

SID



ابزارهای
پژوهش



سرویس ترجمه
تخصصی



کارگاه های
آموزشی



بلاگ
مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری
STES



فیلم های
آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی



آموزش مهارت های کاربردی در تدوین و چاپ مقالات ISI

آموزش مهارت های کاربردی
در تدوین و چاپ مقالات ISI



روش تحقیق کمی

روش تحقیق کمی



آموزش نرم افزار Word برای پژوهشگران

آموزش نرم افزار Word
برای پژوهشگران

اثربخشی بازی درمانی در کاهش پرخاشگری بدنی و کودکان ۸ تا ۱۲ سال

گوهرتاج طالبی^۱، دکتر حکیمه آقائی^۲، دکتر شهناز نوحی^۳

چکیده

بروز رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان و فرهنگ رفتاری والدین و محیط‌ها و مشاهده آسیب‌های وارده از این رفتار و بررسی مشکلات روانشناختی و اختلالات رفتاری کودکان از جمله موارد مطرح شده در حوزه روانشناسی کودک می‌باشد. اختلالات اخلاک‌گر، کنترل تکانه و سلوک، اختلالاتی را شامل می‌شوند که مشکلاتی را در زمینه خویشتنداری هیجان‌ات و رفتارها شامل می‌شوند. بنابراین با توجه به اهمیت بررسی واکنش‌های هیجانی خصوصاً خشم و پرخاشگری در کودکان و بررسی فرهنگ خانواده‌ها و محیط‌ها و تأثیر این موارد در بهبود روابط اجتماعی، تحصیلی، خانوادگی و کاهش اختلالات رفتاری، همچنین اثربخشی بازی درمانی بر روی این عوامل، پژوهش در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. پژوهش حاضر به منظور اثربخشی بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری بدنی در کودکان صورت گرفته است. روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری مورد نظر کلیه دانش‌آموزان دبستانی شهر شاهرود بوده که از بین آنها ۳ دبستان به صورت نمونه‌گیری در دسترس هدفمند انتخاب شدند و از بین آنها ۲۶ دانش‌آموز به صورت تصادفی انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. هر دو گروه قبل و بعد از مداخله پرخاشگری کودک و نوجوان (نیلسون، ۲۰۰۰) را پاسخ دادند. گروه آزمایشی در ۸ جلسه بازی درمانی شرکت نمودند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. با توجه به یافته‌های به دست آمده و استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس چند متغیره، بازی درمانی سبب کاهش پرخاشگری بدنی ($p=0.002$) در کودکان گردیده است. نتایج نشانگر این بود که شیوه‌های متفاوت بازی درمانی می‌تواند بر کاهش پرخاشگری و درمان اختلالهای رفتاری دانش‌آموزان مؤثر باشد.

واژگان کلیدی: بازی درمانی - پرخاشگری - دانش‌آموز

^۱ . نویسنده مسئول، کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد، واحد شاهرود elham.el.talebi@gmail.com

^۲ . استادیار دانشگاه آزاد، واحد شاهرود

^۳ . استادیار دانشگاه آزاد، واحد شاهرود

Effectiveness of Play Therapy in Reducing Physical Aggression in Children Aged 8-12 Years

Gohar Taj Talebi^{1*}, Dr. Hakimeh Aghaei², Dr. Shahnaz Nohi²

1. MSc of Psychology, Islamic Azad University, Shahroud Branch, Shahroud, Iran

2. Assistant Professor, Islamic Azad University, Shahroud Branch, Shahroud, Iran

*Corresponding author: Gohar Taj Talebi (Email: elham.el.talebi@gmail.com)

Abstract

Some of the main subjects in pediatric psychology are the occurrence of aggressive behaviors in children, behavioral culture of parents, observation of the damages associated with these behaviors and evaluation of the psychological and behavioral disorders of children. Disruptive disorders, impulse control and conduct encompass problems relating to emotional and behavioral restraint. Given the importance of evaluating the emotional responses of children, especially anger and aggressiveness, as well as the role of families and environment in improving the social, educational and familial interactions in children to reduce behavioral disorders, the present study aimed to investigate the effects of play therapy on the reduction of physical aggression in children. This quasi-experimental study was performed with a pretest-posttest design and a control group. Sample population consisted of all the elementary students of Shahroud city, Iran. Three elementary schools were selected via purposive convenience sampling, from which 26 students were randomly selected and classified into two groups of experimental and control. Before and after the intervention, both groups completed Nelson's children aggression questionnaire (2000). In addition, children in the experimental group participated in eight sessions of play therapy, while the control group received no intervention. Results of multivariate analysis of covariance indicated that play therapy effectively reduced physical aggression in children ($P=0.002$). Therefore, it could be concluded that various methods of play therapy could be effective in the reduction of aggressive tendencies and behavioral disorders in children.

Keywords: Play Therapy, Aggression, Student

عواطف و احساسات نحوه ی رفتار و عملکرد انسان را مشخص می سازد و در چگونگی اداره امور زندگی روزمره و فرهنگ خاموادگی نقش بسزائی دارد. هیجانها همواره مورد توجه انسان بوده است، زیرا در هر تلاش و اقدام بشری به طریقی نقش دارند. خشم هیجان طبیعی انسان، پاسخ هیجانی نیرومند و ناخوشایند به تحریک واقعی یا محسوس است. اگرچه خشم طبیعی است، اما اغلب به صورت احساس منفی برداشت می شود. خشم زمانی منفی تلقی می شود که فرد آن را به صورت نامناسب ابراز نماید و به خشونت و پرخاشگری بیانجامد. خشمی که به صورت نامناسب ابراز شده یا فرو خورده شده باشد، می تواند آسیب های جسمانی یا روانی و هیجانی ایجاد کرده یا در روابط فرد با دیگران اختلال ایجاد کند. پرخاشگری^۴ یکی از رایج ترین واکنش های کودک نسبت به ناراحتی ها و ناکامی هاست که به منظور صدمه رساندن به دیگران، کسب پاداش، ارضای نیازها یا رفع موانع انجام می شود. پرخاشگری در کودکان به شکل های گوناگون کلامی (فحاشی)، کج خلقی، نافرمانی، تخریب، مخالفت جوئی، فریادزدن، گریه کردن و عنادورزی خود را نشان می دهد (شهیم ، ۱۳۸۶). قصد و نیت ها فرآیندهائی پنهان هستند که نمی توانیم آنها را مستقیماً مشاهده کنیم، حتی افرادی که درگیر پرخاشگری می شوند اغلب نمی دانند چرا آنگونه رفتار کردند و به چه چیزی می خواستند دست پیدا کنند. بنابراین هر چند روانشناسان اجتماعی پرخاشگری را به صورت آسیب رسانی عمدی تعریف می کنند، آنها می دانند که تعیین این که آیا عملی که سبب آسیب وارد شدن به دیگری شده است از روی قصد و عمد بوده یا نه، کاری بس دشوار است (کریمی، ۱۳۹۴).

با در نظر گرفتن بسیاری از موارد، بارون و ریچاردسون (۱۹۹۴) تعریف دقیقی از پرخاشگری را ارائه کرده اند. به نظر آنها واژه ی پرخاشگری را زمانی به کار میبریم که " رفتاری با هدف صدمه زدن یا آسیب رساندن به موجود زنده ای که سعی دارد از چنین آسیبی اجتناب کند بروز نماید (نظری نژاد ، ۱۳۹۰).

روانشناسان اجتماعی عمل پرخاشگرانه را رفتار آگاهانه ای تعریف می کنند که هدفش اعمال درد و رنج جسمانی یا روانی باشد. این رفتار نباید با ابراز وجود اشتباه گرفته شود، گرچه بسیاری از افراد به نحو غیردقیقی، دیگران را پرخاشگر می نامند (شکرکن ، ۱۳۹۱). پرخاشگری ممکن است بدنی یا کلامی باشد. خواه در نیل به هدف موفق شود یا نشود، در هر صورت پرخاشگری است (شکرکن، ۱۳۹۱). البته پرخاشگری می تواند معلول هر موقعیت ناخوشایند یا ملال انگیزی مثل خشم، درد، دمای خیلی زیادو غیره باشد. مهمترین عامل در ایجاد پرخاشگری از میان همه موقعیت های ملال انگیز، ناکامی است (شکرکن، ۱۳۹۳).

از نظر بارون و ریچاردسون واژه ی پرخاشگری را زمانی به کار می بریم که " رفتاری با هدف صدمه زدن یا آسیب رساندن به موجود زنده ای که سعی دارد از چنین آسیبی اجتناب کند بروز نماید . " البته از دیدگاه روانشناسی اجتماعی میدان برای طرح جنبه های مختلف دیگری که می توانند مشخصه اشکال مختلف پرخاشگری باشند باز است (نظری نژاد ، ۱۳۹۰).

در مورد کودکان پیش دبستانی و بزرگتر، عامل خشم، از احساس دست نیافتن آن ها به خواسته ها و نیازهایشان ناشی می شود. از طرف دیگر، در مراحل ابتدایی این دوره مهارت های کلامی کودک هنوز به اندازه کافی رشد نکرده است و کودک در به کارگیری بعضی از کلمات یا انجام بعضی از بازی ها با مشکل روبه روست. این مشکل نیز ممکن است موجب بروز پرخاشگری در کودک شود. بر این اساس، می توان گفت که علل بروز پرخاشگری متفاوت است و این مشکل تا حدودی با توانایی های فیزیکی و شناختی کودک و نیز مسائل محیطی و اجتماعی در ارتباط است. در صورتی که بتوانیم شناخت کودک را نسبت به این رفتار و پیامدهای آن افزایش دهیم، ممکن است بتوانیم در کاهش پرخاشگری به او کمک کنیم (کتزوات^۵، ۱۹۹۲؛ میلر، ۲۰۰۹).

⁴ - aggression

⁵ - Katz watt

سیر طبیعی رشد کودکان با تغییرات مستمر و تکامل امیال و رفتارها همراه می باشد. حافظه، تمرکز و کنترل تکانه ها به طور چشمگیری در سرتاسر دوران کودکی افزایش یافته و نیز توانائی استدلال انتزاعی در نوجوان به تدریج به سطح استدلال انتزاعی بزرگسالان نزدیک می شود. زمانی که روانشناسان به تشخیص گذاری در مورد کودکان می پردازند، باید تفاوت های بهنجار موجود در سرعت رشد را از مشکلات روانشناختی کودکان که نیازمند درمان هستند تفکیک کنند. مشکلات روانشناختی کودکان دارای پیش بینی پذیری کمی است. فهم آن که کدام کودک مستعد ابتلا به اختلالات و مشکلات روانی است، به این علت مشکل است که اغلب کودکان در طی دوره ای کوتاه تغییرات زیادی می کنند (نبت، لیپمن؛ راکین و افورد⁶، ۱۹۹۸). برای مثال کودکانی که بسیار پرخاشگرند بعداً مبدل به نوجوانان بسیار مطیع می شوند و برعکس بسیاری از کودکان منزوی و خجالتی بعداً بیشتر تمایل به پرخاشگری دارند. این مسأله در مورد کودکانی که از انجام هیچ کاری ابا ندارند نیز شایع است. در اختلالات مربوط به رشد بسیار دیده شده است که کودکی در سالهای اولیه زندگی خود رشد کلامی بهنجار داشته ولی بعدها به تدریج مهارتهای کلامی خود را از دست داده است. کودکان معمولاً نمی توانند مثل بزرگسالان مشکلاتشان را بیان کنند در عوض ناراحتی ها و مشکلات آنها معمولاً به طور غیرمستقیم از طریق رفتارهای ناسازگارانه و پرخاشگری ها آشکار می شود (رستمی، طهماسبی، قنبری و همکاران؛ ۱۳۹۳).

اختلالات اخلاک، کنترل تکانه و سلوک، اختلالاتی را شامل می شوند که مشکلاتی را در زمینه خویشنداری هیجانان و رفتارها شامل می شوند. منبع تغییر در بین این اختلالات، تأکید نسبی بر مشکلات در دو نوع خویشنداری است. به عنوان مثال، ملاک های اختلال سلوک عمدتاً بر رفتارهایی تمرکز دارند که به طرز بدی کنترل شده اند و حقوق دیگران را نقض می کنند یا از هنجارهای اجتماعی عمده تخلف می کنند. تعدادی از نشانه های رفتاری مانند پرخاشگری می توانند نتیجه هیجانان مثل خشم باشند که به طرز بدی کنترل شده اند. در انتهای دیگر، ملاک های اختلال انفجاری متناوب عمدتاً بر این گونه هیجانان که به طرز بدی کنترل شده اند، طغیانهای خشم که با تحریک میان فردی یا تحریک دیگر یا با عوامل استرس زای روانی - اجتماعی دیگر بی تناسب هستند تمرکز دارند. اختلال لجبازی و نافرمانی از نظر تأثیر، بین این دو اختلال قرار دارد، که به موجب آن، ملاک ها به طور مساوی بین هیجانان (خشم و تحریک) و رفتارها (جنجالی و سرپیچی) توزیع شده اند. این اختلالات اولین بار در کودکی یا نوجوانی شروع می شوند و پدیدار شدن آن برای اولین بار در بزرگسالی، بسیار نادر است. بین اختلال لجبازی و نافرمانی رابطه رشدی وجود دارد، زیرا اغلب موارد اختلال سلوک قبلاً ملاک های اختلال لجبازی و نافرمانی را برآورده کرده اند، حداقل در آن دسته از مواردی که اختلال سلوک قبل از نوجوانی پدیدار می شود. با این حال، اغلب کودکان مبتلا به اختلال لجبازی و نافرمانی سرانجام دچار اختلال سلوک نمی شوند. به علاوه، کودکان مبتلا به اختلال لجبازی و نافرمانی در نهایت در معرض خطر مبتلا شدن به مشکلات دیگر غیر از اختلال سلوک، از جمله اختلالات اضطرابی و افسردگی قرار دارند (سیدمحمدی، ۱۳۹۳).

از آنجائی که کودکان قادر نیستند از استدلال و مهارت های کلامی استفاده کنند و احساسات، افکار و رفتارهایشان را به صورت قابل درکی برای بزرگسالان بیان کنند، لذا بازی درمانی به عنوان یکی از روش های قابل اعتماد و مفید در زمینه درمان کودکان جای خود را در بین سایر روش ها باز کرده است (صمدی، ۱۳۹۳).

بازی درمانی رویکردی ساختارمند و مبتنی بر نظریه درمان است که فرآیندهای یادگیری و ارتباط سازگارانه و بهنجار کودکان را پایه ریزی می کند (لندرث⁷، ۲۰۰۲).

⁶ Raykan vaford

⁷ -landres

در بازی درمانی به کودک فرصت داده می شود تا احساسات آزار دهنده و مشکلات درونی خود را از طریق بازی بروز دهد و آنها را به نمایش در آورد (آکسلین^۸، ۱۹۹۴).

امروزه بازی درمانی جایگاه خود را در تشخیص مسائل و مشکلات روانی کودکان و درمان آنها پیدا کرده است. متخصصان بازی درمانی، به کمک این فن و تدارک اسباب بازی های ضروری و تشکیل جلسات بازی برای کودکان، رفتارهای آنان را زیر نظر می گیرند و ضمن دسترسی به ریشه های مشکلات کودکان به درمان آنها می پردازند (احمدوند، ۱۳۹۳).

کودک قادر است از طریق بازی های گوناگون و وسایل بازی و محرک های خنثی که مخصوصاً برای درمان انتخاب شده اند، تضادهای ناخودآگاهش را توسط مکانیسم های دفاعی مثال فرافکنی، تغییر موضع و نمادسازی آشکار سازد (کلین ۱۹۹۵). او با حمایت یک متخصص بازی درمانی در محیطی امن آغاز به دگرگونی می کند و آرزوها و اشتیاقهای ناخودآگاهش را تبدیل به بازی و عملکردهای آگاهانه می سازد (شفر، ۱۹۹۹). اکنون باور بر این است که رفتارها و الگوهای بازی، جنبه های گوناگونی از زندگی درونی، سطح رشدی کارکرد و شایستگی کودک را منعکس می کند (فنسن^۹، ۱۹۸۶؛ اوکانر و آمن^{۱۰} ۱۹۹۷؛ اوکانر ۱۹۹۱).

در این میان ویژگی های قابل مشاهده از طریق بازی عبارتند از: رشد خود^{۱۱}، سبک شناختی^{۱۲}، انطباق پذیری^{۱۳}، کارکرد زبان^{۱۴}، پاسخدهی هیجانی و رفتاری^{۱۵}، سطح اجتماعی^{۱۶}، رشد اخلاقی^{۱۷}، توانائی هوشی^{۱۸}، شیوه های مقابله ای^{۱۹}، تکنیک های حل مشکل^{۲۰} و رویکردهای درک و تفسیر دنیای اطراف (محمداسماعیل، رحمانی رسا ۱۳۸۹).

با توجه به اهمیت و بررسی واکنش های هیجانی خصوصاً خشم و پرخاشگری در کودکان و تأثیر آن در بهبود روابط اجتماعی، تحصیلی، خانوادگی و و با توجه به اثربخشی قابل اطمینان بازی درمانی در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان و درمان اختلالات رفتاری و با توجه به مباحث فوق، هدف از این پژوهش اثربخشی بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری بدنی دانش آموزان پسر ۸ تا ۱۲ سال می باشد.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری مورد نظر کلیه دانش آموزان دبستانی شهر شاهرود بوده که از بین آنها ۳ دبستان به صورت نمونه گیری در دسترس هدفمند انتخاب شدند و از بین آنها ۲۶ دانش آموز به صورت تصادفی انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. هر دو گروه قبل و بعد از مداخله پرسشنامه پرخاشگری کودک و نوجوان (نیلسون، ۲۰۰۰) را پاسخ دادند. گروه آزمایشی در ۸ جلسه بازی درمانی شرکت نمودند و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند.

⁸ - Axlin

⁹ Fenson

¹⁰ O connor & Ammen

¹¹ Ego development

¹² Cognitive style

¹³ adaptability

¹⁴ Language functioning

¹⁵ Emotional and behavioral responsiveness

¹⁶ Social level

¹⁷ Moral development

¹⁸ Intellectual capacity

¹⁹ Coping styles

²⁰ McCune

ابزار

پرسشنامه خشم کودکان و نوجوانان^{۲۱}

پرسشنامه خشم کودکان ابزار خودگزارشی است که برای بررسی موقعیت های مختلفی که سبب بروز خشم و همچنین میزان شدت خشم و مهارت های اجتماعی در کودکان می شود. این پرسشنامه توسط نیلسون و همکاران (۲۰۰۰) ساخته شده است و برای سنین ۶ تا ۱۶ سال تهیه شده و مقاطع تحصیلی ابتدائی تا دبیرستان طراحی شده است.

این پرسشنامه شامل ۳۹ عبارت و ۴ زیرمقیاس : الف- ناکامی، ب - پرخاشگری بدنی، ج - روابط با همسالان و د - روابط با مراجع قدرت است. حداقل نمره ای که آزمودنی کسب می کند ۳۹ و حداکثر آن ۱۵۶ می باشد. برای بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه ، این آزمون بر روی ۱۶۰۴ نفر دانش آموز اجرا شد. نتایج ضریب بازآزمایی ۰/۶۵ تا ۰/۷۵ ، ثبات درونی تا ۰/۸۶ و روایی چهار زیرمقیاس ۰/۹۳ به دست آمده است.

روش اجرای پژوهش

پس از ارزیابی از دانش آموزان پسر دبستانی شاهرود و اجرای پیش آزمون های مورد نظر، از بین این دانش آموزان، آنهایی که از نظر رفتاری (نشان دادن رفتارهای پرخاشگرانه) مشکل داشتند، انتخاب شده و پس از کسب رضایت والدین آنها به دو گروه ۱۳ نفره تقسیم شدند. یک گروه (با پرخاشگری بالا) به عنوان گروه آزمایش تحت بازی درمانی قرار گرفتند و یک گروه دیگر، گروه کنترل بود و بازی درمانی به آنها ارائه نشد و فقط در پایان جلسات بازی درمانی مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. برای این گروه، ۸ جلسه بازی درمانی ۴۵ دقیقه ای با هدف کاهش پرخاشگری به صورت گروهی انجام شد و سپس پس آزمون بر روی هر دو گروه اجرا گردید

پروتکل درمانی

پروتکل درمانی مورد استفاده در این پژوهش که به شیوه گروهی انجام شد، از بازی های مرتبط با موضوع پژوهش و متغیرهای وابسته که برگرفته از کتاب ۱۰۱ تکنیک بازی درمانی جلد یک و دو (هیدی جرارد کادوسون ؛ چارلز ای . شافر ، ۱۳۹۳) بود، استفاده شد.

جلسات	خشونت و پرخاشگری بالا
جلسه اول	ارتباط و آشنائی پژوهشگر و دانش آموزان با یکدیگر ۱. یخ شکنی - معرفی با توپ ۲. بازی حرف بزن ، ضربه بزن (تکنیک مهارتهای بیانی)
جلسه دوم	۱. توپ و حضور غیاب ۲. بادکنک و خشم را بیرون بریز (تکنیک مهارتهای بیانی)
جلسه سوم	۱. توپ و تور ۲. جنگا (برج هیجان) ۳. کارت احساس ۴. تن صدای هیجانی
جلسه چهارم	۱. توپ و تور ۲. کارت احساس

²¹ .Anger Inventory for Children and Adolescents

جلسه پنجم	۳. دستمال کاغذی خشمناک ۱. توپ و تور ۲. طناب کشی (برنده برنده) ۳. جنگا ۴. ترسیم احساس و حل مساله
جلسات	خشونت و پرخاشگری بالا
جلسه ششم	۱. توپ و تور (افزایش ضربات با هدف افزایش توانائی و خودپنداره) ۲. بولینگ ۳. جنگ توپ پنبه ای
جلسه هفتم	۱. توپ و تور ۲. بازی دلخواه ۳. تمرین نشانه گیری
جلسه هشتم (جمع بندی)	۱. توپ و تور ۲. بحث و گفتگو با بچه ها، بیان احساس و حل مسأله به هنگام عصبانیت

یافته ها

بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری بدنی کودکان اثربخش است.

از آنجا که یکی از پیش فرض‌های استفاده از این آزمون نرمال بودن توزیع نمرات است برای بررسی این پیش فرض از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج این بررسی در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول (۱) آزمون شاپیرو-ویلک پیش فرض نرمال بودن توزیع پیش آزمون

متغیر	گروه	آماره	درجه آزادی	معنی داری
پیش آزمون پرخاشگری بدنی	آزمایش	۰/۹۱	۲۱	۰/۱۲۸
	کنترل	۰/۹۴	۲۱	۰/۳۸۰

همانطور که جدول (۱) نشان می‌دهد فرض نرمال بودن توزیع نمرات تأیید می‌شود. پیش فرض دیگر، همسانی واریانس‌ها است، با استفاده از آزمون لوین این پیش فرض بررسی شد. در جدول ۲ نتایج این بررسی آمده است.

جدول (۲) نتایج آزمون لوین

متغیر	F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	معنی داری
پیش آزمون پرخاشگری بدنی	۱/۶۲۱	۱	۲۰	۰/۲۱۳

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در متغیر پرخاشگری بدنی تأیید می‌گردد. یعنی پیش فرض تساوی واریانس‌های نمرات در دو گروه آزمایش و کنترل مورد تأیید است. با توجه به رعایت این پیش فرض، تحلیل کوواریانس برای بدست آوردن نتایج استنباطی صورت گرفت.

داده‌های حاصل از تحلیل کوواریانس نمرات پس آزمون پرخاشگری بدنی در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳) نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر پرخاشگری بدنی در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	df	MS	F	p	میزان تأثیر	توان آماری
پیش آزمون پرخاشگری بدنی	۱	۱۱۵ ۲۴۳	۴۷/۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱/۰۰
عضویت گروهی	۱	۶۳/۴۵	۱۲/۳۱	۰/۰۰۲	۰/۳۹	۰/۹۱

جدول ۳ نشان می‌دهد که با کنترل پیش آزمون، بین میانگین نمرات پس آزمون پرخاشگری بدنی در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p= ۰/۰۰۲$). اندازه اثر آزمون نیز نشان می‌دهد که ۳۹ درصد تغییرات واریانس پرخاشگری بدنی ناشی از تأثیر بازی درمانی بوده است. همانگونه که میانگین‌ها نشان می‌دهد پرخاشگری بدنی در گروه آزمایش کاهش یافته است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری بدنی کودکان اثربخش بوده است. توان آماری نیز، ۰/۹۱ بوده که نشانگر کفایت حجم نمونه است.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه پژوهش یدین صورت بود که بازی درمانی بر روی کاهش پرخاشگری بدنی کودکان اثربخش است. که با توجه به نتایج به دست آمده در پژوهش، این فرضیه تأیید شده و نشان داده است که بازی درمانی بر روی کاهش پرخاشگری بدنی کودکان اثربخش است. بر اساس پژوهش انجام شده و با مراجعه به مبحث یافته‌های این پژوهش و جدول شماره ۳ و مشاهده کاهش نمرات پیش آزمون گروه آزمایش نسبت به نمرات پس آزمون، فرضیه فوق تأیید گردیده و نشان می‌دهد که بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری بدنی مؤثر می‌باشد. نتایج این پژوهش با نتایج ذیل همسو است:

(حیاتی ؛ اسماعیلی فرد؛ نیکرو و فرامرزی، ۲۰۱۴)، پژوهش خود را با عنوان: " اثربخشی بازی درمانی کودک محور بر کاهش پرخاشگری کودکان ۵ تا ده سال " انجام دادند. نتایج پژوهش بیانگر این بود که کودکانی که مادرانشان سن کمتری داشته و تعداد فرزند کمتری نیز دارند و دارای تحصیلات بالاتر، بازی درمانی می‌تواند اثربخشی بیشتری در کاهش

پرخاشگری کودکانشان داشته باشد. (گارزا ، ۲۰۱۳) تأثیر بازی درمانی را در کاهش مشکلات پرخاشگری و سایر مشکلات رفتاری کودکان اسپانیایی تبار مثبت ارزیابی کرد و نتیجه گرفت که کودک به کمک بازی مهارت های کنترل خشم، مهارت های ارتباط موثر با همسالان و راه های مثبت برون ریزی پرخاشگری را می آموزد و از طریق بازی میتواند سطح عزت نفس خود را بالا ببرد. (رنی ، ۲۰۰۶) از بازی درمانی در کاهش رفتار های اغتشاش آمیز در مدرسه بهره گرفتند و در این پژوهش مشخص گشت که بازی درمانی میتواند تأثیر بسیار مهمی در کاهش پرخاشگری این افراد داشته باشد. بارگرلی و پاکر (۲۰۰۵) بیان نمودند که بازی درمانی بر یادگیری، خودکنترلی، مسئولیت، ابراز احساسات، احترام گذاشتن، پذیرش خود و دیگران، بهبود مهارت های اجتماعی، عزت نفس، کاهش اضطراب، پرخاشگری و افسردگی مؤثر است. (زارع و احمدی ، ۱۳۸۶) در پژوهشی اثربخشی روش بازی درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری و پرخاشگری کودکان را تحقیق کرده و بازی درمانی را به عنوان یک روش اثربخش عنوان نمودند. همچنین (باعدی ، ۱۳۸۰) نشان داد بازی درمانی شناختی - رفتاری در کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک مؤثر بوده است. البته در زمینه اثربخشی بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری بدنی، پژوهشی یافت نشد. یکی از مهمترین عوامل پرخاشگری و پرخاشگری بدنی در کودکان، عوامل بیرونی است. در بازی درمانی گروهی، حضور کودکان در کنار یکدیگر، تنشهای درونی کودک را کاهش می دهد و نسبت به درمانگر واکنش طبیعی تر خواهند داشت و بطور کلی دامنه گسترش ارتباط بین درمانگر و کودک را افزایش می دهد، در عین حال کودکان در محیط بازی درمانی، با کنار هم قرار گرفتن، همدلی، تعامل مثبت با یکدیگر، ایجاد ارتباطات اجتماعی مؤثر، حل مسأله و بسیاری از موارد دیگر را می آموزند. ممکن است کودکان یکدیگر را هل دهند، وسایل یکدیگر را برداشته و ولی مهارتهای کنترل رفتار، احساسات و تکانه ها را می آموزند. این پژوهش اهمیتی است بر تأثیر بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری بدنی در دانش آموزان پسر در گروه سنی ۸ تا ۱۲ سال.

منابع

۱. ارونسون، لیوت. (۱۹۹۹). روانشناسی اجتماعی. مترجم حسین شکرکن. ویرایش هشتم. تهران: انتشارات رشد.
۲. انجمن روانپزشکی آمریکا، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-5، ترجمه یحیی سید محمدی، (۱۳۹۳).
۳. باربارا کراهه. (۱۹۵۵). پرخاشگری از دید روانشناسی اجتماعی. ترجمه محمد حسین نظری نژاد. تهران: انتشارات رشد (۱۳۹۰).
۴. بیانفر، فاطمه. اختلال سلوک و رفتار ضداجتماعی و پرخاشگرانه کودکان و نوجوانان. تهران: انتشارات دانژه (۱۳۹۴).
۵. برفیلید (۲۰۱۳)، تأثیر بازی درمانی بر روی کودکان ۷-۱۳، نشر گلریز (۱۳۸۲).
۶. خدیوی زند، سمیه؛ حمیدرضا آقا محمدیان؛ سید محسن اصغری (۱۳۹۱)، تأثیر بازی درمانی گروهی بر کاهش پرخاشگری کودکان.
۷. دوان، شولتز؛ سیدنی آلن، شولتز. نظریه های شخصیت. مترجم یحیی سیدمحمدی، تهران: مؤسسه نشر ویرایش (۱۳۹۳).
۸. دروز، آتنا. (۲۰۰۹). ترکیب بازی درمانی با رفتار درمانی شناختی. مترجم غزال رضانی. تهران: نشر وایا (۱۳۹۳).
۹. سلیگمن، مارتین؛ روزنهان، دیوید؛ والکر، آلاین. آسیب شناسی روانی جلد ۱. ترجمه: رضا رستمی و همکاران، ناشر: انتشارات ارجمند. (۱۳۸۹)
۱۰. کارن گیتلین - وینر. آلیس. چارلز شافر. ۱۹۳۳. بازی کودکان تشخیص و ارزیابی. مترجمان الهه محمداسماعیل و امیر رحمانی رسا. تهران دانژه (۱۳۸۸).

۱۱. کاپلان و سادوک . خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی ۲۰۰۷ ، ترجمه : فرزین رضاعی . جلد دوم . تهران : انتشارات ارجمند . (۱۳۹۲) .
۱۲. کریمی یوسف . (۱۳۹۱) . روانشناسی اجتماعی . تهران : انتشارات دانشگاه پیام نور .
۱۳. لندرت ، گری ال . بازی درمانی (هنر ارتباط با کودکان) ، ترجمه شهناز محمدی ، کبری جمشیدی ، تهران : نشر روان . (۱۳۹۳) .
۱۴. محمد اسماعیل ، الهه (۱۳۸۳) ، بازی درمانی ، تهران : انتشارات دانژه .
15. Ekman, P. (1994). All emotions are basic. In P. Ekman & R. J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 15-19). New York: Oxford University Press.
16. Fenson, L. (۱۹۸۶). *The developmental Progression of play*. In A. Gottfried & C. Brown (Eds.), *Play interactions: The contribution of play material and parental involvement to children's development*. M.A : Heath.
17. Fehr. B., Baldwin. M., Collins. L., Patterson., S., & Benditt. R. (1999). Anger in close relationships: An interpersonal script analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 25, 299- 312
18. Graham, S. (2005 , February 16). Commentary in USA Today, P. 2D. Baron, R.A., & Richardson, D.R. (1994). *Human aggression* (2 nd ed.). New York: Plenum Press.
19. Izard, C, E. (1993). Four systems for emotion activation: Cognitive and noncognitive development *Psychological review*. 100.
20. Klein, M. (1955). *The Psychoanalytic Play technique*. In Travistock (Ed.), *New directions in psychoanalysis*. London: Hogarth Press.
21. Landreth, G., & Bratton, S. (2006). *Child Parent relationship therapy (CPRT) : A 10 – session filial therapy model*. New York: Routledge.
22. Lerner, J. S., & Keltner. D. (2001). Fear, Anger, and risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 146-159
23. Landreth, G., & Bratton, S. (2006). *Child Parent relationship therapy (CPRT) : A 10 – session filial therapy model*. New York: Routledge.
24. Nisbett, R. E., & Ross. L. (1998). *Human inference: Strategies and Shortcoming of social judgment*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall.
25. O'Connor, K., & Ammen, S. (1997). *Play therapy treatment planning and interventions: The ecosystemic model and workbook*. San Diego, CA: Academic Press.
26. Scherer, K. R., & Tannenbaum, P.H. (1986). Emotional experience in everyday life. *Motivation and Emotion*, 10, 295-31
27. Shepherd, M., Oppenheim, A., & Mitchell, S. (۱۹۹۹). Childhood behavior disorders and the child – guidance clinic. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, ۷, ۳۹– ۵۲
28. Tiedens, I. z. (2001). Anger and advancement versus sadness and subjugation: The effect of negative emotion expressions on social status control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 86-94.
29. Tafrate, R. C., Kassinove, H., & Dundin, L. (2002). Anger episodes in high- and low-trait anger community adults. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1573-1590.

SID



ابزارهای
پژوهش



سرویس ترجمه
تخصصی



کارگاه های
آموزشی



بلاگ
مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری
STES



فیلم های
آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی



تکنیک آموزش
آموزش مهارت های کاربردی در تدوین و چاپ مقالات ISI

آموزش مهارت های کاربردی
در تدوین و چاپ مقالات ISI



تکنیک آموزش
روش تحقیق کمی

روش تحقیق کمی



تکنیک آموزش
آموزش نرم افزار Word برای پژوهشگران

آموزش نرم افزار Word
برای پژوهشگران