

اثربخشی بازی درمانی گروهی بر کاهش اضطراب، میزان افسردگی و بهبود مهارت‌های ارتباطی کودکان مضطرب

مینا محمدی^۱، مجید محمودعلیلو^۲

^۱ کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، گروه روان شناسی واحد اهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ گروه روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

چکیده

هدف این پژوهش اثربخشی بازی درمانی گروهی بر کاهش اضطراب، میزان افسردگی و بهبود مهارت‌های ارتباطی کودکان مضطرب بوده است. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بود؛ جامعه آماری پژوهش کلیه کودکان مراجعه کننده به دو کلینیک مشاوره در شهر تبریز با مشکلات ارتباطی و اضطراب در سال ۱۳۹۹ بودند. که تعداد ۳۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های مهارت‌های ارتباطی کوئین دام (۲۰۰۴)، پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم (BDI-II) و مقیاس تجدیدنظرشده اضطراب آشکار کودکان رینولدر و ریچموند در سال ۱۹۷۸ استفاده شد. همچنین بازی درمانی گروهی در ده جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا گردید؛ نتایج نشان داد که، بازی درمانی بر افسردگی، اضطراب و مهارت‌های ارتباطی اثربخش است. به طوری که موجب کاهش اضطراب و افسردگی و و بهبود مهارت‌های ارتباطی کودکان مضطرب شد.

واژه‌های کلیدی: بازی درمانی، افسردگی، اضطراب، مهارت‌های ارتباطی

مقدمه

با توجه به اهمیت و جایگاه کودکان مضطرب، بررسی مشکلات و رفع آنها شایان توجه است. یکی از مشکلاتی که دامنگیر این کودکان است، مشکلات ناشی از اضطراب نظیر عدم سازگاری، افسردگی و همچنین نقص در مهارت‌های ارتباطی است. (بزمی و نرسی، ۱۳۹۱)

نحوه ارتباط والدین با کودکان قوی ترین عامل موثر بر الگوهای تعاملی خانواده محسوب می‌شود، خصوصاً در دوره‌هایی از زندگی کودکان که تحولات اساسی رشد روانی طی می‌شود. تحقیقات پیرامون آسیب‌های روانی کودکان نشان می‌دهد که بسیاری از خانواده‌ها از شیوه‌های تربیتی نامطلوب منشا ترس، عدم اعتماد، احساس نارضایتی، بدبینی و اضطراب در فرزندان آنها می‌شود استفاده می‌کنند (علیزاده، ۲۰۰۲). از طرفی از هم پاشیدگی سازمان اصلی خانواده ضربه مهلکی به آینده فرزند در اجتماع می‌زند. تغییراتی که بر اثر مرگ والدین یا یکی از آن دو، طلاق و ترک خانواده در اوضاع و شرایط زندگی کودکان پدید می‌آید، نقش موثری در گرایش آنها به بزهکاری دارد. افراد بزهکار بیش از افراد غیر بزهکار به خانواده‌های از هم پاشیده تعلق دارند. باید توجه داشت که تحریفات شناختی که در دوران کودکی بوجود می‌آید و در اضطراب دوران کودکی وجود دارد، نقش مهمی در ادامه‌ی این تحریفات و بروز اختلالات اضطرابی گسترده‌تر در آینده خواهد داشت. این کودکان مضطرب همواره حوادث را ناخوشایند ارزیابی می‌کنند و تصور می‌کنند قسمت اعظم آن برایشان اتفاق می‌افتد (علیزاده، ۲۰۰۲).

بنابراین، توجه به نیازهای روان‌شناختی پیش روی این کودکان امری ضروری است. بر این اساس، می‌توان از طریق بازی که با ساختار درمانی پویای کودک سازگار است، به حل مسایل و مشکلات کودک مضطرب همت گمارد. بازی^۱ وسیله‌ای طبیعی برای بیان و اظهار وجود کودک است. کودکان از طریق بازی احساسات، ناکامی‌ها و اضطراب‌های^۲ خود را بیان می‌دارند، اما علیرغم بروز آشکار کودک، بزرگسالان در بسیاری از مواقع قادر به درک احساسات و پاسخگویی مؤثر به آنها نمی‌باشند. بنابراین، شکاف ارتباطی بین کودک و بزرگسالان عمیق می‌شود. در اینجا است که بازی می‌تواند به منظور برقرار ساختن ارتباط درمانی به کار رود و بزرگسالان می‌توانند از این طریق به دنیای کودک راه یابند و بدین‌وسیله نه تنها می‌توان کودک را در کاهش علایم بالینی کمک نمود، بلکه می‌توان موانع رشد کودک را مرتفع ساخت (محمداسماعیل، ۱۳۸۹).

بازی، فعالیت طبیعی دوران کودکی و احتمالاً مؤثرترین وسیله یادگیری است. بازی، تمرینی برای زندگی واقعی است و انعطاف کافی را برای سازگاری با وقایع، افراد و موقعیت‌ها به وجود می‌آورد (کداسن و شفر^۳، ۱۹۹۸؛ ترجمه صابری و وکیلی، ۱۳۸۹). "بازی‌درمانی"، رویکرد فعالی است که می‌توان آن را به طور انفرادی یا گروهی به کار برد، به گونه‌ای که به کودکان اجازه می‌دهد تا به واسطه بازی، احساسات هشیار و ناهشیارشان را آشکار سازند. درمان گرانی که مداخلات بازی درمانی انجام می‌دهند معتقدند که این تکنیک به کودکان اجازه می‌دهد مسائلی را که نمی‌توانند در محیط روزانه شان مطرح کنند در قالب بازی ارائه دهند (جعفرزاده داشبلاغ و همکاران، ۱۳۹۸). در حقیقت، بازی‌درمانی روشی است که به یاری کودکان می‌شتابد تا بتوانند مسایل خود را به دست خویش حل کنند. در این نوع درمان، به کودک فرصت داده می‌شود تا احساسات آزردهنده و مشکلات درون خود را از طریق بازی بروز داده و آنها را به نمایش بگذارد (محمداسماعیل، ۱۳۸۹). با توجه به مطالب گفته شده و همچنین تحقیقات گذشته با متغیرهای در ارتباط با کودکان تحقیق حاضر با متغیرهای اضطراب، میزان افسردگی و

۱. play
۲. anxiety
۳. Kadasan & shefer

مهارت‌های ارتباطی با هم جدید و از اهمیت خاصی برخوردار است. از این رو هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی درمانی گروهی بر کاهش اضطراب، میزان افسردگی و بهبود مهارت‌های ارتباطی کودکان مضطرب بود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر روش اجرا نیمه آزمایشی و در قالب طرح‌های پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال مراجعه کننده به دو کلینیک مشاوره در شهر تبریز که با مشکلات ارتباطی و اضطراب در سال ۱۳۹۹ مراجعه کرده بودند، بود. که از بین این دانش‌آموزان تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر گروه (کنترل) تقسیم جایگزین شدند. معیارهای ورود شامل: کودکانی که با هردو والد خود زندگی می‌کنند (از طریق پرسش مستقیم از والد)، تمایل به همکاری (از طریق پرسش از آزمودنی)، نداشتن بیماری روان‌شناختی جدی که تداخل دارویی و روان‌درمانی دریافت کرده باشند و معیارهای معیارهای خروج شامل دوجلسه غیبت و بروز بیماری جدی روان‌شناختی بود. بعد از انتخاب نمونه آماری، گروه آزمایش اول به مدت ۱۰ جلسه به صورت هفته‌ای دو جلسه غیبت و بروز بیماری جدی روان‌شناختی بود. بعد از انتخاب نمونه آماری، گروه آزمایش اول به مدت ۱۰ سانس پس‌آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی (از جمله تحلیل کواریانس چندمتغیره) و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ تجزیه و تحلیل شد. مشخصات ابزار گردآوری اطلاعات به شرح ذیل بود:

۱- **مقیاس تجدیدنظرشده اضطراب آشکار کودکان:** این مقیاس توسط رینولدر و ریچموند در سال ۱۹۷۸ طراحی شد و یک ابزار خودگزارشی دارای ۳۷ سوال بوده که ۲۸ گویه آن اضطراب را می‌سنجد و ۹ گویه دیگر شامل ۴-۸-۱۲-۱۶-۲۰-۲۴-۳۶-۳۲ مقیاس دروغ سنج است و هدف آن بررسی اضطراب آشکار کودکان از ابعاد مختلف (عوامل فیزیولوژیکی، حساسیت افراطی و تمرکز، نگرانی) است. طیف پاسخگویی پرسشنامه بدین صورت است که به هر گزینه بلی یک نمره و به هر گزینه خیر صفر نمره تعلق می‌گیرد. در پژوهش مفرد و همکاران (۱۳۸۱) اعتبار این مقیاس ۰/۸۳ گزارش شده است. همچنین مفرد و همکاران (۱۳۸۱) پایایی آزمون - بازآزمون این مقیاس را برای بیماران ۰/۸۷ و برای گروه بهنجار ۰/۸۱ بدست آورده‌اند. همچنین کندال و تریدول برای این مقیاس ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ به دست آوردند و برای اعتبار بازآزمایی آن ضریب همبستگی ۰/۶۵ تا ۰/۷۱ گزارش شد.

۲- **پرسشنامه افسردگی بک:** این پرسشنامه شامل ۲۱ گروه سوال است، برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک، بکوارد، مندلسون، مارک و ارباف تدوین شد. روایی و اعتبار این پرسشنامه در سال‌های ۱۹۷۱، ۱۹۷۹، ۱۹۸۵، ۱۹۸۶ به ترتیب مورد بررسی قرار گرفت و ثابت شد. انتخاب این ماده‌ها بر اساس تظاهرات آشکار رفتار در بیماری افسردگی بوده و دلیل بر هیچ فرضیه‌ای در مورد علت شناسی یا فرایند روانی در بیماری افسردگی نیست. از این پرسش نامه چندین فرم تهیه شده است، در این جا فرم معمولی آن که شامل بیست و یک ماده (بک و بک، ۱۹۷۲) است استفاده شد. این پرسش نامه یک آزمون خود آزما است که برای تکمیل آن ۵ تا ۱۰ دقیقه وقت لازم است و برای فهمیدن کامل معنای ماده‌ها خواندن در سطح کلاس پنجم تا ششم مورد نیاز است. می و همکاران ۱۹۶۹ تأکید کردند که این آزمون از نظر تشخیص دارای روایی بوده و قادر به پیش‌بینی است. بک، استیر و گاربین (۱۹۸۸)، در یک تحلیل سطح بالا از کوشش‌های مختلف برای تعیین همسانی درونی، ضرایب ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ را به دست آوردند. ارزشیابی روایی محتوایی، سازه و افتراقی و نیز تحلیل عاملی عموماً نتایج مطلوبی داشته‌اند. محتوای ماده‌های BDI با هم فکری و هم رأی متخصصان بالینی در مورد نشانه‌های مرضی بیماران افسرده تدوین شده و شش مورد از نه مقوله DSM III برای تشخیص افسردگی نیز در آن گنجانیده شده است (بک و همکاران، ۱۹۶۱).

۳- **پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی کوئین دام:** پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی توسط کوئین دام در سال ۲۰۰۴ تهیه شده است. این پرسشنامه برای سنجش مهارت‌های ارتباطی بزرگسالان ابداع شده است دارای ۳۴ گویه است که مهارت‌های ارتباطی

را توصیف می‌کند. برای تکمیل آن پاسخگو باید هرگویه را بخواند و سپس میزان انطباق وضعیت فعلی خود را با محتوای آن بررسی یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای از هرگز تا همیشه مشخص می‌کند. مهارت‌های ارتباطی فرعی که در این مقیاس مورد بررسی قرار می‌گیرند شامل پنج مهارت گوش دادن، توانایی دریافت و ارسال پیام، بینش نسبت به فرآیند ارتباط، کنترل عاطفی و ارتباط توأم با قاطعیت هستند. پاسخگو باید هر گویه را بخواند و سپس میزان انطباق وضعیت فعلی خود را با محتوای آن بر روی یک طیف لیکرت پنج درجه ای از ۱ (برای هرگز) تا ۵ (برای همیشه) مشخص کند. سوالات ۲-۴-۶ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. برای سنجش اعتبار آزمون مهارت‌های ارتباطی، ابتدا با استفاده از روش آلفای کرونباخ، اعتبار کل آزمون محاسبه شد که مقدار عددی آن برابر با ۰/۶۹ و حاکمی از همسانی درونی قابل قبول این آزمون بود. این مقدار برای آزمودنی‌های دانشجو ۰/۷۱ و برای دانش آموزان دبیرستانی برابر با ۰/۶۶ بود. همچنین ضریب اعتبار کل آزمون با استفاده از روش تنصیف برابر با ۰/۷۱ به دست آمد.

جلسات بازی درمانی:

جدول ۱- خلاصه پروتکل بازی درمانی شناختی رفتاری

جلسه	هدف پیگیری شده	محتوا و فعالیت
جلسه اول	ایجاد رابطه، اعتمادسازی، آشنایی بیشتر با درمانگر.	معارفه و آشنایی، آماده سازی کودکان و انجام فعالیت‌های هنری با موضوع اختیاری.
جلسه دوم	برون ریزی هیجانات با هدف کشف مسایل کودکان.	فعالیت گروهی هنری با عنوان عباسعلی کودک بیمار با استفاده از خرده‌های کاغذ.
جلسه سوم	افزایش امیدواری، غلبه بر تنهایی و ناامیدی، بازسازی شناختی با هدف پرهیز از خودگویی‌های منفی و بررسی نقش آن‌ها در ایجاد ناامیدی.	قصه گویی (داستان شیر غمگین) و تهیه صورتک‌هایی از آن و اجرای نمایش خلاق.
جلسه چهارم	غلبه بر ناامیدی، جایگزینی افکار مثبت با منفی، کاهش انزوا، بهبود روابط اجتماعی و کاهش غم و اندوه، بهره گیری از خودگویی‌های مثبت در هنگام غم.	فعالیت گروهی هنری و داستانی ماهی بیمار در غالب قصه و نقاشی.
جلسه پنجم	امید به آینده، شادی، مهارت مقابله با هیجان‌های منفی، به اشتراک گذاشتن احساسات، تجربه فعالیت گروهی مشترک، حس ارزشمندی.	تجربه فعالیت هنری درخت شادی با استفاده از ابزارهای هنری با تمرکز بر پس خورندهای مثبت.
جلسه ششم	آشکارسازی تعارضات، برون ریزی هیجانات و احساسات منفی، کسب سازگاری و بهبود راهبردهای رویارویی کودکان با مشکلات و نگرانی‌ها.	ساخت پازل گروهی، رنگ آمیزی و توسعه و تکمیل آن با تمرکز بر تعامل سازنده بین اعضای گروه.
جلسه هفتم	مواجهه با اضطراب ناشی از ابزارهای پزشکی، ابراز ترس‌ها و اضطراب‌ها، کاهش اضطراب و حالات هیجانی ناخوشایند.	تهیه کاردستی با استفاده از ابزارهای پزشکی و تکنیک‌های هنری.
جلسه هشتم	کاهش اضطراب، سازگار کردن کودکان با وسایل پزشکی در بیمارستان، افزایش احساس کنترل و تجربه احساسات مثبت.	ترسیم نقاشی با استفاده از گواش و آمپول.
جلسه نهم	برونی سازی و عینی سازی بیماری، غلبه بر اضطراب ناشی از ناشناخته‌های بیماری، کاهش اضطراب و آرام سازی روانی.	نامه و نقاشی به غول بیماری و انجام فعالیت توپ زشت.
جلسه دهم	یکپارچه کردن دریافت‌ها، انسجام بخشی به شناخت‌ها و تعمیم آن‌ها به زندگی واقعی	جمع بندی جلسات پیشین، آماده سازی کودکان برای اختتام گروه.

یافته های پژوهش

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد قبل و بعد از آموزش بازی درمانی گروهی

گروه	آزمون	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	پیش آزمون	اضطراب	۲۵,۰۰	۲,۶۱
		افسردگی	۵۱,۰۰	۳,۲۵
		مهارت های ارتباطی	۴۹,۰۰	۵,۰۱
	پس آزمون	اضطراب	۱۴,۰۰	۲,۵۰
		افسردگی	۳۵,۰۰	۲,۲۶
		مهارت های ارتباطی	۷۲,۰۰	۴,۰۹
کنترل	پیش آزمون	اضطراب	۲۶,۰۰	۲,۸۳
		افسردگی	۵۰,۰۰	۲,۱۱
		مهارت های ارتباطی	۴۸,۰۰	۴,۹۵
	پس آزمون	اضطراب	۲۷,۰۰	۲,۲۰
		افسردگی	۵۲,۰۰	۲,۰۰
		مهارت های ارتباطی	۴۷,۰۰	۴,۶۳

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون ارائه شده است.

جدول ۳- آزمون شیب رگرسیون برای پیش آزمون متغیرهای پژوهش، گروه آزمایشی با روش بازی درمانی گروهی

گروه	متغیر	منبع تغییرات	F	سطح معنی داری
گروه آزمایش بازی درمانی گروهی	اضطراب	تعامل گروه * پیش آزمون	۲,۲۸	۰,۱۷
	افسردگی	تعامل گروه * پیش آزمون	۱,۳۹	۰,۱۱
	مهارت های ارتباطی	تعامل گروه * پیش آزمون	۲,۶۲	۰,۱۳

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می شود، مقدار F تعامل برای متغیرهای اضطراب، افسردگی، مهارت های ارتباطی در گروه آزمایش اول با آموزش بازی درمانی گروهی معنادار نیست. بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون تأیید می شود.

جدول ۴- آزمون لون پیش آزمون متغیرهای اضطراب، افسردگی، مهارت های ارتباطی گروه آزمایشی با روش بازی درمانی گروهی

گروه	متغیر	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معنی داری
گروه آزمایش	اضطراب	۱	۲۸	۰,۷۳	۰,۳۷
	افسردگی	۱	۲۸	۱,۰۱	۰,۰۷
	مهارت های ارتباطی	۱	۲۸	۰,۶۱	۰,۴۸

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می شود، آزمون لوین در متغیرهای اضطراب، افسردگی، مهارت های ارتباطی در گروه آزمایش با آموزش بازی درمانی گروهی معنادار نیست. لذا واریانس دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش معنادار نیست. در نتیجه فرض همگنی واریانس ها تأیید می گردد. یعنی پیش فرض تساوی واریانس های نمره ها در دو گروه آزمایش و کنترل تأیید شد.

جدول ۵- نتایج آزمون آنالیز کواریانس برای ارزیابی اثر بازی درمانی گروهی بر متغیرهای مورد مطالعه

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	اندازه اثر	F	p	توان آزمون
اضطراب	۱۲۷,۰۹	۱	۱۲۷,۰۹	۰,۸۹	۱۴,۷۳*	۰,۰۱	۱

۱	۰,۰۰۱	***۹,۱۳	۰,۸۵	۲۵۳,۲۷	۱	۲۵۳,۲۷	افسردگی
۱	۰,۰۰۱	***۷,۰۰	۰,۸۳	۱۴۸,۷۹	۱	۱۴۸,۷۹	مهارت‌های ارتباطی

همانگونه نتایج نشان می‌دهد پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی‌دار عامل بین آزمودنی‌های گروه وجود دارد و می‌توان بیان کرد که آموزش بازی درمانی گروهی بر کاهش اضطراب، میزان افسردگی و بهبود مهارت‌های ارتباطی کودکان مضطرب تاثیر معنادار داشت ($p < 0/01$).

بحث و نتیجه گیری

هدف از این مطالعه بررسی اثربخشی بازی درمانی گروهی بر کاهش اضطراب، میزان افسردگی و بهبود مهارت‌های ارتباطی کودکان مضطرب بود. نتایج به دست آمده نشان داد بازی درمانی رفتاری شناختی- رفتاری گروهی، موجب کاهش اضطراب گروه آزمایش شده است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج مطالعه آزادی منش و همکاران (۱۳۹۶)، باقری و همکاران (۱۳۹۶)، سهرابی مرند (۱۳۹۵)، ترابی مخصوص و همکاران (۱۳۹۴) و فیفینر و همکاران (۲۰۰۸) همخوانی دارد.

در تبیین این فرضیه می‌توان بیان کرد که اضطراب در کودکی عامل مهمی است که شرایط زندگی کودکان را تحت شعاع قرار داده است. هر کس دچار اضطراب می‌شود و آن تشویش فراگیر و ناخوشایند و مبهم است که اغلب علائم دستگاه خودکار «تونوم» نظیر سر درد، تعریق، تپش قلب، احساس تنگی در قفسه سینه و ناراحتی مختصر معده نیز با آن همراه است. فرد مضطرب ممکن است احساس بی‌قراری هم بکند که نشانه اش این است که نمی‌تواند به مدت طولانی یک جا بایستد یا بنشیند. مجموعه علائمی که در حین اضطراب وجود دارد اغلب در هر فرد به گونه‌ای متفاوت از دیگران است. با توجه به مقدمه فوق از دید تئوری پردازان روان‌پویشی می‌توان گفت: نظریه پردازان روان‌پویشی بازی کردن را به عنوان روشی برای کودکان جهت برقراری ارتباط و ابراز خواسته‌های درونی مفهوم پردازی کرده‌اند. به اعتقاد فروید بازی کردن باعث می‌شود تا کودکان از عهده تجربیات منفی زندگی خود مثل مرگ یکی از والدین، یا رفتن پیش پزشک، که اضطراب زا هستند بوسیله فراهم کردن کنترل حوادث استرس‌زای زندگی بر بیایند. همچنین اریکسون بر این اعتقاد می‌باشد که بازی کردن به کودکان اجازه می‌دهد تا به ایجاد موقعیت و مدلی برای مقابله با تجارب زندگی خود بپردازند. همچنین او بیشتر از فروید بر اهمیت بازی بین فردی در بروز عواطف تاکید می‌کند. به همین ترتیب، روان‌شناسان شناختی نیز بر اهمیت بازی کردن تاکید دارند اما تاکید آنها بیشتر بر جنبه‌های شناختی بازی می‌باشد تا جنبه‌های احساسی آن. بر اساس دیدگاه‌های نظریه پردازان فوق می‌توان گفت که بازی، بویژه به صورت گروهی منجر به تخلیه هیجانی و افزایش توان ابراز هیجانات در قالب بیانی و نمادین می‌شود. این موضوع در کودکان می‌تواند نقش مهمی داشته باشد. بازی و پروسه‌های گروهی به این اشخاص اجازه ابراز هیجانات منفی و کنترل اضطراب را می‌دهد. هیجانات منفی منجر به بلوکه شدن توان بیانی فرد می‌شود وقتی که استرس اضطراب به شکلی بیانی، تخیلی، نمادین و یا در قالب تجسم سازهای ذهنی از طریق بازی ابراز می‌شود، توان بیانی از حالت بلوک شدگی خارج شده و از مشکلات احتمالی کاسته می‌شود. با توجه به مطالب بیان شده و نتایج دست یافته در پژوهش فوق احتمالاً بازی درمانی به شیوه گروهی منجر به تخلیه هیجانات منفی و سرانجام بهبودی در نمرات اضطراب گشته است.

همچنین نتایج نشان داد بازی درمانی رفتاری شناختی- رفتاری گروهی موجب کاهش افسردگی کودکان گروه آزمایش شده است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج سالاری (۱۳۹۵)، قربانی عشین و همکاران (۱۳۹۵)، آریاپوران و اسکندری (۱۳۹۵) و فیفینر و همکاران (۲۰۰۸) همخوانی دارد. در تبیین این فرضیه می‌توان بیان کرد کودکان افسرده معمولاً بی‌انگیزه هستند، مثلاً علاقه خود را به کارهایی که تا قبل از ابتلا به افسردگی از انجام دادن آنها لذت می‌بردند از دست می‌دهند. این افراد در تعامل با دیگران یا انجام دادن کارها پیشقدم نمی‌شوند و رفتار عادی و آزادانه ندارند. یعنی برای انجام دادن هیچ کاری انگیزه درونی ندارند و باید تحت محرک‌های خارجی قرار بگیرند تا کاری را انجام دهند (مثل فشار از طرف دیگران یا وظایف زندگی).

آنها از کارهای لذت بخش گذشته لذت نمی‌برند. عدم پیشقدم شدن در کارها ممکن است به صورت انزوا طلبی اجتماعی ظاهر شود.

نظریه‌پردازان یادگیری معتقدند که اختلالات روانی به طور کلی، بر اثر آموختن پاسخ‌های ناکافی برای روبرو شدن با مسائل زندگی و یا نیاموختن پاسخ‌های لازم برای حل مشکلات زندگی است. تعداد زیادی از این نظریه‌ها عقیده دارند که علت اصلی افسردگی در انسان، کاهش تقویت و فعالیت است (شاملو، ۱۳۹۸): همچنین لوین سون و همکاران وی که از پیشوایان تحقیق در زمینه افسردگی از دیدگاه یادگیری هستند بیان می‌دارند که پایین بودن مقدار واکنش‌های رفتاری و احساسات غمگینی یا بدبختی که با افسردگی همراه می‌شود، مربوط است به کمی تقویت مثبت و زیادی تجربه‌های ناخوشایند (آزاد، ۱۳۹۸). حال باید توجه داشت که در بازی‌های گروهی مقررات و معیارهای اجتماعی مانند حس همکاری و رعایت نوبت مهم است و کودک از طریق بازی احساسات خود را نیز بیان می‌کند، استعدادهایش شکوفا می‌شود و ترس‌هایش ظاهر می‌شوند. با توجه فرایند و محتوای بازی گروهی به نظر می‌رسد قرار گرفتن در گروه با توجه به نمرات افسردگی کودکان منجر به بهبود نمرات افسردگی شده است.

بعلاوه نتایج نشان داد بازی درمانی رفتاری شناختی- رفتاری گروهی موجب افزایش مهارت‌های ارتباطی کودکان گروه آزمایش شده است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثر بازی درمانی شناختی- رفتاری گروهی بر مهارت‌های ارتباطی کودکان با نتایج حشمتی و همکاران (۱۳۹۵)، قربانی عشین و همکاران (۱۳۹۵)، آریاپوران و اسکندری (۱۳۹۵)، کهریزی (۱۳۹۵)، آلساندری (۲۰۰۸) و کوه و همکاران (۲۰۰۸) همخوانی دارد.

در تبیین فرضیه فوق می‌توان گفت در بازی ارتباطی پویا و بین شخصی میان کودک و درمانگر و وسایل بازی، ایجاد می‌شود و ارتباطی ایمن را سهولت می‌بخشد تا بتواند بوسیله بازی- یعنی طبیعی ترین وسیله ارتباطی کودک- خود (احساسات، افکار، تجربه‌ها و رفتارها) را ابراز کند و به کاوش در آن بپردازد تا به رشد و تحول بهینه نایل شود. خردسال نیز مانند تمام موجودات اجتماعی، به تعلق و جزئی از یک گروه بودن و رابطه داشتن نیاز دارند و می‌آموزند چگونه در گروه‌هایی با ترکیب‌های متفاوت و برای اهداف متفاوت، زندگی و کار کنند. بازی در برآوردن این نیازها اثر بسیاری دارد و مهارت‌های عاطفی و اجتماعی زندگی را افزایش می‌دهد. بازی با دیگران به خردسالان فرصت می‌دهد رفتارشان را با رفتار دیگران مقایسه کنند و با منظرهای متفاوت باور خودشان، آشنا شوند. لذا، بازی تجربیات عالی برای آموختن مهارت‌های اجتماعی، آگاهی و حساسیت و توجه به نیازها و دید دیگران، تحمل برد و باخت، به بازی گرفته شدن و از بازی کنار گذاشته شدن، کنترل احساسات، آموختن کنترل خود و خویشنداری، توان مشارکت و اظهار لحاظ در کنار دیگران، فراهم می‌آورد. بازی، کودکان را قادر می‌سازد که احساس رضایت‌بخش و آرام‌بخشی داشته باشند و احساسات غیرقابل قبول خود را، به شیوه‌های قابل قبول ابراز کنند، و همچنین هنگام کار کردن در محیطی با احساسات متضاد، احساساتشان را در کنترل خود داشته باشند. در نظریه امید، تعقیب موفقیت‌آمیز هدف، هیجانهای مثبت را برمی‌انگیزد و هیجان‌های منفی در دستیابی به نتایج یک هدف دچار شکست می‌گردند. به همین منوال، این هیجانها چرخه‌ای رو به عقب پیدا می‌کنن تا گذرگاهها و کارزارهای فرد را درباره دنبال کردن اهداف آتی تحت تأثیر قرار دهند. هیجان‌های مثبتی که از تعقیب موفقیت‌آمیز اهداف ناشی می‌شوند کودک را به سمت کوشش و دستیابی به اهداف چالش‌انگیزتر بعدی سوق می‌دهند. در مقابل هیجانهای منفی مرتبط با شکست در دستیابی به اهداف خاص می‌توانند به بی‌میلی فرد برای به کار گرفتن کوشش لازم جهت رسیدن به موفقیت در آینده منجر شوند. بنابراین، توانایی فرد در کنار آمدن با هیجانهای منفی‌ای که از شکست یا مشکل ناشی می‌شود به طور مستقیم تفکر گذرگاهی و کارزار را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به این ترتیب هدف آتی رفتار را هدایت می‌کند. لازم به تأکید است که ارتباط موثر مستلزم توانایی فرد برای طراحی گذرگاهی به سوی هدف و رابطه اجتماعی است و هم مستلزم برخورداری از انرژی روانی یا انگیزش برای دستیابی به آن، که این مهم در بازی درمانی گروهی در این پژوهش به اثبات رسیده است. در این مطالعه استفاده از روش نمونه گیری دردسترس و همچنین استفاده از مقیاسهای خود گزارش‌دهی که می‌تواند تحت تأثیر سوگیری‌های ذهنی خود افراد قرار بگیرد، از

محدودیت های این مطالعه بود. بنابراین پیشنهاد می شود در مطالعات آتی از روش های نمونه گیری تصادفی استفاده شود. همچنین علاوه بر پرسشنامه از روش های دیگر گردآوری داده ها نیز استفاده شود.

منابع و مراجع

- آزاد، حسین. (۱۳۹۸). آسیب شناسی روانی. جلد اول، تهران: انتشارات بعثت.
- آزادی منش، پگاه؛ حسین خانزاده، عباسعلی؛ حکیم جوادی، منصور و وطن خواه، محمد. (۱۳۹۶). اثربخشی بازی درمانی عروسکی بر پرخاشگری خردسالان مبتلا به اختلال بیش فعالی/نارسایی توجه. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ۲۸(۲)، ۸۳-۹۰.
- بخشی پور، الهام؛ رهنما، نادر؛ سورتیجی، حسین؛ اسکندری، زهرا و ایزدی نجف آبادی، سارا. (۱۳۹۲). تاثیر برنامه تمرینی ایروبیک و بازی درمانی گروهی بر تعادل خردسالان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی. پژوهش در علوم توانبخشی، ۹(۲)، ۱۷۰-۱۶۱.
- ترابی مخصوص، سهیلا؛ رحمانیان، مهدیه؛ فرخزاد، پگاه و علیبازی، هوشنگ. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی بازی درمانی انفرادی و بازی درمانی همراه با خانواده درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری خردسالان مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه. مشاوره کاربردی، ۲، ۲۳-۳۶.
- جعفرزاده داشبلاغ، حسن؛ جنقو، الهام و همتی، بابک. (۱۳۹۸). اثربخشی بازی درمانی بر بهبود سرعت پردازش اطلاعات و پردازش اجتماعی/هیجانی در دانش آموزان مبتلا به اختلال یادگیری خاص خواندن. مجله ناتوانی های یادگیری، ۹(۱)، ۷۲-۹۲.
- شاملو، سعید. (۱۳۹۷). آسیب شناسی روانی. چاپ ۱۲، تهران، انتشارات رشد.
- قدم پور، عزت اله؛ شهبازی راد، افسانه؛ محمدی، فرشته و عباسی، منظر. (۱۳۹۴). اثربخشی بازی درمانی بی رهنمود بر کاهش اختلالات رفتاری خردسالان پیش دبستانی. روان شناسی تربیتی (روانشناسی و علوم تربیتی)، ۱۱(۳۸)، ۱۲۷-۱۱۳.
- قربانی عشین، یاسمن؛ طالبی، غلامرضا؛ جهاندار، بهارک و ربانی زاده، منصوره. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی بر کلاهش علائم اختلال بیش فعالی و کمبود توجه خردسالان دبستانی. توسعه ی آموزش جندی شاپور، ۷، ۵۳-۵۸.
- کهریزی، سمیه؛ مرادی، آسیه و مومنی، خدامراد. (۱۳۹۴). اثربخشی شن بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری خردسالان پیش دبستانی. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره (مطالعات تربیتی و روان شناسی): ۱۵(۱)، ۱۷۴-۱۵۴.
- لندرت، گری. (۱۳۹۰). بازی درمانی: هنر برقراری ارتباط. ترجمه ی فروزنده داورپناه. تهران، انتشارات رشد.
- محمداسماعیل، الهه. (۱۳۸۹). بازی درمانی: تئوری ها، روش ها و کاربردی بالینی. تهران، انتشارات دانژه.

Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Keyser, J., Gerstein, R. K., & Sylvia, L. G. (2008). Negative cognitive style. Risk factors in depression. 237-262.

Beck A.T. (1967). Depression: Causes & treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck AT, Steer R.A. Manual for the Beck Depression Inventory. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Beck AT, Steer RA, Brown G.K. Manual for the Beck Depression Inventory – II. The Psychological Corporation. Harcourt Brace & Company San Antonio. 1996.

Queendom. (2004). Communication Skills Test-Revised. Available online by Internet: <http://www.queendom.com/cgi-bin/tests/transfer.cgi> 15. Chari MH, Fadakar MM. Effect

of university on communication skills according to comparing school and university students. Behavioural Daneshvar.;12(15):21-32.16.