



The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy-Based Play Therapy on Computer Games Addiction, Aggression and School Stress in Children Ageing 10-11

Mahsa Hosseinpoor Pakzad¹, Hadi Farhadi^{2*}

1- M.A., Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Science, Islamic Azad University, Isfahan (khorasgan) Branch, Isfahan, Iran,

2- Assistant Professor., Clinical Psychology Dept, Faculty of Psychology and Educational Science, Islamic Azad University, Isfahan (khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

Corresponding author: Hadi Farhadi, Assistant Professor., Clinical Psychology Dept, Faculty of Psychology and Educational Science, Islamic Azad University, Isfahan (khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

Email: hadifarhadi40@gmail.com

Received: 2 Aug 2022

Accepted: 9 Dec 2022

Abstract

Introduction: Today One of the most entertaining activities is computer games; while children have paid attention to such games, they have left adverse impacts on their mental and physical.

Methods: present study aimed to examine the effects of cognitive-behavior-based play therapy on computer games addiction, aggression, and school stress in children aged 10-11 in Isfahan. This article is quasi-experimental with a pretest, posttest, and follow-up. The statistical society was children aged 10-11. By available sampling 30 students who had the highest degree of addiction to computer games were chosen and were divided into an experimental group and a control group each with 15 students. The experiment group received 10 sessions of about 90-120 minutes of treatment each week. Students were tested by questionnaire computer games addiction Soltani and Farhadi (1395), aggression Bas and Peri (1992), and educational stress Zajakua (2005). At the end of the follow-up phase, they were evaluated. Research data analysis was performed using "spss23" statistical software and a variance test with repeated measures was used.

Results: The results of repeated measures analysis of variance indicate that play therapy based on cognitive-behavioral therapy has been effective in reducing computer games addiction, aggression, and academic stress in children aged 10-11.

Conclusions: The findings of this study emphasize the effect of online cognitive-behavioral play therapy on computer game addiction, aggression, and academic stress. Therefore, it is suggested that therapists use this therapeutic approach as a useful method.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy-based play-therapy, Computer games addiction, Aggression, School Stress.



اثر بخشی بازی درمانی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری بر اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای، پرخاشگری و استرس تحصیلی در کودکان ۱۰ تا ۱۱ سال

مهسا حسین پور پاکزاد^۱، هادی فرهادی^{۲*}

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

۲- استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: هادی فرهادی، استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

ایمیل: hadifarhadi40@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۹/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۵/۱۱

چکیده

مقدمه: امروزه یکی از مهم‌ترین موارد سرگرم‌کننده، بازی‌های رایانه‌ای است که توجه کودکان را به خود جلب کرده و تأثیرات مخربی نیز بر جسم و روان آن‌ها باقی گذاشته است؛ بنابراین لزوم توجه و استفاده از روش‌های جدید در جهت بهبود وضعیت موجود حائز اهمیت است.

روش کار: پژوهش حاضر باهدف بررسی اثر بخشی بازی درمانی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری بر اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای، پرخاشگری و استرس تحصیلی کودکان ۱۰ تا ۱۱ سال شهر اصفهان انجام گرفته است. روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با دوره ی پیگیری بود. جامعه آماری شامل تمام کودکان ۱۰ تا ۱۱ سال اصفهان در سال بود. نمونه آماری نیز شامل ۳۰ نفر از کودکانی بود که بیشترین اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای را داشتند و به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند. در ادامه گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه‌ای آموزش دریافت کردند. ابزارهای مورد استفاده برای جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌ی اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای سلطانی و فرهادی (۱۳۹۵)، پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (۱۹۳۲) و پرسشنامه استرس تحصیلی زاجاکو (۲۰۰۵) بود. به‌منظور تحلیل داده‌ها نیز از نرم‌افزار آماری SPSS-23 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بازی درمانی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری در کاهش اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای، پرخاشگری و استرس تحصیلی کودکان ۱۰ تا ۱۱ سال مؤثر بوده است.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش بر تأثیر آنلاین بازی درمانی شناختی رفتاری بر اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای، پرخاشگری و استرس تحصیلی تأکید دارد؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد درمانگران از این رویکرد درمانی به‌عنوان یک روش سودمند بهره‌برند.

کلیدواژه‌ها: بازی درمانی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری، اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای، پرخاشگری، استرس تحصیلی.

مقدمه

در طول چندسال اخیر به دلیل قرنطینه‌های ناشی از پاندمی ویروس کووید ۱۹ استفاده از اینترنت افزایش چشمگیری پیدا کرده است. به طوری که طبق آمار اتحادیه‌ی بین‌المللی مخابرات، استفاده از اینترنت در کشورهای توسعه یافته طی این دهه ۲۳۹ درصد رشد داشته است (۱). پژوهش‌های زیادی هم نشان می‌دهد به موازات این همه‌گیر شدن اینترنت، استفاده‌ی بیش از حد از آن می‌تواند به مشکلاتی شبیه اعتیاد و وابستگی منجر شود (۲)، به گونه‌ای که حتی اعتیاد به اینترنت به عنوان بیماری همه‌گیر قرن ۱۸ تعریف شده است (۳). ویژگی مهم رفتارهای اعتیادی، وسوسه‌کننده بودن آن‌ها است که علی‌رغم این که به طور موقت و آنی تشویق‌کننده هستند، می‌تواند باعث ایجاد نتایج زیان‌باری در درازمدت شود (۴).

در سال‌های اخیر شاهد رشد چشمگیر این رفتارهای اعتیادی در دوران کودکی هستیم که سال‌های اولیه رشد ارتباط با همسالان و گسترده شدن روابط اجتماعی هستند؛ انتقال کلاس درس دانش‌آموزان از مدرسه به خانه، تغییر ابزارهای تدریس از حواس پنج‌گانه و حضور فیزیکی به وسایل الکترونیکی، و محدودیت‌های ناشی از فاصله گرفتن با همگنان در زمین بازی و سایر محیط‌های بیرون از خانه که می‌توانستند فرصتی برای تعامل با همسالان و رشد هیجانی و اجتماعی کودکان باشند، به این مسئله منجر شده است که کودکان ناگزیر به استفاده بیش از حد به گجت‌های هوشمند و بازی‌های رایانه‌ای روی آورند (۵). اخیراً این مشکل به عنوان یک مشکل اساسی در بین کودکان به خصوص در بین کشورهای آسیایی شناخته شده است (۶). اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای نشانه‌هایی شبیه وابستگی به مواد از جمله: ترک، تحمل، عدم کنترل بر توقف آن دارد. اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ویرایش پنجم با نام اختلال بازی اینترنتی نامگذاری شده است (۷). در آخرین ویرایش‌ها از DSM و ICD تعریف‌های متفاوتی از این اختلال وجود دارد که هر دو این تعاریف ویژگی‌های یکسانی از جمله اولویت قرار دادن بازی بر فعالیت‌های دیگر، عدم کنترل خود و تخریب عملکرد را نشان می‌دهند (۸). به عبارتی دیگر اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای به معنای استفاده‌ی افراطی و کنترل نشده از آن است، به طوری که باعث ایجاد مشکلات اجتماعی و عاطفی برای کودکان شود و با وجود تمامی

مشکلات ایجاد شده فرد قادر به کاهش میزان استفاده^۳ افراطی از آن نیست (۹).

در این پژوهش به اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای در کودکان ۱۰ تا ۱۱ سال توجه شده است، چراکه اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای در کودکان به خصوص کودکی ثانویه شیوع بیشتری داشته و آن‌ها نسبت به سنین بالاتر، آسیب‌پذیرترند (۱۰). همچنین اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای در کودکان باعث بروز مشکلات زیادی از قبیل افت تحصیلی، کاهش مهارت‌های اجتماعی، مستقل شدن زود هنگام از خانواده و انزوایی خواهد شد (۱۱). این اختلال می‌تواند نشانه‌هایی مثل افسردگی، پرخاشگری، اضطراب و پرتحرکی را در کودکان ایجاد نماید (۱۲).

در پژوهش‌های متعددی، مشخص شده است که همراه با اعتیاد رفتاری به بازی‌های رایانه‌ای، رفتارهای پرخاشگرانه نیز افزایش می‌یابند (۱۳-۱۴). کودکان برای رسیدن به خواسته‌های خود برای دوری از حس ناکامی از رفتار پرخاشگرانه استفاده می‌کنند. از سوی دیگر اگر پرخاشگری به صورت افراطی مورد استفاده قرار بگیرد باعث ایجاد مشکلات جبران‌ناپذیری خواهد شد (۱۵). پرخاشگری رفتاری است آسیب‌زا و در صورتی پرخاشگری محسوب می‌شود که از روی قصد و عمد به منظور صدمه زدن به دیگری یا به خود انجام گرفته باشد. پرخاشگری شکل‌های گوناگون فیزیکی، کلامی و رفتاری دارد که گاهی آشکارا افراد خشم خود را مانند زورگیری و نزاع بروز می‌دهند، اما در پرخاشگری پنهان، خشم بروز پیدا نمی‌کند بلکه به طور مثال به صورت دروغ گفتن، دزدیدن و شکستن قوانین نمود پیدا می‌کند (۱۶).

علاوه بر پرخاشگری عامل مهم دیگری که در کنار اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای و پرخاشگری، کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، استرس تحصیلی است که یک عامل مهم اجتماعی و روانشناختی در فرایند آموزش به حساب می‌آید و تا حد زیادی ناشی از حجم بالای مطالب برای یادگیری و ضرورت انجام دادن کارها به بهترین شکل است. در حقیقت استرس تحصیلی نشان‌دهنده ناتوانی در کنترل خود در زمان انجام فعالیت‌های تحصیلی است (۱۷). عوامل مختلفی از جمله اهداف شخصی، باورهای فرد در مورد خود و جهان، تعهدات زیاد فرد به این اهداف و ارزش‌ها باعث ایجاد استرس می‌شود (۱۸). آمار نشان داده است که هم‌زمان با شروع مدارس به صورت غیرحضوری، استرس دانش‌آموزان،

مشکلاتی که استرس تحصیلی برای کودکان ایجاد می‌کند، برخورد با آن بدون ریکاوری مناسب می‌تواند بیماری‌های فیزیکی و روانی، مشکلات خواب، خلق افسرده، اختلالات شناختی و شکایت‌های بدنی را به وجود آورده و نیاز به مراقبت‌های بدنی و روانی را بیشتر کند (۲۶).

لذا با توجه به آنچه بیان شد و اهمیت انتخاب کودکان ۱۰ تا ۱۱ سال به‌عنوان افرادی که بیشتر در معرض آسیب‌های فضای مجازی و بازی‌های رایانه‌ای هستند و همچنین با توجه به سازوکارهای بازی‌درمانی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری به نظر می‌رسد که این روش درمانی می‌تواند بر اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای، پرخاشگری و استرس تحصیلی اثرگذار باشد، لذا این پژوهش بر آن است تا به این سؤال پاسخ دهد که آیا بازی‌درمانی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری بر اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای، پرخاشگری و استرس تحصیلی کودکان ۱۰ تا ۱۱ سال اثربخشی دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر نیمه تجربی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان ۱۰ تا ۱۱ ساله شهر اصفهان در زمستان ۱۳۹۹ بودند که از طریق فراخوان مجازی در گروه‌های شبکه مجازی چند مدرسه وارد فرایند پژوهش شدند. از این میان، ۳۰ کودک، با احتساب ۱۵ نفر برای هر یک از دو گروه مطالعه در راستای توصیه دستیابی به حداقل توان آماری ۰/۸ برای مطالعات تجربی و نیمه تجربی (۲۷)، به روش نمونه‌گیری دردسترس بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و سپس به روش تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در دو گروه قرار داده شدند. معیارهای ورود شامل داشتن در رده سنی ۱۰ تا ۱۱ سال، عدم قرار داشتن تحت درمان‌های موازی روانشناختی یا روانپزشکی، عدم ابتلاء به اختلال‌های روانی کودک و یا اختلال‌های روانشناختی دیگر، رضایت و موافقت کامل برای مشارکت در درمان و معیارهای خروج نیز شامل عدم تمایل به شرکت در پژوهش و غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات بازی‌درمانی بود. ملاحظات اخلاقی شامل رعایت رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش بدون ذکر نام افراد، آزادی کامل برای انصراف از ادامه مشارکت در مطالعه، اطلاع‌رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت‌کنندگان و والدین در مورد نتایج مطالعه،

مشکلات روانی و میزان خودکشی در بین آن‌ها افزایش پیدا می‌کند. دانش‌آموزان نیز گزارش دادند که مدرسه آن‌ها هم به شکل مجازی عامل بزرگی در ایجاد استرس آن‌ها است (۱۹). لذا استرس تحصیلی یک پدیده شایع بوده و تأثیر زیادی در فعالیت‌های اجرایی و هیجانی کودکان دارد (۲۰). طبیعی است عملکرد تحصیلی مطلوب نیازمند آرامش و سلامت روان است و هرگونه ناامنی روانی می‌تواند بر میزان استرس تحصیلی تأثیر منفی داشته باشد (۲۱)؛ در این مسیر، مطالعات نظام‌مند حوزه روانشناسی و پرستاری کودکان، با تأکید بر نقش عوامل رفتاری و هیجانی یا عوامل تسهیل‌کننده بروز رفتارهای مطلوب و غیرمتعالی، به‌عنوان یکی از بسترهای مهم مطالعات بالینی و تحولی، یک اولویت مهم پژوهشی قلمداد می‌شود. از جمله مداخلات درمانی که در سنین کودکی مورد استفاده قرار می‌گیرد، بازی‌درمانی است. این درمان یکی از روش‌های درمان مشکلات رفتاری کودکان است که دنیای درونی و بیرونی کودک را به یکدیگر مرتبط می‌سازد (۲۲). بازی‌درمانی تکنیکی است که کودکان با استفاده از آن می‌توانند هیجانات منفی، استرس و مشکلاتی که در خانواده دارند را تخلیه کنند زیرا بازی درمانگرها به هنگام بازی کردن با کودکان رفتارهای اشتباه آن‌ها را تصحیح نمی‌کنند و یا درست و غلط بودن را به آن‌ها تذکر نمی‌دهند بلکه به آن‌ها اجازه می‌دهند که هیجانات منفی خود را تخلیه کنند (۲۳). در بازی‌درمانی از رویکردهای مختلفی استفاده می‌شود که یکی از آن‌ها رویکرد شناختی رفتاری است. در این رویکرد بر مشارکت کودک در درمان تأکید می‌شود که این امر از طریق موردتوجه قرار دادن مواردی چون کنترل خود، پذیرش مسئولیت در قبال تغییر رفتار و یادگیری مهارت‌های اجتماعی عملیاتی می‌شود. به دلیل شایع شدن اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای در بین کودکان و تأثیر چشم‌گیر آن بر سلامت جسمی و روانی آن‌ها چه در دوران کودکی و چه به‌صورت شدیدتر در دوران بزرگسالی، نیاز است که تحقیقات بیشتری در این زمینه صورت گیرد تا بتوان علائم ایجادشده به‌وسیله‌ی این اعتیاد را در بین کودکان به حداقل کاهش داد. همچنین با توجه به عواقب پرخاشگری نظیر آسیب رساندن به روابط انسانی (۲۴)، طرد شدن کودکان توسط دوستان خود، مشکلات تحصیلی، بزهکاری و اخراج شدن از مدرسه لزوم توجه و رسیدگی به این مورد را دوچندان کرده است (۲۵) و در پایان با توجه به

کسب رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان، دریافت کد اخلاق (IR.IAU.KHUISF.REC.1399.168) از کمیته اخلاق، و آموزش گروه کنترل پس از اتمام درمان در صورت تمایل شرکت‌کنندگان به شکل فشرده تحت درمان بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بود. به منظور گردآوری داده‌ها، از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی زیر استفاده شد.

پرسشنامه اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای

این پرسشنامه محقق ساخته در داخل ایران توسط سلطانی و فرهادی در سال ۱۳۹۵ تهیه گردیده است و شامل ۱۳ سؤال است. همچنین کلیه سؤالات آن طبق یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۴= همیشه، ۳= اغلب، ۲= گاهی، ۱= به ندرت، ۰= هرگز) نمره‌گذاری شده است و برای سنجش اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای در تمام سنین قابل استفاده است. دامنه نمرات در این پرسشنامه بین ۰ تا ۵۲ هست. نمره بالا نشان‌دهنده اعتیاد بیشتر به بازی‌های رایانه‌ای است. در پژوهش سلطانی و فرهادی، برای بررسی اعتبار پرسشنامه، ابتدا آن را روی ۳۰ نفر یا بیشتر اجرا کردند و از روش دونیمه کردن و آلفای کرونباخ استفاده شده است. مقدار ضریب همبستگی بین نمرات حاصل از دونیمه کردن، ۰/۷۷ و با استفاده از روش اسپیرمن-براون، ضریب پایایی ۰/۸۷ بدست آمده است. همچنین میزان ضریب پایایی با روش همبستگی درونی آلفای کرونباخ، ۰/۹۰ به دست آمده که قابلیت اطمینان بالایی را نشان می‌دهد (۲۸). اعتبار این پرسشنامه در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمده است.

پرسشنامه پرخاشگری

این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که توسط Buss and Perry در سال ۱۹۳۲ تهیه شده است و شامل ۲۹ عبارت و چهار زیرمقیاس است که شامل پرخاشگری بدنی، کلامی، خشم و خصومت می‌باشد، شرکت‌کنندگان به هر یک از عبارات در یک طیف ۵ درجه‌ای از: کاملاً شبیه من است (۵) تا حدودی شبیه من است (۴)، نه شبیه من است (۳) تا به شدت شبیه من نیست (۱)، پاسخ می‌دهند. دو عبارت ۹ و ۱۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل برای پرخاشگری با مجموع نمرات زیرمقیاس‌ها

به دست می‌آید. Buss and Perry ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را ۰/۸۹ و پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (۲۹). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه توسط سامانی ۰/۷۸ است. همبستگی بالای عوامل با نمره کل پرسشنامه، همبستگی ضعیف عوامل با یکدیگر و مقادیر ضریب آلفا همگی نشان‌دهنده کارایی بالای این پرسشنامه برای کاربرد پژوهشگران و روانشناسان در ایران است (۳۰). اعتبار این پرسشنامه در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ بدست آمده است.

پرسشنامه استرس تحصیلی

پرسشنامه سنجش میزان استرس تحصیلی توسط Zajakua در سال ۲۰۰۵ ساخته شده است و بر اساس مقیاس تحصیلی میلستون و فهرست خودکارامدی کالج توسعه داده شده است. مفاهیم استرس و خودکارامدی از طریق ۲۷ تکلیف مربوط به دانشگاه یا مدرسه اندازه‌گیری می‌شود. در مقیاس استرس تحصیلی از مشارکت‌کنندگان خواسته می‌شود تا میزان استرس در هر کدام از تکلیف‌های پایین درجه ۰ یعنی هرگز استرس‌زا نیست تا درجه ۱۰ که به معنی فوق‌العاده استرس‌زا است را انتخاب نمایند. روایی و پایایی این پرسشنامه با آلفای کرونباخ در مطالعات خارجی و داخلی مورد تأیید قرار گرفته و برابر ۰/۹۵ و ۰/۸۷ است (۳۱). اعتبار این پرسشنامه در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بدست آمده است.

لازم به ذکر است که کلیه پرسشنامه‌ها به صورت خودگزارش‌دهی تکمیل شدند و گویه‌هایی که کودکان در فهم آن دچار مشکل بودند توسط آزمونگر توضیح داده می‌شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها در مرحله‌ی پیش‌آزمون، و جای‌گذاری تصادفی شرکت‌کنندگان در گروه بازی‌درمانی شناختی رفتاری و گروه کنترل، بازی‌درمانی شناختی-رفتاری (۳۲) طی ۱۰ جلسه ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه‌ای توسط بازی‌درمانگر حرفه‌ای و درمانگر بالینی کودک در طی دو ماه اجرا شدند. گروه کنترل در این دوره در لیست انتظار بوده و هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات درمانی پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. و پس از گذشت سه ماه مجدداً شرکت‌کنندگان مورد پیگیری قرار گرفتند. عناوین جلسات درمان و شرح مختصر هر جلسه برای درمان مورد استفاده در جداول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱: خلاصه برنامه بازی درمانی شناختی رفتاری

ردیف	هدف	محتوا
جلسه اول	ایجاد انسجام در گروه	معارفه و برقراری ارتباط، بیان هدف از تشکیل گروه و نحوه انجام کار، بازی اسم فامیل
جلسه دوم	آموزش روان شناختی: شناخت احساسات و افکار و بیان آن‌ها	شناخت احساسات از طریق: نقاشی - بیان احساسات در مورد نقاشی، اجرای بازی بادکنک‌های خشم (تکلیف) برای بیان خودگی‌ها
جلسه سوم	آموزش روان شناختی	مرتبط ساختن احساسات به علائم (به کمک قصه)، استفاده از کارت‌های مثبت و منفی، استفاده از استیکرهای ناراحت و شاد برای تأیید و رد خودگویی‌ها
جلسه چهارم	بازسازی شناختی	شناسایی محرک‌های هیجانی به کمک ایفای نقش و کلیپ‌های کارتونی، بازسازی شناختی به کمک نقاشی و بازی حباب فکر و ایفای نقش، به چالش کشیدن افکار و احساسات منفی به کمک بازی و نمایش، آموزش فکر کردن با صدای بلند برای تشخیص افکار و تغییر آن
جلسه پنجم	تن آرامی و ایجاد لحظات شاد	بازی حباب سازی، سفر تنفس، بازی‌های خیالی، کاربرد حواس، تن آرامی به کمک بازی قالیچه سحرآمیز برای ایجاد حس رهایی
جلسه ششم	تکنیک توقف فکر	شناسایی افکار مزاحم به کمک ایفای نقش، بازی «افکار مزاحم متوقف شوید»، کنترل از راه دور افکار، اجرای بازی زنگ ساعت
جلسه هفتم	مقابله و حل مسئله	بازی ماهیگیری افکار مثبت، عروسک دانا، سطل زباله احساسات منفی، بازی دریا و غرق شدن کشتی
جلسه هشتم	خودگویی مثبت و اصلاح فکر	آموزش جملات تأکیدی مثبت به کمک ایفای نقش، استفاده از قصه من می‌توانم مثبت فکر کنم، بازی هنر خط خطی کردن
جلسه نهم	مهارت‌های اجتماعی	شناخت و بیان احساسات، ارتباط با دیگران و زنجیره حمایت اجتماعی، نمایش رفتارهای پسندیده اجتماعی، آموزش مهارت‌های اجتماعی به کمک ایفای نقش
جلسه دهم	اختتامیه	بحث گروهی در مورد مطالب یاد گرفته شده، برنامه‌ریزی برای آینده، بیان نظرات اعضای گروه، تشکر از اعضای گروه، پایان درمان

شاخص‌های مرکزی و پراکندگی اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای، پرخاشگری و استرس تحصیلی پرداخته شد و پس با استفاده از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر فرضیه‌ها بررسی شد. میانگین و انحراف معیار توزیع داده‌ها در جدول دو آورده شد.

داده‌های حاصل از اجرای پژوهش از طریق تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی و با استفاده از نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۳ تحلیل گردید.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا به بررسی یافته‌های توصیفی

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش

متغیر گروه‌ها	آزمایش		کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای	۳۴/۵۳	۱۴/۷۳	۲۹/۲۷	۳۰
	میانگین	۷/۱۲	۱۷	۳۱/۹۳
پرخاشگری	۱۶/۰۵	۷/۵۱	۱۴/۱۵	۱۸/۴۷
	انحراف معیار	۶۷/۸۷	۶۷/۸۷	۹۴/۱۳
استرس تحصیلی	۸۴/۳۳	۷۱/۸	۱۸/۷۶	۱۸/۰۴
	میانگین	۱۸/۸۶	۱۸/۱۱	۱۱/۲۴
انحراف معیار	۱۹/۳۴	۳۹/۲۷	۵۶/۷۳	۱۲۷/۶
	میانگین	۸۶/۶۷	۳۹/۲۷	۱۴۲/۴
انحراف معیار	۵۱/۴۶	۳۰/۳۲	۳۰/۰۲	۴۹/۳۹
	انحراف معیار	۴۸/۴۷	۴۸/۴۷	۴۸/۴۷

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای، پرخاشگری و استرس تحصیلی در گروه آزمایش نسبت به کنترل کاهش بیشتری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون نشان داده است.

استفاده از آزمون‌های پارامتریک مانند اندازه‌های تکراری مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه شامل نرمال بودن نمرات، برابری واریانس‌ها و برابری ماتریس کوواریانس است که در صورت نامساوی و کمتر از ۴۰ نفر بودن حجم

گروه‌ها با رعایت پیش‌فرض‌ها و تأیید آن‌ها می‌توان از این آزمون‌ها استفاده کرد. هدف از بررسی پیش‌فرض نرمال بودن آن است که نرمال بودن توزیع نمرات همسان با جامعه را مورد بررسی قرار دهد. این پیش‌فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده‌شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. بدین منظور از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج حاصل از اجرای این پیش‌فرض در مورد نمرات متغیرهای پژوهش نشان داد، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر دو گروه باقی است (همه سطوح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد).

جهت بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است در متغیر استرس تحصیلی در مرحله پیش‌آزمون ($F=0/143, sig=0/708$)، پس‌آزمون ($F=0/143, sig=0/708$) و پیگیری ($F=0/143, sig=0/708$)، در متغیر اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای در مرحله پیش‌آزمون ($F=0/332, sig=0/569$)، پس‌آزمون ($F=0/332, sig=0/569$)، در مرحله پیش‌آزمون ($F=0/45, sig=0/68$) و پیگیری ($F=0/45, sig=0/68$)، در پرخاشگری در مرحله پیش‌آزمون ($F=0/167, sig=0/686$)، پس‌آزمون ($F=0/167, sig=0/686$)، به دست آمده است که مجموع نتایج نشان می‌دهد پیش‌فرض برابری واریانس‌ها در هر دو متغیر در هر سه مرحله تأیید شده است.

نتایج آزمون ماچلی نیز جهت بررسی یکنواختی کوواریانس‌ها

در گروه‌ها برای متغیر استرس تحصیلی ($sig=0/686, chi2=30/84, sig=0/006, Mauchly's W=0/093$)، اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای ($sig=0/001, chi2=64/19, Mauchly's W=0/779$)، پرخاشگری ($sig=0/001, chi2=64/19, Mauchly's W=0/779$)، به دست آمد که بیانگر عدم تأیید آن در همه متغیرهای پژوهش است. از این رو در تحلیل‌های درون آزمودنی از آزمون محافظه‌کارانه‌ای چون گرین‌هاوس - گیزر (Greenhouse-geisser) در تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده می‌شود.

نتایج آزمون چند متغیره با استفاده از آزمون لامبدا ویلکز (Pillai's Trace) و اثریلائی (Wilks' Lambda) نمرات استرس تحصیلی در اثر زمان ($F=14/92, sig=0/001$) و تعامل زمان و گروه ($F=13/24, sig=0/001$)، به دست آمد. نتایج این تحلیل در متغیر اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای در اثر زمان ($F=8/89, sig=0/001$) و تعامل زمان و گروه ($F=5/49, sig=0/008$) و در پرخاشگری در اثر زمان ($F=5/49, sig=0/008$) و تعامل زمان و گروه ($F=3/2, sig=0/047$)، به دست آمده است که نشان داد، در همه متغیرهای پژوهش مراحل پژوهش شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به صورت کلی با یکدیگر تفاوت دارند هم‌چنین روند مراحل پژوهش یعنی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و یا اثر زمان در گروه‌ها در همه متغیرهای پژوهش باهم تفاوت نشان داده است.

نتایج مقایسه بین آزمودنی‌ها یعنی مقایسه در متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیرهای پژوهش

متغیر	اثر	منبع	SS	df	MS	F	sig	eta	Observed power
اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای	بین آزمودنی	گروه	۱۵۵۴/۱۷۸	۱	۱۵۵۴/۱۷۸	۳/۶۳	۰/۰۴۷	۰/۱۱۵	۰/۶۹۸
		خطا	۱۲۰۱۲/۴۴۴	۲۸	۴۲۹/۰۱۶				
پر خاشگری	درون آزمودنی	اثر زمان	۱۵۰۵/۴۸۹	۱/۰۵	۱۴۳۵/۶۴	۸/۳۴	۰/۰۰۷	۰/۲۳	۰/۸۱
		اثر زمان × گروه	۲۰۷۴/۴۲۲	۱/۰۵	۱۹۷۸/۱۸	۱۱/۴۹	۰/۰۰۲	۰/۲۹۱	۰/۹۱۵
استرس تحصیلی	بین آزمودنی	گروه	۸۱۷۹/۶	۱	۸۱۷۹/۶	۱۱/۸۸	۰/۰۰۲	۰/۲۹۸	۰/۹۱۴
		خطا	۱۹۲۷۳/۴۶۷	۲۸	۶۸۸/۳۳۸				
اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای	درون آزمودنی	اثر زمان	۱۵۸۲/۸۶۷	۱/۶۴	۹۶۶/۰۷۸	۷/۵۲	۰/۰۰۵	۰/۱۸۹	۰/۸۴۱
		اثر زمان × گروه	۹۹۹/۸	۱/۶۴	۶۱۰/۲۱۲	۴/۱۱	۰/۰۰۳	۰/۱۲۸	۰/۶۴۲
پر خاشگری	بین آزمودنی	گروه	۱۰۷۳۲۹/۶	۱	۱۰۷۳۲۹/۶	۲۲/۰۳۳	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۹۵
		خطا	۱۳۶۳۹۹/۶۸۹	۲۸	۴۸۷۱/۴۱۷				
استرس تحصیلی	درون آزمودنی	اثر زمان	۶۶۷۳/۳۵۶	۱/۵۲۲	۴۳۸۵/۴۰۴	۷/۶۲	۰/۰۰۳	۰/۲۱۴	۰/۸۷۷

مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌طور کلی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/05$). همچنین تعامل اثر زمان و عضویت گروهی نیز در هر سه متغیر معنی‌دار است ($p < 0/05$)؛ به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات متغیرهای اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای، پرخاشگری و استرس تحصیلی در مراحل پژوهش در دو گروه معنی‌دار است. نتایج برآورد پارامترها جهت مقایسه گروه آزمایش و کنترل در مراحل پژوهش در متغیرهای پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است.

بر اساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۳، در تحلیل بین‌آزمودنی، میانگین نمرات اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای، پرخاشگری، استرس تحصیلی در دو گروه بازی‌درمانی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری و کنترل به‌صورت کلی تفاوت معنی‌داری دارد ($p < 0/05$). نتایج نشان داده است که به ترتیب ۱۱/۵، ۲۹/۸، ۴۴ و ۲۲/۳ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیرهای پژوهش تفاوت بین دو گروه در مراحل پژوهش مربوط است که این مقادیر معنی‌دار است. بر اساس نتایج در تحلیل‌های درون‌آزمودنی، بین میانگین نمرات اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای، پرخاشگری و استرس تحصیلی در

جدول ۴: نتایج برآورد پارامترها جهت مقایسه دو گروه به تفکیک متغیرهای وابسته یا میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله

متغیر	مراحل پژوهش	B	خطای انحراف استاندارد	T	معنی‌داری	حجم اثر	توان آماری
اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای	پیش‌آزمون	۵/۲۶	۵/۵۲	۰/۹۵۳	۰/۳۴۹	۰/۰۳۱	۰/۱۵۱
	پس‌آزمون	-۱۵/۲۶	۵/۱۵	-۲/۹۶	۰/۰۰۶	۰/۲۳۹	۰/۸۱۷
	پیگیری	-۱۴/۹۳	۴/۹۲	-۳/۰۳	۰/۰۰۵	۰/۲۴۸	۰/۸۳۴
پرخاشگری	پیش‌آزمون	-۹/۸	۶/۹۵	-۱/۴۰۸	۰/۱۷	۰/۰۶۶	۰/۲۷۵
	پس‌آزمون	-۲۵/۲	۶/۷۴	-۳/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۳۳۳	۰/۹۵
	پیگیری	-۲۲/۲	۵/۵۱	-۴/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۳۶۷	۰/۹۷۳
استرس تحصیلی	پیش‌آزمون	-۳۳/۲	۱۸/۰۴	-۱/۸۴	۰/۰۷۶	۰/۱۰۸	۰/۴۲۷
	پس‌آزمون	-۸۸/۳۳	۱۴/۹۶	-۵/۹۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۵۴	۱/۰۰۰
	پیگیری	-۸۵/۶۶	۱۴/۷۲	-۵/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴۷	۱/۰۰۰

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری بر اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای، پرخاشگری و استرس تحصیلی در کودکان ۱۰ تا ۱۱ سال بود. تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای، پرخاشگری و استرس تحصیلی در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($p < 0/001$) که نشان می‌دهد بازی‌درمانی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری در کاهش اعتیاد بازی‌های رایانه‌ای کودکان ۱۰ تا ۱۱ سال مؤثر بوده است و اثرات آن در آزمون پیگیری هم باقی‌مانده است بنابراین فرضیه پژوهش حاضر تأیید گردیده است. در جستجوی انجام شده در منابع داخلی و خارجی، مطالعه‌ای که اقدام به تعیین اثربخشی بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای نموده باشد، توسط محقق یافت نشد. به این جهت امکان مقایسه یافته‌ها با یافته‌های پژوهشگران دیگر بصورت کامل مقدور نشد. بخشی از یافته‌های به‌دست‌آمده در این پژوهش با نتایج مطالعات سلطانی و فرهادی که تأثیر بازی‌درمانی بر روی

نتایج در جدول ۴ نشان می‌دهد، در هر سه متغیر پژوهش (اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای، پرخاشگری و استرس تحصیلی) تفاوت گروه‌ها در مرحله پیش‌آزمون غیرمعنی‌دار است اما در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین گروه کنترل با گروه بازی‌درمانی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری تفاوت معنی‌دار است ($p < 0/01$)؛ به عبارت دیگر بازی‌درمانی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات متغیرهای پژوهش شامل اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای، پرخاشگری و استرس تحصیلی در گروه آزمایش بهبود داده است و تأثیر بسته آموزشی در مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است. میزان تأثیر بازی‌درمانی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری در بهبود اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای، پرخاشگری، استرس تحصیلی و مرحله پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۲۳/۹، ۳۳/۳، ۵۵/۴ درصد و در مرحله پیگیری برابر با ۲۴/۸، ۳۶/۷، ۵۴/۷ درصد است.

بازی‌های رایانه‌ای در کودکان را بررسی کرده‌اند (۲۸)، شاملی و همکاران که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر روی اعتیاد به بازی‌های اینترنتی موردبررسی قراردادند (۳۳)، مطالعات Hong و همکارانش که تأثیر بازی‌درمانی و تمرینات ورزشی را بر روی اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای بررسی کرده بودند (۱۳)، مطالعات Potenza و Dong که درمان شناختی رفتاری را بر روی اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای بررسی کردند (۳۴) و مطالعات Sun و همکارانش که تأثیر درمان شناختی رفتاری همراه با داروی بوپروپیون را بر روی اعتیاد به بازی رایانه‌ای موردتحقیق و بررسی قراردادند (۱۴)، هم‌سو بوده است.

در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت در بازی‌درمانی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری، به این دلیل که به کودکان به‌صورت مستقیم برای ترک بازی اشاره‌ای نمی‌شود آن‌ها به درمان رغبت پیدا کرده و نسبت به آن حالت تدافعی در پیش نمی‌گیرند. همچنین در این روش کودکان یاد می‌گیرند که افکار، احساسات و رفتارهای خود را در هر لحظه بررسی کرده و تجربه‌های سالم و احساسات خوب را تجربه کنند، به همین دلیل برای بهتر کردن احساسات خود نیازی به پناه بردن به بازی‌های رایانه‌ای پیدا نخواهند کرد. همانطور که پژوهش حاضر نیز صحت این یافته‌ها را تأیید می‌کند. بازی در خود قدرتهای درمانگری بسیاری دارد. بازی فرصتهای متناسب تحولی را جهت تعامات بین فردی درخور که در واقع با شکل‌دهی و تغییر شکل دادن مدارهای عصبی در تعامل هستند؛ را فراهم می‌کند.

با توجه به این پژوهش و معنادار شدن یافته‌های به‌دست‌آمده بر اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری بر کاهش پرخاشگری کودکان ۱۰ تا ۱۱ سال فرضیه دوم نیز تأیید می‌شود که می‌توان این پژوهش را با مطالعات انجام‌شده توسط اکبری و رحمتی که بازی‌درمانی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری را بر کاهش پرخاشگری موردبررسی قرار دادند (۳۵)، گودرزی و همکاران که تأثیر بازی‌درمانی را بر روی پرخاشگری کودکان بررسی کردند (۳۶)، تحقیقات نجفی و سرپولکی که اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری را بر روی پرخاشگری کودکان دبستانی سنجیدند (۳۷)، مطالعات کهلری و رحیمی‌نسب که تأثیر هنر درمانی را بر روی پرخاشگری موردبررسی قراردادند (۳۸)، زلمجد و همکاران که تأثیر شن بازی‌درمانی را بر روی پرخاشگری پسران موردبررسی قرار

داده بودند (۳۹) هم‌سو دانست.

در توجیه این یافته‌ها می‌توان گفت که بازی‌درمانی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری با توجه به موقعیتی که برای کودکان و نوجوانان در هنگام بازی کردن به وجود می‌آورد، این امکان را می‌دهد که آن‌ها بتوانند احساسات و افکار و مسائل و مشکلات خود را در هنگام بازی کردن تشخیص داده و آن‌ها را بیان کنند. بیان افکار و احساسات باعث تخلیه انرژی کودکان و نوجوانان می‌شود و این مسئله خود باعث کاهش پرخاشگری در آن‌ها خواهد شد. کودک برای حفظ تعادلش با محیط، باید اضطرابی را که درگیر آن است بیرون براند که این کار را ممکن است با عصبانیت، فریاد کشیدن، قشقرق به راه انداختن، گریه کردن، بی‌صبری، لجبازی و ناسازگاری انجام دهد. بازی زبان کودک و زبان مغز است؛ لذا بازی در جهت تحول سازگاران است.

و در پایان با توجه به معنادار شدن اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری بر استرس تحصیلی کودکان ۱۰ تا ۱۱ سال به‌عنوان سومین فرضیه تأیید شد که می‌توان آن را با مطالعاتی نظیر مطالعات گودرزی و همکاران که نشان دادند بازی‌درمانی در کاهش استرس تأثیر مثبت دارد (۳۶) هم‌سو دانست. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که مداخلات بازی‌درمانی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری از طریق بازی نقص‌های شناختی کودکان را مورد هدف قرار می‌دهد و باعث می‌شود، مهارت‌های شناختی و رفتاری مناسبی را یاد گرفته و آن‌ها را جایگزین رفتارهای نامناسب مانند استرس به هنگام مواجهه با مشکلات، پرخاشگری به هنگام عصبانیت و پناه بردن به بازی‌های رایانه‌ای کنند. کاهش استرس ادراک شده بر اثر بازی‌درمانی شناختی رفتاری در کودکان ماحصل تأثیراتی است که این نوع مداخله در تغییر فضای روان‌شناختی و هیجانی کارآمدتر در کودکان و سپس احساس توانمندی و افزایش خودتأییدآوری بالاتری که در اثر شرکت فعالانه در جلسات بازی‌درمانی شناختی رفتاری اتفاق می‌افتد، دانست. محتوای بسته بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر پذیرش واقعیت‌های موجود در تغییر ساختار خانواده، تحمل ناکامی و شکست، آمادگی کودکان برای مقابله با استرس، خودمهارگری، ارتقاء شناخت احساسات، مهرورزی و ارتباط بدون خشونت، شاد زیستن و ارتقاء روابط و مهارت‌های اجتماعی، آموزش تن‌آرامی و ریلکسیشن، تمرکز دارد. محتوای مداخله درمانی مورد استفاده در درجه نخست به

را از نظر تنظیم هیجانات به سطح سازگاران می‌رساند و همین موضوع سبب می‌شود که مشکلات عاطفی وی بهبود پیدا کرده و از نظر تطابق و سازگاری با خود و محیط در سطح بالاتری عمل کند. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان محدود بودن نتایج به جامعه آماری پژوهش را نام برد زیرا نتایج حاصل از پژوهش حاضر مربوط به کودکان ۱۰ تا ۱۱ سال است به همین دلیل نمی‌توان نتایج را به راحتی به گروه‌های دیگر تعمیم داد. استفاده از روش دسترس و کمبود پژوهش‌های انجام شده در زمینه اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای و همچنین گزارش دادن نتایج توسط خود دانش آموزان، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش هستند. در پایان پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، این مطالعه در جوامع آماری دیگر و در نمونه‌های گسترده تری انجام شود و نقش عوامل و متغیرهای میانجی نیز بررسی گردد. در نهایت با فراهم کردن عوامل حمایتی صحیح در رسانه‌ها جهت ترغیب به کم کردن میزان استفاده از فضای مجازی و بازی‌های رایانه‌ای می‌توان سهم بسزایی در کاهش میزان پرخاشگری و استرس تحصیلی کودکان داشت.

سیاسگزاری

این پژوهش بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) و دارای کد اخلاق از کمیته پژوهش تحقیقات علمی دانشگاه برابر با (IR.IAU.KHUISF.REC.1399.168) می‌باشد. هیچ گونه تضاد منافعی بین نویسندگان مقاله وجود نداشته و بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که با مشارکت خود زمینه ساز اجرای این مطالعه شدند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

تضاد منافع

وجود ندارد.

دلیل درگیر نمودن کودک در فعالیت‌های مثبت بین فردی با سایر کودکان، ایجاد هیجانات درونی مثبت و افزایش خلق، زمینه‌ساز استفاده از توان و ظرفیت تحمل برای مقابله با فشارهای ناشی از خانواده و مدرسه می‌شود. در این گروه‌ها به هیچ‌عنوان برچسب‌های منفی به افراد زده نمی‌شود و سعی بر این است که نکات مثبت آن‌ها تذکر داده شود. به همین دلیل دور از ذهن نیست که چنین روشی بتواند تأثیر سازنده‌ای در کاهش پرخاشگری کودکان داشته باشد. از دست دادن عزت‌نفس باعث ایجاد استرس و پاسخ نامناسب در هنگام عصبانیت و بروز پرخاشگری در بین دانش‌آموزان می‌شود. یکی از فعالیت‌های انجام شده در بازی‌درمانی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری تحسین و تشویق افراد در گروه باعث افزایش عزت‌نفس در بین آن‌ها و در نتیجه کاهش استرس و پرخاشگری در آن‌ها می‌شود. به این ترتیب انگیزه آن‌ها را در انجام فعالیت‌های درسی و یادگیری افزایش داده و استرس در حین انجام فعالیت‌های تحصیلی را کاهش می‌دهد و به آن‌ها کمک می‌کند که رفتارهای پرخاشگرانه‌ی خود را کنترل کنند. همان‌طور که پژوهش حاضر نیز این یافته‌ها را تأیید کرد.

نتیجه گیری

در تبیین کلی اطلاعات به دست آمده در این پژوهش می‌توان چنین استدلال کرد که بازی‌درمانی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری در کودکان توانایی‌هایی نظیر شناختن احساسات خود، توانایی بیان کردن احساسات در لحظه، پی بردن به عواقب رفتارهای خود را به وجود می‌آورد که باعث می‌شود آنها از انجام بی‌رویه بازی‌های رایانه‌ای، دادن پاسخ‌های نامناسب به دیگران از طریق رفتارهای پرخاشگرانه و داشتن استرس زیاد به هنگام انجام تکالیف و امتحانات تحصیلی خودداری کنند. کودکان در جلسات نقاشی و بازی، ترس‌ها و احساسات منفی خود را در قالب نقاشی بیان می‌کنند. کودک با بیان فراقنانه احساسات خود در وجود آدم‌ها و حیوانات نقاشی شده، خود

Referances

1. Kuss DJ, Shorter GW, Rooij AJ, Griffiths MD, Schoenmakers TM. Assessing internet addiction using the parsimonious internet addiction components model-A preliminary study. *IJMh*. 2014; 12(3): 351-366. <https://doi.org/10.1007/s11469-013-9459-9>
2. Sepehrian FJL. The relationship of internet addiction with anxiety in A&B personality types. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2012; 2(2): 17-30.
3. Shahyad S, & Mohammadi MT. Psychological Impacts of Covid-19 Outbreak on Mental Health Status of Society Individuals: A Narrative Review. *J Mil Med*. 2020; 22(2): 184-192.
4. Ahmadi EA, Gorbani F. Relationship between Depression and Cognitive Flexibility with Addictive Behaviors with the Mediating Role of Shame and Guilt. *etiadjohi*. 2020; 14(55): 279-297. <https://doi.org/10.29252/etiadjohi.14.55.279>
5. Sadri L, Shahriari-Ahmadi M, Tajalli P. Causal relationship between peer-matching and body management with mediating role of mobile-based social media addiction in adolescents with social anxiety. *Quarterly Social Psychology Research*, 2021; 11(41): 121-136.
6. Derevensky J, Hayman V, Gillbeau L. Behavioral addictions: Excessive gambling, gaming, internet, and smartphone use among children and adolescents. *Pediatric Clinics*. 2019; 66(6): 1163-1182. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2019.08.008>
7. Li H, Wang S. The role of cognitive distortion in online game addiction among Chinese adolescents. *Children and Youth Services Review*. 2013; 35(9): 1468-1475. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.05.021>
8. Liu M, Peng W. Cognitive and psychological predictors of the negative outcomes associated with playing MMOGs (Massively Multiplayer Online Games). *Computers in Human Behavior*. 2009; 25(6): 1306-1311. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2009.06.002>
9. Zandi Payam A, Mirzaeidoostan Z. Online game addiction relationship with cognitive distortion, parenting style, and narcissistic personality traits in students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2019; 25(1): 72-83. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.25.1.72>
10. Ng BD, Wiemer-Hastings P. Addiction to the internet and online gaming. *Cyberpsychology & Behavior*. 2005; 8(2): 110-113. <https://doi.org/10.1089/cpb.2005.8.110>
11. Liu S, Yu, Conner B, Wang S, Lia W, Zhang W. Autistic traits and internet gaming addiction in Chinese children: The mediating effect of emotion regulation and school connectedness. *Research in Developmental Disabilities*. 2017; 68(22): 122-130. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.07.011>
12. Azin F, Farhadi H. Predicting the divorce tendency through internet addiction, internet infidelity and computer games addiction in people seeking divorce. *JNIP*. 2022; 8(12): 1-14.
13. Hong JS, Kim SM, Kang KD, Han DH, Hwang H, Min KJ, Choi TY, Lee YS. Effect physical exercise intervention on mood and frontal alpha asymmetry in internet gaming disorder, mental health and physical activity. *Mental Health and Physical Activity*. 2020; 18(100318): 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2020.100318>
14. Sun M, Doug H, Young S, Perry, F. Combined cognitive behavioral therapy and bupropion for the treatment of problematic online game play in adolescents with major depressive disorder. *Computer In Human Behavior*. 2012; 28: 1954-1959. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2012.05.015>
15. Kafi H, Manzari, Tavakoli V. The effectiveness of yoga therapy on emotional regulation and aggression in Elementary school children. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2021; 1(2).
16. ObeidS, SaadeS, HaddadC, SacreH, Khei, K, Hallit S. Internet addiction among lebanese adolescents the role of self-esteem, anger, depression, anxiety, social anxiety and fear, impulsivity, and aggression. *The Journal of Nervous and mental Disease*. 2019; 207(10): 838-846. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001034>
17. Liu Y. Longitudinal relationship between Chinese high school students, school stress and school motivation. *Learning and Individual Differences*. 2015; 28(316): 123-126. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2015.02.002>
18. Rikka H, Luara Y, David W, Timo A, Nooa K. School related stress among sixth grade students association with school buoyancy and temperament. *Learning and Individual Differences*. 2019; 70(35): 100-108.

- <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2019.01.012>
19. Jon M., Simon R., Amelie W, Amelie R. Increased instruction time ad stress related health problems among school Electronic Journal. 2019; 58(118): 1-22.
20. Scrimin S, Lucia M, Ughetta M. School related stress and cognitive performance: A mood-induction study. Contemporary educational therapy. 2014; 6(39): 359-368. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2014.09.002>
21. Moosivand M, Zarean M, Kaboli M. Modeling internet addiction based on identity styles and academic performance: The mediating role of depression. Quarterly Social Psychology Research, 2022; 11(44): 73-92.
22. Narimani M, Soleymani E, Abolghasem A. A comparison of internal and external dimensions of thinking style in blind sighted students. Journal of school Psychology. 2012; 1(1): 108-118.
23. Mash EJ, Barkley RA. Child psychopathology. 3rd ed. New York: Guilford Press 2014; (6): 1-672.
24. Stulmaker HL, Ray DC. Child centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trail. Children and Youth Services Review. 2015; 57(16): 127-133. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.08.005>
25. Boldaji R, Baharloo G, Zarei A, sabetzadeh M. The effectiveness of self-esteem cognitive-behavioral approach training on aggression in Shahrekord high school boys. Clinical Psychology and Personality. 1392; 20(24): 42-33.
26. Ghaderi N, Asgharimoghadam M, Shaeri M. The effectiveness of play Cognitive-behavioral therapy on aggression in children with conduct disorder. Bi-monthly scientific research journal of Shahed University. 2006; 19: 84-75.
27. Brysbaert M. How many participants do we have to include in properly powered experiments? A tutorial of power analysis with reference tables. J Cogn. 2019; 2(1): 16. <https://doi.org/10.5334/joc.72>
28. Soltani M, Farhadi H. The effect of play therapy based on parent-Childs' relationship (Filial Therapy) on game addiction and aggression in preschoolers' children. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2019; 186.
29. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. Journal of personality and social Psychology. 1992; 63(3): 452. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.3.452>
30. Samani S. Study of reliability and validity of the Buss and Perry's aggression questionnaire. IJPCP. 2008; 13(4): 359-365.
31. Sukri O, Karami Nouri R, Farahani M, Moradi G, Shahrarai M. Testing the factorial structure and psychometric properties of the Persian version of the Academic Stress Questionnaire". Journal of Behavioral Sciences. 2010; 4(4): 277-283.
32. Lindater E, Axelsson E, Salomonsson S, Santoft F, Ejeby K, Ljotsson B, Akerstedt T, Lekander M, Lagerlof E. internet-based cognitive Behavioral Therapy for Controlled Trial. Psychotherapy and Psychosomatics. 2017; (2): 1-10.
33. Shamli M, Motamedi A, Berjeli A. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on Internet gambling addiction mediated by self-control and emotion variables in male adolescents. Fourth International Conference on Recent Innovations 2017; 3(16): 19-1.
34. Dong G, Potenza MA. cognitive behavioral model of Internet gaming disorder: Theoretical underpinnings and clinical implications. 2014; 58(1): 7-11. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.07.005>
35. Akbari B, Rahmati F. The efficacy of cognitive-behavioral therapy on the reduction of aggression in preschool children with attention deficit hyperactivity disorder. Child Mental Health Quarterly. 2015; 2(2): 100-93.
36. Godarzi K, Moridan S, Rozbahani M. Determining the effectiveness of play therapy on aggression, stress and anxiety in children. Journal of Motor and Behavioral Sciences. 2019; 2(2): 125-116.
37. Najafi M, Sarpolaki B. The effectiveness of play cognitive-behavioral therapy on aggression and spelling disorder in primary school children. Quarterly Journal of Exceptional People. 2015; 6(21): 121-103.
38. Kohlari F, Rahiminasab M. The effectiveness of art therapy in reducing anxiety and aggression in children. The first international conference on modern research in the field of educational sciences and psychology and social studies in Iran. 2018; (10): 9-1.
39. Zoalmjd A, Borjali A, Arian P. The effect on aggressive behavior among boys sand play therapy. Research on exceptional children. 2008; 7(2): 155-168.