل آزمون ۰/۹۷ و برای خرده مقیاس های افسردگی، اضطراب، شکایت جسمی و انزوا به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۸، ۰/۸۴ و ۰/۹۲ گزارش شده است (۱۹).

رویکرد بازی درمانگری کودک محور در هشت هفته و هر هفته دو جلسه به مدت ۴۵ دقیقه برگزار شد. ساختار این دوره را می توان به طور خلاصه این طور بیان نمود: جلسه ۱ تا ۴: جلسات اول صرف برقراری ارتباط بین کودک و درمانگر می شود. درمانگر قوانین را برای کودک بیان کرده و کودک نسبت به محیط و قوانین بازی شناخت پیدا می کند. جلسات ۴ تا ۱۲: در این جلسات کودک به بیان مشکلات خود از طریق بازی می پردازد و درمانگر بدون آن که سعی کند موضوعی بر کودک تحمیل کند و یا رفتار کودک را به سمت خاصی هدایت کند، تلاش می کند به کودک یاری رساند به بینش کافی نسبت به مشکل خود

و راه حل آن دست یابد. جلسات ۱۲ تا ۱۶: کودکان برای خاتمه درمانی آماده می شوند.

از بین کودکان ۶ ساله ای که به دلیل مشکلات رفتاری به مرکز مشاوره مراجعه کردند و در ارزیابی توسط آزمون CBCL توسط درمانگر، دارای مشکلات درونی سازی شده تشخیص داده شده اند، با والدین کودکان مذکور تماس گرفته شد و جهت شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه، رضایت آگاهانه آنان جلب شد. کد اخلاقی این پژوهش براساس نامه مجوز مرکز مشاوره غرب تهران ۷۴۵۱۲ بود. سپس آزمون CBCL بر روی آنها اجرا شد و کودکان دارای مشکلات درونی سازی شده تشخیص داده شده اند. در مرحله بعد شرکت کنندگان بر اساس ملاک های ورد به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس بر اساس انتساب تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. در مرحله بعد برای گروه آزمایش بازی درمانی در ۸ هفته (۱۶ جلسه) اجرا شد و گروه گواه تحت هیچ درمانی قرار نگرفتند. گروه کنترل برای دریافت مداخله در لیست انتظار قرار گرفت که در پایان دوره پژوهش مداخله مذکور درباره آنها نیز به اجرا درآمد. پس از اتمام دوره مداخله درباره گروه آزمایش، پرسشنامه مذکور بار دیگر به عنوان پس آزمون در مورد هر دو گروه اجرا شد. بعد از پایان جلسات بازی درمانی پس آزمون برای دو گروه اجرا شد. علاوه بر اخذ پیش آزمون و پس آزمون از دو گروه، پس از گذشت دو ماه از اتمام دوره درمان، آزمون پیگیری در مورد هر دو گروه اجرا شد. بدین ترتیب سه نمره، پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری بدست آمد. جهت تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده از روش آماری تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر با استفاده از نرم افزار (SPSS) نسخه ۲۱ استفاده شد.

یافته ها

در (جدول ۱) آماره توصیفی مشکلات درونی سازی شده و مولفه های آن به تفکیک گروه و آزمون در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار مقیاسهای مشکلات درونی سازی شده به تفکیک گروه و آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
افسردگی	گروه مداخله	۰/۲۴ + ۱/۸۱	۰/۲۷ + ۰/۶۵	۰/۴۰ + ۰/۷۱
	گروه شاهد	۰/۳۱ + ۱/۳۲	۰/۳۵ + ۱/۱۹	۰/۵۷ + ۱/۳۳
اضطراب	گروه مداخله	۰/۴۹ + ۱/۸۰	۰/۴۱ + ۰/۹۰	۰/۶۶ + ۱/۰۱
	گروه شاهد	۰/۳۳ + ۱/۴۴	۰/۶۷ + ۱/۲۸	۰/۳۰ + ۱/۲۵
مشکلات فیزیکی (جسمی)	گروه مداخله	۰/۲۹ + ۱/۶۴	۰/۳۰ + ۰/۸۱	۰/۴۵ + ۰/۸۵
	گروه شاهد	۰/۴۴ + ۱/۵۸	۰/۵۵ + ۱/۲۷	۰/۲۹ + ۱/۳۵
گوشه گیری	گروه مداخله	۰/۲۸ + ۱/۶۰	۰/۳۶ + ۰/۹۲	۰/۶۲ + ۱/۱۰
	گروه شاهد	۰/۲۴ + ۱/۳۳	۰/۴۱ + ۱/۲۹	۰/۴۵ + ۱/۳۸

توزیع همه متغیرها نرمال می باشد. مقادیر F در بررسی همسانی ماتریس های کواریانس معنادار نمی باشد، بنابراین ماتریس کواریانس همه متغیرها همسان می باشد. بررسی نتایج آزمون کروویت ماچلی نشان می دهد که در مقیاس افسردگی مقدار خی دو به دست آمده در سطح ($P < ۰/۰۱$) معنی دار می باشد. بنابراین، واریانس تفاوت بین ترکیبهای ماتریس واریانس - کوواریانس مربوط به این دو مقیاس در گروههای مورد بررسی یکسان نیست. لذا، از تصحیح گیسر استفاده شده است. اما در سایر مقیاسها، مقادیر خی دو معنادار نبوده و همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس برقرار است و از ضرایب کرویت استفاده شده است.

همانطور که در (جدول ۱) مشاهده می شود در هر ۴ مقیاس مربوط به مشکلات درونی سازی شده، در پس آزمون گروه آزمایش کاهش نمره وجود دارد. قابل ذکر است که نمرات بالاتر در این ۴ مقیاس، حاکی از نشانه های اختلالی بیشتر و نمرات پایین، نشاندهنده نمرات کمتر است. به منظور بررسی تاثیر بازی درمانی کودک محور بر مشکلات درونی سازی شده کودکان، از طرح آمیخته عاملی با اندازه گیری مکرر استفاده شده است و به منظور بررسی پیش فرضهای استفاده از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر از آزمون های کولموگروف - اسمیرنف، M باکس (جدول ۲) و کروویت ماچلی استفاده شده است. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنف نشان می دهد که

جدول ۲: آزمون باکس (بررسی همسانی ماتریس کوواریانس)

مشخصه آماری	اضطراب	افسردگی	انزوایطلبی	مشکلات جسمانی
باکس M	۸/۳۲	۴/۴۲	۷/۰۲	۶/۴۳
مقدار F	۱/۶۱	۰/۶۷	۱/۳۴	۰/۹۱
سطح معناداری	۰/۱۰	۰/۵۶	۰/۱۶	۰/۲۳

مراجعه کننده به مراکز مشاوره غرب شهر تهران (جدول ۳) نتایج نشان داد:

در ادامه بررسی فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی بازی درمانی کودک بر مشکلات درونی سازی شده کودکان

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس عاملی با اندازه گیری مکرر

مؤلفه ها	مشخصه آماری	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	معنی داری	اندازه اثر
اضطراب	درمان	۶۰۰۴/۳۲	۲	۳۰۰۲/۱۶	۱۰۳/۴۵	۰/۰۱	۰/۴۷
	گروه	۵۴۳۲/۰۷	۱	۵۴۳۲/۰۷	۱۳۲/۴۴	۰/۰۱	۰/۴۹
	درمان * گروه	۴۹۰۲/۰۰	۲	۲۴۵۱/۰۰	۹۴/۸۸	۰/۰۱	۰/۵۳
افسردگی	درمان	۷۱۵۸/۳۷	۲	۳۶۲۴/۱۸	۷۸/۳۶	۰/۰۱	۰/۳۶
	گروه	۸۵۱۶/۰۴	۱	۸۵۱۶/۰۴	۸۶/۳۶	۰/۰۱	۰/۴۶
	درمان * گروه	۶۷۲۸/۷۶	۲	۱۴۳۳/۳۸	۱۰۴/۵۲	۰/۰۱	۰/۳۹

انزواطلبی	درمان	۲۶۳۷/۱۵	۲	۱۳۱۸/۵۷	۷/۳۴	۰/۰۱	۰/۳۴
	گروه	۲۱۳۴/۴۸	۱	۲۱۳۴/۴۸	۱۳/۹۰	۰/۰۱	۰/۴۵
	درمان * گروه	۱۱۵۴/۷۰	۲	۵۵۷/۳۵	۳/۲۱	۰/۰۵	۰/۲۰
مشکلات جسمانی	درمان	۲۶۴۵/۶۹	۲	۱۳۲۲/۸۴	۲۵/۷۲	۰/۰۱	۰/۶۱
	گروه	۱۶۲۸/۴۸	۱	۱۶۲۸/۴۸	۱۸/۴۱	۰/۰۱	۰/۵۱
	درمان * گروه	۲۵۹۳/۲۴	۲	۱۲۹۶/۱۲	۲۵/۲۱	۰/۰۱	۰/۴۱

و یک درمانگر آموزش دیده در فرایند بازی درمانی توصیف می شود، که رشد یک ارتباط امن را برای کودک تسهیل می نماید، تا کودک به طور کامل خود را بیان کند. از طریق بازی درمانی، کودک می تواند مهارت های شاهد خود را بهتر فرا گیرد و کسب کند (۱۳).

در انواع بازی درمانی مراجع محور، شرایطی در درمان ایجاد می شود که درمانگران در فرایند درمانی خود از مهارت کلیدی همدلی، خلوص و توجه مثبت نامشروط در کار با کودک بهره می گیرند و همین امر به کودک این امکان را می دهد تا آزادانه و بدون قضاوت دیگران به تجربه محیط خود بپردازند و اعتماد به نفس خود را رشد دهد (۲۰). در جریان بازی درمانی هیجانات منفی خود نسبت به محیط خود را به سطح قابل مشاهده انتقال می دهند و درمانگر با مشاهده این رفتارهای آشکار (که در قالب بازی نمایان می شود) به مشکلات درونی و دل مشغولی های ذهنی وی پی می برد (۲۱).

در بازی درمانی کودک محور، بر رشد مهارت های اجتماعی کودکان در میانه موقعیتهای طبیعی مبتنی بر انتخاب کودکان، تاکید می شود. با بهبود مهارت اجتماعی و به مشارکت گذاشتن تجربه های جدید و دریافت درک همدلانه از سوی درمانگر، به تدریج کودک بر ترسهای درونی و بیرونی خود غلبه می کند، اعتماد به نفس لازم برای زندگی و مواجه شدن با مشکلات آن را می یابد و تاب آوری بالاتری را تجربه خواهد کرد (۱). ارتباط مثبت بین درمانگر و کودک در جریان بازی درمانی کودک محور، موجب شکل گیری تصور دنیای امن برای کودکان می شود و این ارتباط موثر بین درمانگر و کودک، منجر به افزایش احساس امنیت در کودک و تغییر افکار منفی در او می شود (۱۷).

نتیجه گیری

با توجه به نوع هدایت جلسه بازی درمانی که مبتنی بر نیازها، علائق، احساسات در لحظه و انتخاب کودکان

نتایج (جدول ۳) حاکی از این است که در تمامی مولفه ها مقدار F به دست آمده در خصوص تفاوت میانگین ها در آزمون های مختلف در سطح $P < 0/01$ معنی دار است. بنابراین، بین نمرات مربوط به مقیاسهای مشکلات درونی سازی شده در سه آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. مقدار F به دست آمده در خصوص تفاوت میانگینها در همه مقیاسها در دو گروه در سطح $P < 0/01$ معنی دار است. بنابراین، بین نمرات مقیاسهای مشکلات درونی سازی در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد.

مقایسه های دو به دو در خصوص تفاوت درون گروهی، در این آزمون نشان می دهد که تفاوت نمرات پیش آزمون با هر دو آزمون پس آزمون و پیگیری در سطح $P < 0/01$ معنادار است. همچنین، تفاوت پس آزمون و آزمون پیگیری (در سطح $P < 0/05$) معنادار نیست. با توجه به بهبود نمره در پس آزمون و اختلاف نمره آزمون پیگیری با پیش آزمون، می توان گفت اثر عمل آزمایشی در آزمون پیگیری در هر دو گروه حفظ شده است.

بحث

بررسی یافته های پژوهش نشان می دهد که بازی درمانی کودک محور موجب کاهش نشانه های اضطراب، افسردگی، انزواطلبی و مشکلات جسمانی کودکان ۶ ساله شده است. به طور کلی، بازی باعث ارتباط افکار درونی کودک با دنیای خارجی او می شود و باعث می شود که کودک بتواند اشیای خارجی را تحت کنترل خود در آورد. بازی به کودک اجازه می دهد تا تجربیات خود، افکار، احساسات و تمایلاتی که برای او تهدید کننده هستند، را نشان دهد. بازی به عنوان یک روش صحیح و درست در درمان کودک است، زیرا کودکان اغلب در بیان شفاهی احساساتشان دچار مشکل هستند. از طریق بازی، کودکان می توانند موانعشان را کاهش داده، احساسات خود را بهتر نشان دهند. بازی درمانی به عنوان یک ارتباط بین فردی پویا بین کودک

راهنمایی خانم دکتر مهناز عسکریان در دانشگاه آزاد اسلامی با شماره مجوز و کد اخلاق ۷۴۵۱۲ می باشد. بدین ترتیب از تمامی افراد شرکت کننده که با شکیبایی در این پژوهش همکاری کرده اند، قدردانی می شود.

تضاد منافع

این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ گونه سازمانی انجام شده است و تمامی یافته های آن به طور دقیق و شفاف ارائه شده است، بنابراین هیچ گونه تعارض منافع وجود نداشته است.

است، می توان امیدوار بود که تاثیرات مثبت این روش درمانی بر کودکان پایدارتر بوده و نظام شناختی و هیجانی آنها را به صورت عمیق تری بهبود بخشد. زیرا، هدایت از پیش تعیین شده ای از سوی درمانگر وجود ندارد و کودک با انتخاب های آزادانه خود، به افشاگری دست میزند و بدون کنترل بیرونی، موفق به حل مسائل می شود. این موفقیت، علاوه بر ایجاد احساس مطلوب و احساس امنیت در کودک، موجب درک بهتر فرایند بروز هیجانات و حل مساله می شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل پایان نامه دانشجوی نرجس جام جو به

References

1. Mosavi H, Khodabakhshi Koolae A. Effectiveness of client-centered play therapy on fear and anxiety in preschool children. Journal of social health. 2016; 3(4): 261-269. [Persian]
2. Holling H, Erhar tm, Ravens s, Sch lak R. Behavioral Problems in Children and Adolescence. J Psyche Gesundheitsschutz. 2007; 2 (6): 784-93. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0241-7>
3. Golda S, Ginsburg, Kimberly D, Becker, Tess K. Treating Anxiety Disorders in inner City Schools: Results from a Pilot Randomized Controlled Trial Comparing CBT and Usual Care. Child youth care forum. 2012; 41(1): 1-19. <https://doi.org/10.1007/s10566-011-9156-4>
4. Achenbach T M, Rescorla L A. Manual for the ASEBA school age forms & profiles. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families; 2001, pp: 51-59.
5. Chen X, Lewis G, Liu J. Childhood internalizing behavior: analysis and implications. Journal of psychiatric and mental health nursing. 2011; 18(10):884-94. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01743.x>
6. Perle J G, Levine A B, Odland A P, Ketterer J L, Cannon MA, Marker C D. The association between Internalizing Symptomology and Risky Behaviors. Journal of Child & Adolescent Substance Abuse. 2013; 22(1): 1-24. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2012.724289>
7. Colman I, Wadsworth MEJ, Croudace T J, Jones PB. Forty-Year Psychiatric. Outcomes Following Assessment for Internalizing Disorder in adolescence. The American journal of psychiatry. 2008; 164(1): 126-33. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.1.126>
8. Sarihi N, pournesaei GH, Nikakhlagh M. Effectiveness of group play therapy on behavior problems in preschool children. Journal of Analytical-Cognitive Psychology. 2015; 6(23); 35-41. [Persian].
9. Ray D. Contemporary play therapy: Theory, research, and practice. In C. E. Schaefer, C.E. & Kaduson, H. G. (Ed), London: Guilford Publication; 2007, pp: 229-250.
10. Shalani B, Azadimanesh P. The Comparison of Efficacy of Group Art Therapy and Puppet Play Therapy on the Social Skills of Children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder. 2016; 2 (4):103-112. [Persian].
11. Landreth, GL. Play therapy: The art of the relationship. New York: Brunner-Routledge, 2010, pp:95-105.
12. Chilamakuri S, Nuvvula S, Sunkara N. Play Therapy in Pediatric Dentistry. Journal of paediatr dent. 2014; 2(1):28.
13. Alavi B, Alikhani H. The Effectiveness of Therapeutic Game on Aggression and Self-Confidence on 13-16 Year Old Boys in Lahijan City. The 6th scientific conference on educational sciences and psychology, social and cultural dangers in Iran. 2017; 6: 1-8. [Persian].
14. Shakib R, Moradian A, Hoseinghiyasi E. Effectiveness of group therapy game on low self-esteem and isolation behaviors among male students of Mehran city schools. International conference on new research findings in science,

- engineering, and technology focusing on needs focused. 2014; 1-11. [Persian].
15. Nikpour G, Zare poor M, Nikpour F. The Effect of Play Therapy with Cognitive Behavioral Approach on Reducing Oppositional Defiant Disorder Symptoms in Children Aged 8 to 11 Years. TB. 2018; 17 (1):62-72. [Persian].
 16. Li W H, Chung J O K, Ho K Y, & Kwok B M. Effects of therapeutic play on children undergoing cast-removal procedures: a randomised controlled trial. BMC pediatrics. 2018; 8(7): 36-46. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021071>
 17. Lambert S, Leblanc M, Mullen J, Ray D, Baggerly J, and White J. learning more about those who play in session: The national play therapy in counseling practices project. Journal of Counseling Development. 2007; 85(1): 42- 46. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2007.tb00442.x>
 18. Delavar A. Methods in psychology and Educational sciences. Tehran: 2012
 19. Yazdkhasti F, Oreyzi H. Standardization of Child, Parent and Teacher's Forms of Child Behavior Checklist in the City of Isfahan. IJPCP. 2011; 17 (1) :60-70. [Persian].
 20. Khodabakhshi A, Shahi A, Navidian A, Mosalanejad L. The effect of positive parenting program training in mothers of children with attention deficit hyperactivity on reducing children's externalizing behavior problems. Journal of fundamentals of mental health. 2015; 17(3): 135-141. [Persian].
 21. Asli Azad M, Arefi M, Farhadi T, Sheikhmohammadi R. The Effectiveness of Child-Behavioral Therapy on Anxiety and Depression in Girls with Anxiety Disorder and Depression in Primary School. Psychological methods and models. 2012; 2(9): 71-90. [Persian].