

Effectiveness of Play on Reducing Social Anxiety and Increasing the Emotional Insight of Children with Impairment Sensory-motor

Mitrasadat Mirmohamadi M. A.¹,
Ziba Barghi Irani, Ph.D.²

Received: 10. 20.2019

Revised: 06.20.2020

Accepted: 02.8.2021

اثربخشی بازی درمانی بر کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش هوش هیجانی کودکان دارای اختلال حسی حرکتی

میترا سادات میرمحمدی^۱، زیبا برقی ایرانی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۷/۲۸

تجدیدنظر: ۱۳۹۹/۳/۳۱

پذیرش نهایی: ۱۳۹۹/۱۱/۲۰

چکیده

Objective: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of play therapy on reducing social anxiety and increasing emotional insight in children with sensory-motor disorder in elementary school of Arak. **Method:** The method of this quasi-experimental research was pre-test, post-test and 2-month follow-up. The statistical population consisted of all children with sensory and motor disorders in Arak City who received educational and rehabilitation services in the academic year 2018-2019. The sample consisted of 26 students with sensory and motor disorders who were selected by simple random sampling method and divided into experimental and control groups. The experimental group received an eight-session intervention in 70 minute weekly sessions and the control group did not receive any intervention. Watson and Freund's Social Anxiety Scale and Shiring Emotional Insight Questionnaire were used to collect the required data. Repeated measures analysis of covariance was used to analyze the data. **Results:** The results of repeated measures analysis of covariance showed that play therapy can decrease social anxiety and increase emotional insight in children with sensory-motor disorder ($P \leq 0.001$). **Conclusion:** The results have important direct and implicit clinical applications in improving emotional insight and reducing social anxiety in children with physical and motor disabilities.

Keywords: Play therapy, Social anxiety, Emotional insight, Children, Motor-sensory disorder

1. M. A. in Psychology, Department of Psychology, Payame-noor University, Tehran, Iran.

2. Corresponding Author: Assistant Professor improving Department of Psychology, Payame-noor University, Tehran, Iran. Email: kimia2010@gmail.com

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی درمانی بر کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش هوش هیجانی کودکان دارای اختلال حسی- حرکتی مقطع ابتدایی شهر اراک بود. روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری ۲ ماهه می باشد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه کودکان دارای اختلالات حسی و حرکتی ۸ تا ۱۱ ساله شهر اراک که در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ خدمات آموزشی و توانبخشی دریافت می کردند، تشکیل می دهند ($N = 150$). برای نمونه گیری ۲۶ نفر از آتش آموزان دارای اختلالات حسی و حرکتی که به روش نمونه گیری تصادفی ساده با توجه به ملاک های ورود و خروج به عنوان نمونه انتخاب و در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگذاری شدند. گروه آزمایش تحت مداخله هشت جلسه ای بازی درمانی به شیوه جلسه های گروهی ۷۰ دقیقه ای هفتگی قرار گرفت و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. در این پژوهش به منظور جمع آوری داده ها از مقیاس اضطراب اجتماعی واتسون و فرند و پرسشنامه هوش هیجانی شیرینگ استفاده شد. برای انجام تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شده است. یافته ها: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که بازی درمانی می تواند موجب کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش هوش هیجانی کودکان دارای اختلال حسی- حرکتی شود ($P \leq 0.001$). نتیجه گیری: این نتایج، کاربردهای بالینی مستقیم و ضمنی مهمی در زمینه پیشگیری و بهبود هوش هیجانی و کاهش اضطراب اجتماعی کودکان کم توان جسمی- حرکتی دارد.

واژه های کلیدی: بازی درمانی، اضطراب اجتماعی، هوش هیجانی، کودکان، اختلال حسی- حرکتی

۱. کارشناسی ارشد روان شناسی تربیتی، گروه روان شناسی. دانشگاه پیام نور. تهران. ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

مقدمه

مداخله می‌باشد (هیلر، ۲۰۰۷). از سوی دیگر معلومیت واقعیتی است انکارناپذیر و به عنوان یک پدیده اجتماعی از دوره‌های گذشته تاکنون در جوامع وجود داشته است. با وجود این، مفهوم معلومیت به وسیله سازمان بهداشت جهانی^۲ در طبقه‌بندی جهانی ناتوانی کارکردی و سلامت، به عنوان یک اصطلاح چتری برای آسیب‌ها، محدودیت‌های کارکردی و محدودیت‌های مشارکتی مطرح شده است (کاراسکو و همکاران، ۲۰۱۱). تخمین زده می‌شود که ۱۰ درصد جمعیت دنیا با یک معلومیت زندگی می‌کنند (اسپنسر، ۲۰۰۷). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که افراد دارای معلومیت جسمی حرکتی از وضعیت سلامت روان، عزت نفس پایین‌تر، رضایتمندی کمتر از سلامت، سطوح بالای افسردگی و سطوح پایین از حمایت‌های عاطفی و مشارکت و تعهدات اجتماعی برخوردار هستند (نوسک، هوکس و سوایدن، ۲۰۱۳).

یکی از عوامل روان‌شناختی که کودکان دارای اختلالات حسی حرکتی با آن درگیر هستند، هوش هیجانی است. هوش هیجانی^۳، جدیدترین تحول در زمینه فهم رابطه میان تعقل و هیجان است و از آن به عنوان ماشه‌چکان یک انقلاب بزرگ در زمینه ارتقای بهداشت روانی یاد می‌شود. درواقع مفهوم هوش هیجانی، یک حیطه چند عاملی از مجموعه مهارت‌ها و صلاحیت‌های اجتماعی است که بر توانایی‌های فرد برای تشخیص درک و مدیریت هیجان، حل مسئله و سازگاری تأثیر می‌گذارد و به طرز مؤثری فرد را با نیازها، فشارها و چالش‌های زندگی سازگار می‌کند (بار-آن، ۲۰۰۶). به عقیده گلمن (۱۹۹۵) هوش هیجانی، عبارتند از شناخت احساس‌های خویشن و استفاده از آن برای اتخاذ تصمیم‌های مناسب در زندگی، توانایی اداره خلق و خوی، وضع روانی و کنترل تکانش‌ها است و درواقع عاملی است که زمان شکست ناشی از دست‌نیافتن به هدف در فرد ایجاد انگیزه و امید می‌کند و فرد را قادر می‌سازد تا ضمن شناخت خود و دیگران به ایجاد ارتباط‌های مناسب با مردم و

کودکان در فرایند تحول، مسیرهای رشدی متفاوتی را طی می‌کنند. در این میان عوامل اغلب ناشناخته و آسیب‌زاوی که علم جهت پیشگیری به دنبال تبیین آن است، مسیر رشد برخی از کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و پیامدهای ناگوار جسمی و روان‌شناختی را در حوزه سلامت بر آنها به وجود می‌آورد (کافمن، هلاهان و پولن، ۲۰۱۱). آسیب مهارت حسی- حرکتی یکی از موارد قابل توجه فرایندهای تحولی در حوزه سلامت و پیشگیری است (منصور، ۱۳۸۸). در فرایند آغازین زندگی این مهارت‌ها، با توانایی کنترل بدن، مهارت چنگزدن و وارسی اشیا شروع می‌شود و با پیچیده شدن آن در طی زمان امکان وارسی و کشف محیط و دستیابی به تجربه‌های جدید برای کودک فراهم می‌شود و از این راه توانایی‌های شناختی و ارتقا تسهیل می‌شود (منصور، ۱۳۸۸). در ادبیات پژوهشی مربوط به مسائل و مشکلات حرکتی، این مشکلات با عنوان، نشانگان خام حرکتی کودک (کافمن و همکاران، ۲۰۱۱؛ نعمتی، معتمدیگانه و شریفی، ۱۳۹۵)، بدکارکردی ادرaki- حرکتی بدون فلج مغزی (کافمن و همکاران، ۲۰۱۱)، بدکارکردی جزئی عصب‌شناختی یا ادراک‌پریشی کودکی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) توصیف شده است. در این گروه از کودکان آسیب‌های حرکتی بر توانایی کودکان برای انجام فعالیت‌های روزمره تأثیر می‌گذارد. این مهارت‌ها شامل عملکردهای تحصیلی و تکالیف خودمراقبتی است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۱، ۲۰۱۳). اختلال‌های حرکتی در کودکان نامتجانس است، به عبارتی برخی از این کودکان ممکن است در زمینه‌های مختلف مشکل داشته باشند، درحالی که برخی دیگر ممکن است در یک حوزه خاص دچار مشکل شوند (نعمتی، معتمدیگانه و شریفی، ۱۳۹۵) درصد بالایی از کودکان سنین مدرسه بین (۶ تا ۱۳ سال) به نوعی دچار مشکلات حرکتی بوده و نیازمند

ترس شدید و مستمر از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی است که موجب شرمساری فرد در حضور از این موقعیت‌ها می‌شود و در نهایت فرد از رویارویی با این موقعیت‌ها اجتناب می‌کند. با وجود اینکه فرد متوجه غیرمنطقی بودن ترس خود است، اما در کنترل این ترس ناتوان است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۵، ۲۰۱۳). افراد مبتلا به این اختلال از ارزیابی منفی دیگران در موقعیت‌های عملکردی و موقعیت‌های اجتماعی مانند رفتن به مهمانی‌ها می‌ترستند و در نتیجه اغلب سعی می‌کنند که از این موقعیت‌ها اجتناب کنند و یا با ناراحتی قابل‌توجهی این شرایط را تحمل کنند (ونزوول و جاگر- هیمن، ۲۰۱۴). این پدیده بخش بزرگی از فعالیت‌های روزانه فرد را تخریب می‌کند و ممکن است به طور قابل‌توجهی سطح کیفیت زندگی را کاهش دهد (کاوت و اولنديک، ۲۰۱۲). افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی در مواجهه با رویدادها، رفتار اجتنابی و گریز را از خود نشان می‌دهند (کراسگ، نیلس، بورگلند، تیلور، ویلارداچ و آرج، ۲۰۱۴). در این اختلال، موقعیت اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی درگیر انواعی از موقعیت‌هایی هستند که برانگیزاننده اضطراب هستند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این موقعیت‌ها شامل مهمانی، شرکت در همایش یا کلاس، سخنرانی، خوردن در جمع و مکالمات با افراد ناآشنا هست (تايلر، بومیا و امیر، ۲۰۱۰). شروع این اختلال از سنین کودکی و نوجوانی است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). شیوع این اختلال در طول عمر دامنه‌ای از ۲/۴ تا ۱۶ درصد دارد (کارلسن، کلنچ- آس، روی و راناس، ۲۰۱۴).

برای درمان اختلال‌های روان‌شناختی کودکان از روش‌های دارویی و غیردارویی متعددی بهره گرفته می‌شود. در این میان، برخی از درمانگران کودک بر این باورند که کودکان در بیان و ابراز احساسات و هیجان‌های خود از راه کلام به قدر بزرگ‌سالان توانند

سازگاری با محیط بپردازد (لاندو-کینگ و همکاران، ۲۰۱۵). خاستگاه نظری بیشتر پژوهش‌ها در زمینه مفهوم هوش هیجانی برگرفته از کارهای سالوی و مایر (۱۹۹۰) است. از نظر آنان هوش هیجانی به عنوان یک توانایی ناظر بر ظرفیت ادراک، ابراز، شناخت، کاربرد و کنترل هیجان‌ها در خود و دیگران است. شواهد بسیاری وجود دارد مبنی بر اینکه افراد با هوش هیجانی بالا در هر حیطه از زندگی موفقند؛ در زندگی خود خرسند و کارآمدند و عادت‌های فکری آنها باعث می‌شود که آنان به افرادی مولد و کارآمد تبدیل شوند (به نقل از اورتیز، ۲۰۱۲). نتایج مطالعات نشان می‌دهد هوش هیجانی عنوان یک توانایی کلی با سازگاری عاطفی و اجتماعی رابطه مثبت دارد (انگلبرگ و سجوبرگ، ۲۰۰۴). آکسترا دوران و ری (۲۰۱۰) نوجوانانی که در رابطه با شناخت هیجان‌های خود دچار مشکل هستند و توانایی‌های لازم را برای تنظیم هیجانات خود ندارند، در شرایط پراسترس از کنترل خوبی برخوردار نبود، ماهیت استرس را باشد بالاتری درک می‌کنند و از سازگاری روان‌شناختی کمتری برخوردارند. همچنین مطالعه‌های باستین، بارون و نیت بک (۲۰۱۱) نشان می‌دهد که هوش هیجانی بالا با ارتباط بهتر با همسالان، ثبات عاطفی، شبکه‌های اجتماعی قوی‌تر، رابطه مستقیم و با ناسازگاری‌هایی همچون اعتیاد، مصرف الکل، اختلال شخصیت فرار از منزل، رابطه عکس دارد.

اختلال اضطراب اجتماعی^۶ یکی از جدی‌ترین مسائل کودکان و نوجوانان با اختلالات حسی- حرکتی است. وجود سطح معینی از اضطراب نه تنها شرط بقا بلکه برای انجام امور زندگی نیز ضروری است، اما این اضطراب در صورت بیشتر شدن از سطح معینی، نقش سازگاری خود را از دست می‌دهد و منجر به رفتارهای غیر انتظامی می‌شود که در این صورت می‌توان آن را بیمارگونه تلقی کرد (لیدوکس و فین، ۲۰۱۶). ویژگی اصلی اختلال اضطراب اجتماعی،

زمینی، ۲۰۱۱) و کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم (لیلس و پاکمن، ۲۰۰۹) کاربرد دارد.

درمجموع با توجه به نتایج پژوهش‌ها، کمبود مهارت‌های هوش هیجانی در دانش‌آموزان با اختلال‌های حسی- حرکتی می‌تواند روی شاخص‌های سلامت روان تأثیر منفی بگذارد (جورج و اکپانگ، ۲۰۱۲) و موجب عملکرد روانی ضعیف مانند احساس گناه، خودپنداره منفی، نامیدی، عزت نفس پایین، اضطراب اجتماعی، شایستگی پایین، انزواج اجتماعی و رضایت‌مندی پایین از زندگی شود (امریسون و لیولین، ۲۰۰۸). از این‌رو با توجه به ادبیات پژوهشی استنباط می‌شود که مطالعه‌های فراوانی درباره اثربخشی بازی‌درمانی بر کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش هوش هیجانی در گروه‌های مختلف و به صورت اختصاصی در کودکان با اختلالات حسی- حرکتی انجام شده است ولی پژوهش‌های بسیار اندکی در این زمینه به نوجوانان با کم‌توانی حرکتی اختصاص پیدا کرده است. از طرف دیگر، در بسیاری از مواقع عامل اصلی مشکلات نوجوانان با کم‌توانی حرکتی در برقراری ارتباط مؤثر و سازگار با محیط پیرامونی و استفاده درست‌نکردن از مهارت‌های اجتماعی در حیطه‌های مختلف (ارتباط، مراقبت از خود، زندگی در خانه، خودرهبی، سلامت و ایمنی و اوقات فراغت) است. بنابراین، رفتارهای سازش‌نایافته آنها منجر به مشکلات روان‌شناختی در همه ابعاد زندگی آنها می‌شود و تأثیر نامطلوبی بر تعامل آنها با سایر افراد می‌گذارد. بر این اساس به آموزش برنامه‌هایی تأکید شده است که عزت نفس، سلامت روان و توانایی مدیریت هیجانی کودکان با اختلالات حسی- حرکتی را به نحو مطلوبی بهبود بخشد (عاشوری، جلیل‌آبکنار؛ غباری‌بناب، حبیب‌پور، ۱۳۹۲). از این‌رو پیشنهادهای آموزشی مختلفی در زمینه بهبود مهارت‌های هوش هیجانی (تنظیم هیجانی)، سلامت روان، سازگاری هیجانی و کاهش سطوح اضطراب اجتماعی آنها به وسیله متخصصان ارائه شده است که بازی‌درمانی نمونه‌ای از این موارد به

نیستند، از این‌رو روش‌های هنری و غیر رهنمودی همانند بازی‌درمانی که در آن اسباب‌بازی‌ها نقش کلمات و بازی نقش زبان کودک را ایفا می‌کنند (گالا و لاندرت، ۱۹۹۹). نقاشی‌درمانی و خلق آثار هنری (رضایی، خدابخشی کولاوی و تقوایی، ۱۳۹۴)، شعرخوانی و اجرای حرکات آهنگی (خدابخشی کولاوی و همکاران، ۱۳۹۴) و سایر روش‌های خلاقانه می‌تواند مؤثر باشد. بازی‌درمانی با ایجاد محیطی آرام، پذیرا و آزاد به کودک رنجور و آسیب‌دیده این امکان را می‌دهد تا بدون ساختار درمانی از پیش تعیین شده‌ای به کشف آزادانه باورها، احساسات خویش و دیگران بپردازد. این تجربه با بازی دوستان، همشیرهای والدین متفاوت است (ری، ۲۰۱۰). براساس تعریف انجمن بازی‌درمانی بریتانیا (۲۰۰۹) «بازی‌درمانی فرایندی پویا بین کودک و درمانگ است که زمان اجرای آن، کودک فضای بازی خود را پیدا می‌کند و به‌طور خودآگاه یا ناخودآگاه به آن چیزی که زندگی گذشته و حال او را تحت تأثیر قرار داده است، می‌اندیشد». بازی‌درمانی، جایگزین درمانی روان‌شناختی مناسبی برای دامنه وسیعی از مشکلات روان‌شناختی کودکان و نوجوانانی است که در دامنه سنی ۳ تا ۱۶ سال قرار دارند (هریس و لاندرت، ۱۹۹۷). نتایج مطالعات نشان می‌دهد بازی‌درمانی برای طیف وسیعی از اختلالات روان‌شناختی مثل اضطراب و افسردگی (پدرو و ردی، ۲۰۰۵)، اضطراب جدایی (لوینسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ یانگ و وانگ، ۲۰۱۹)، ترس‌های شبانه (ابراهیمی دهشیری، مظاهری و طهماسبیان، ۱۳۹۰)، ترس‌های اجتماعی (هونگ، ۲۰۱۵)، کاهش اضطراب بیماری (چیل ماکوری، نوولا و سونگارو، ۲۰۱۴)، کودکان دچار ترومما یا ضریبهای روانی (باگرلی، ۲۰۱۷)، مشکلات رشدی و اختلالات تکلمی (گینسبرگ و همکاران، ۲۰۱۲)، بهبود مهارت‌های هیجانی و اجتماعی دانش‌آموزان پیش‌دبستانی (چینه‌کش و همکاران، ۲۰۱۴)، کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه (برزگری و

آماری اختلالات روانی^۷ (DSM-۵) (توکلی و فدایی، ۱۳۹۴) و خروج (غیبت در جلسه‌های آموزشی، داشتن اختلال‌های هیجانی و رفتاری و سایر اختلال‌های همبود مانند صرع که منجر به وقفه آموزشی شود و شرکت همزمان در جلسه‌های مشاوره و روان‌درمانی و روان‌پزشکی) برگزیده شدند. به منظور رعایت ملاحظه‌های اخلاقی، به مسئولان مراکز و والدین آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت محروم‌نمای و بی‌نام استفاده شود. به منظور حفظ اسرار شخصی و تجاوز‌نکردن به حریم خصوصی افراد، نتایج در سطح کلی (میانگین) گروه‌ها گزارش شود و برای مقاصد تربیتی در اختیار روان‌شناسان، متخصصان آموزش و پرورش، بهزیستی و مراکز آموزش و توانبخشی کودکان با کم‌توانی حسی- حرکتی قرار گیرد. همچنین، درباره عدم ضرر و زیان ناشی از شرکت در پژوهش، اطلاعات کامل در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و آنها آزاد بودند که هر زمان که بخواهند از ادامه همکاری در پژوهش اجتناب کنند. در پایان پژوهش نیز یک کارگاه سه روزه برای گروه کنترل برگزار و درباره تأثیر بازی درمانی گروهی با آنها بحث شد. در همین راستا نیز یک جزو آموزشی تهیه و در اختیار آنها قرار گرفت. لازم به توضیح است که برای جمع‌آوری داده‌ها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون از والدین و مربیان برای پرکردن گزینه‌ها استفاده شد.

ابزار

به منظور بررسی متغیرهای پژوهش حاضر از سه ابزار پژوهش زیر استفاده شد.

مقیاس اضطراب اجتماعی (SAQ)^۸: پرسشنامه اضطراب اجتماعی بهوسیله واتسون و فرند (۱۹۶۹) به منظور تشخیص و ارزیابی اضطراب اجتماعی ساخته شده است. این ابزار ۵۸ ماده‌ای دارای دو خردۀ مقیاس اجتناب و پریشانی اجتماعی^۹ و ترس از ارزیابی منفی^{۱۰} است. خردۀ مقیاس اجتناب اجتماعی ۲۸ ماده و خردۀ مقیاس ترس از ارزشیابی منفی ۳۰ ماده است

شمار می‌رود. بنابراین، هدف از این پژوهش اثربخشی بازی درمانی بر کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش هوش هیجانی کودکان دارای اختلال حسی حرکتی مقطع ابتدایی شهر اراک بود. سؤال‌های این پژوهش عبارتند از: ۱- آیا بازی درمانی تأثیری بر کاهش اضطراب اجتماعی کودکان دارای اختلال حسی حرکتی دارد؟؛ ۲- آیا بازی درمانی تأثیری بر افزایش هوش هیجانی کودکان دارای اختلال حسی حرکتی دارد؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نظر هدف یک پژوهش کاربردی و این پژوهش از نظر جمع‌آوری داده‌ها یک پژوهش نیمه‌آزمایشی است. طرح نیمه‌آزمایشی پژوهش حاضر پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری (۲ ماهه) با گروه گواه^{۱۱} بود. در این پژوهش اثربخشی یک متغیر مستقل، یعنی بازی درمانی بر متغیرهای وابسته اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی بررسی شده است و شامل مراحل اجرایی زیر می‌باشد:

۱- جایگزین‌کردن تصادفی آزمودنی‌ها؛ ۲- اجرای پیش‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها؛ ۳- اجرای متغیر مستقل روی گروه آزمایش؛ ۴- اجرای پس‌آزمون و ۶- اجرای آزمون پیگیری و جمع‌آوری داده‌ها (با فاصله زمانی ۲ ماه).

جامعه آماری، نمونه آماری و روش نمونه‌گیری: جامعه این پژوهش شامل تمامی کودکان دارای اختلالات حسی و حرکتی ۸ تا ۱۱ سال شهر اراک بود که در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۹۸ در مراکز آموزشی شهر اراک خدمات آموزشی و توانبخشی دریافت می‌کردند (۱۵۰ N). ۲۶ نفر از دانش‌آموزان ۸ تا ۱۱ ساله دارای اختلال‌های حسی- حرکتی از بین مرکز عارف به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و معیارهای ورود (زندگی با والدین و بستری‌نبودن، موافقت برای شرکت در طرح پژوهشی، دامنه سنی ۸ تا ۱۱ سال و نداشتن اختلال‌های هیجانی و رفتاری براساس ملاک‌های پنجمین ویرایش راهنمایی تشخیصی و

سؤال‌های (۳، ۴، ۱۷، ۲۵، ۲۲)، و مهارت‌های اجتماعی سوال‌های (۷، ۸، ۱۳، ۱۹، ۲۸) را اندازه‌گیری می‌کند. آزمودنی با انتخاب ۱، بیشترین موافقت خواه درا با عبارت مطرح شده، اعلام می‌کند و این موافقت با انتخاب سایر گزینه‌ها تا ۵ تقلیل پیدا می‌کند. نمره‌گذاری ۹ ماده از آزمون به صورت وارونه در نظر گرفته شده است. درمجموع هرآزمودنی، ۶ نمره جدایانه دریافت می‌کند که یکی نمره کلی و ۵ نمره آن مربوط به هریک از مؤلفهاست. کمترین نمره کسب شده در این آزمون ۳۳ و بیشترین آن ۱۶۵ است. نمره بالا در این آزمون، نشان‌دهنده هوش هیجانی بیشتر است. منصوری (۱۳۸۰) آلفای کرونباخ آزمون ۳۳ گویه‌ای را در حدود ۰/۸۴ گزارش کرده است. همچنین روایی سازه این آزمون را از طریق سنجش همبستگی نمرات آزمودنی‌ها در این آزمون و تست عزت نفس کوپر اسمیت =۰/۶۳ به دست آورده است. در بررسی پایایی این آزمون، میزان همسانی درونی آزمون که روی یک نمونه ۴۰۰ نفری اجرا شد، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۴ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مناسبی پرسشنامه هوش هیجانی شرینگ است (منصوری، ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای خردۀ مقیاس‌های خودانگیزی ۰/۷۶، خودآگاهی ۰/۷۲، خودکنترلی ۰/۷۶، همدلی ۰/۷۰ و مهارت‌های اجتماعی ۰/۷۴ و کل پرسشنامه ۰/۸۰ به دست آمد.

روش/اجرا: پس از بیان ضرورت پژوهش برای مدیران مراکز آموزشی و توانبخشی حرفه‌ای موردنظر، به کودکان والدین آنان در رابطه با مطالعه اطلاعات لازم داده شد و از آنها رضایت‌نامه کتبی مبنی بر شرکت در پژوهش اخذ شد. نخست تمامی شرکت‌کننده‌ها پرسشنامه اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی را به کمک والدین و مربيان تکمیل کردند و نمره‌های آنها به عنوان پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. سپس به‌طور تصادفی در یکی از دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۳ نفر) قرار گرفتند. بازی درمانی به‌وسیله یک

(۱۹۶۹)، به نقل بساکنژاد، معینی و مهرابی‌زاده هنرمند، (۱۳۹۰). این مقیاس به صورت بلی و خیر نمره‌گذاری می‌شود. پایین‌ترین نمره ۱ و بالاترین نمره ۵۸ خواهد بود. خردۀ مقیاس اجتناب اجتماعی، ۲۸ ماده دارد که ۱۵ ماده پاسخ (+) و ۱۳ ماده پاسخ (-) دارند. دامنه نمره بین (۰-۲۸) می‌باشد که نمره‌های ۱۲ به بالا نشان‌دهنده اضطراب اجتماعی در سطح بالاست و نمرات بین (۰-۳) نشان‌دهنده اضطراب اجتماعی در سطح پایین است. خردۀ مقیاس ترس از ارزیابی منفی، ۳۰ ماده دارد که ۱۷ ماده آن پاسخ (+) و ۱۳ ماده آن پاسخ (-) دارد. دامنه این خردۀ مقیاس نیز بین (۰-۳) است. نمرات ۱۸ به بالا نشان‌دهنده افرادی است که ترس کمی از ارزیابی منفی دیگران دارند (وکیلیان و هاشم‌آبادی، ۱۳۸۸). نمره بالاتر نشان‌دهنده اضطراب اجتماعی بالاتر است. در بررسی واتسون و فرند، ضریب پایایی بازآزمایی آن، ۰/۷۸ و روایی ملاکی همزمان، ۰/۶۰ محاسبه شده است. در پژوهش برقی ایرانی و همکاران (۱۳۹۴) ضریب پایایی نمره کل با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و ۰/۷۴ با روش‌های تنصف اسپیرمن – براون و گاتمن به دست آمد.

پرسشنامه هوش هیجانی سیبر یا شرینگ (EISS)^{۱۱}: این پرسشنامه به‌وسیله شرینگ (۱۹۹۶) ساخته شده است. این پرسشنامه حاوی ۳۳ گویه است که با مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت درجه‌بندی شده است. فرم اصلی این آزمون دو قسمت و ۷۰ گویه داشته است. قسمت اول دارای ۴۰ گویه بوده است که ۷ گویه آن حذف شده و ۳۳ گویه باقی مانده است. قسمت دوم ۳۰ گویه بوده که قبل از هر گویه داستانی وجود داشته است و چون در آن با فرهنگ ایرانی همخوانی نداشته، به‌طور کامل حذف شده است. این آزمون، پنج خردۀ مقیاس خودانگیزی سوال‌های (۳۱، ۲۷، ۲۶، ۲۴، ۲۱، ۰، ۱۵، ۲۰، ۱۲، ۱۰، ۱۴، ۳۳)، خودآگاهی سوال‌های (۶، ۱۲، ۱۰، ۱۶، ۱۸، ۱۱، ۵)، همدلی سوال‌های (۲، ۱۶، ۱۸، ۲۳، ۳۰)، همدلی

تجزیه و تحلیل داده‌ها: داده‌های پژوهش با استفاده از نرمافزار آماری SPSS ویراست ۲۴ و روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری با اندازه‌گیری مکرر و با توجه به رعایت مفروضه‌های زیربنایی آن و سطح خطای ۰/۰۵ انجام شد.

روان‌شناس دارای مدرک کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی در سه جلسه یک ساعتی فرا گرفته شد و با استفاده از روش ایفای نقش در ۸ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای در دو ماه و هفت‌های دو جلسه کودکان گروه آزمایش را تحت مداخله آموزشی قرار داد، در صورتی که به گروه کنترل هیچ نوع آموزشی ارائه نشد.

جدول ۱ خلاصه جلسه‌های آموزشی بازی درمانی

بازی درمانی	موضوع	دستور کار	زمان
جلسه اول	پیش‌آزمون	اجرای آزمون اضطراب اجتماعی فضاسازی درمان	۷۰
جلسه دوم	بازی بادکنک خشم	توضیح موضوع خشم و اجرای بازی بادکنک خشم به صورت انفرادی	۷۰
جلسه سوم	بازی بادکنک خشم	اجرای بازی بادکنک خشم ^{۱۲} با همکاری همدیگر (دو با دو)	۷۰
جلسه چهارم	بازی کلمات احساسی	توضیح درباره احساسات بیان، احساسات در قالب داستان یا اتفاق روزمره برای درمانگر	۷۰
جلسه پنجم	بازی کلمات احساسی	بیان احساسات در قالب داستان با اتفاقات روزمره به صورت دو با دو یا گروهی	۷۰
جلسه ششم	بازی صندلی	چرخیدن به دور صندلی‌ها و نشستن روی صندلی‌ها بعد از قطع شدن آهنگ و برندهشدن افراد	۷۰
جلسه هفتم	بازی صندلی	چرخیدن به دور صندلی‌ها و نشستن روی صندلی‌ها بعد از قطع شدن آهنگ و برندهشدن گروهی	۷۰
جلسه هشتم	پس‌آزمون	اجرای پرسش‌نامه	۷۰

یافته‌ها

جدول ۲ میانگین (و انحراف استاندارد) خردمندی‌های اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی در سه موقعیت پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایشی و گواه

متغیر	بازی درمانی				موقعیت
	گواه	SD	M	SD	
اجتناب و آشفتگی اجتماعی	پیش‌آزمون	۰/۹۲۶	۱۴/۲۳	۱/۳۳	۱۴/۵۳
ترس از ارزیابی منفی	پس‌آزمون	۰/۶۳۰	۱۲/۶۹	۱/۰۵	۱۰/۵۳
اضطراب اجتماعی	پیگیری	۰/۷۵۹	۱۲/۰۷	۰/۹۲۶	۹/۲۳
خودانگیزی	پیش‌آزمون	۰/۹۸۷	۱۸/۱۵	۰/۹۴۷	۱۷/۶۹
خودآگاهی	پیگیری	۱/۱۱	۱۶/۹۲	۱/۰۴	۱۳/۶۱
خودکنترلی	پیش‌آزمون	۰/۹۲۶	۱۵/۷۶	۰/۹۲۶	۱۲/۲۳
	پیگیری	۱/۳۲	۳۲/۳۸	۱/۴۲	۳۲/۲۳
	پس‌آزمون	۱/۱۹	۲۹/۶۱	۱/۳۴	۲۴/۱۵
	پیگیری	۱/۲۸	۲۷/۸۴	۰/۹۶۷	۲۱/۴۶
	پیش‌آزمون	۱/۰۹	۱۵/۷۶	۰/۹۸۷	۱۶/۱۵
	پس‌آزمون	۱/۱۸	۱۷/۰۷	۰/۸۶۲	۱۹/۹۲
	پیگیری	۱/۳۷	۱۷/۶۹	۱/۰۹	۲۰/۷۶
	پیش‌آزمون	۱/۳۴	۱۹/۱۵	۱/۱۱	۱۹/۰۷
	پس‌آزمون	۱/۳۲	۲۰/۰۷	۱/۵۲	۲۳
	پیگیری	۱/۳۹	۲۰/۴۶	۱/۶۰	۲۴/۰۷
	پیش‌آزمون	۱/۰۵	۱۸/۴۶	۱/۰۹	۱۸/۲۳

۰/۸۷۷	۱۹/۵۳	۱/۰۹	۲۲/۷۶	پس‌آزمون	
۱/۲۵	۱۹/۹۲	۱/۱۹	۲۲/۴۶	پیگیری	
۱/۰۴	۱۵/۶۱	۱/۱۹	۱۵/۶۱	پیش‌آزمون	
۱/۰۴	۱۶/۶۱	۱/۱۹	۱۹/۲۳	پس‌آزمون	همدلی
۱/۰۵	۱۷/۵۳	۱/۱۲	۲۰/۲۳	پیگیری	
۰/۸۶۲	۱۳/۰۷	۰/۹۱۲	۱۳	پیش‌آزمون	
۱/۱۱	۱۴/۰۷	۱/۵۳	۱۶/۷۶	پس‌آزمون	مهارت اجتماعی
۱/۳۴	۱۵/۱۵	۱/۶۰	۱۸/۰۷	پیگیری	
۲/۲۵	۸۲/۰۷	۲/۴۹	۸۲/۰۷	پیش‌آزمون	
۱/۹۳	۸۷/۳۸	۲/۸۹	۱۰/۱۶۹	پس‌آزمون	هوش هیجانی
۲/۹۱	۹۰/۷۶	۲/۵۳	۱۰/۶۶۱	پیگیری	

نشان داد که متغیرهای کمکی (کواریتیها یا پیش‌آزمون‌ها) با یکدیگر همبستگی بالای ۰/۹۰ ندارند و بالاخره، مفروضه همگنی شبیه خط رگرسیون، یعنی تعامل گروه و پیش‌آزمون (متغیر کواریته) در متغیرهای بالا تأیید شد. همچنین نتایجی که برای آزمون کرویت موچلی شامل ضرب موجلی و مقدار و سطح آن برای مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی ($DF = ۰/۰۶۰$ ، $P \leq ۰/۵۶۲$ ، $F = ۵/۶۲$ کای اسکور، ۲) و هوش هیجانی ($DF = ۰/۰۶۲$ ، $P \leq ۰/۵۶۵$ ، $F = ۵/۵۶۵$ کای اسکور، ۲) معناداری به دست نیامده است. در اینجا می‌توان بیان کرد که فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی برای مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی رعایت شده است.

اطلاعات جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه‌ها (آزمایش و گواه) و تعامل (گروه \times زمان) از لحاظ حداقل یکی از متغیر وابسته (اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی) تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین زمان‌های سنجش (پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معناداری وجود دارد. از آنجایی که بین گروه‌ها (آزمایش و گواه) و تعامل (گروه \times زمان) از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد، برای بررسی نقطه تفاوت به انجام تحلیل واریانس‌های یکراهه در متن مانوای تکراری روی هریک از متغیرهای وابسته مبادرت شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، گروه آزمایش پس از دریافت مداخله نسبت به گروه کنترل از اضطراب اجتماعی پایین‌تر و هوش هیجانی بالاتری در مقایسه با گروه گواه برخوردار است. نتایج آزمون مفروضه نرمال‌بودن شاپیرو ویلکز^{۱۳} نشان داد که پس‌آزمون مؤلفه‌های اجتناب از اجتناب اجتماعی ($P = ۰/۲۹۱$ ، $P = ۰/۰۷۹$)، ترس از ارزیابی منفی ($P = ۰/۱۷۵$)، خودانگیزی ($P = ۰/۵۴۵$)، اضطراب اجتماعی ($P = ۰/۷۸۰$)، خودکنترلی ($P = ۰/۳۹۴$)، خودآگاهی ($P = ۰/۰/۷۸۰$)، مهارت‌های اجتماعی ($P = ۰/۱۳۱$) و هوش هیجانی ($P = ۰/۲۶۰$) تابع توزیع نرمال هستند؛ مفروضه آزمون ام باکس برای متغیر اضطراب اجتماعی ($P = ۰/۵۲۹$ ، $P = ۰/۹۴۷$) و $BOX = ۳۷/۴۱۹$ و برای متغیر هوش هیجانی ($P = ۰/۳۵۶$ ، $P = ۰/۸۹۷$ ، $F = ۴۲/۸۷۵$) معنادار نبود و بیانگر این است که شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس برقرار است. نتایج مفروضه آزمون‌های همگنی واریانس‌های لون درباره مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری حاکی از برابری واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل است. مفروضه رابطه خطی بین پیش‌آزمون‌های اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی به عنوان متغیرهای کمکی (کواریتیها^{۱۴}) و پس‌آزمون‌های آنها به عنوان متغیرهای وابسته تأیید شد. مفروضه عدم همخطی بودن چندگانه^{۱۵} بین متغیرهای کمکی (کواریتیها)

جدول ۳ خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری با سنجش‌های تکراری روی نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی

متغیر	موقعیت	آزمون	ارزش F	df فرضیه	df خطای فرضیه	P	اتا
اضطراب اجتماعی	بین آزمودنی (گروه)	لمبادی ویلکر	۰/۲۰۳	۴۵/۲۴۴	۲	$P \leq 0/001$	۰/۷۹۷
	درون آزمودنی (زمان)	لمبادی ویلکر	۰/۰۳۰	۱۷/۹۴۴	۴	$P \leq 0/001$	۰/۹۷۰
	تعامل(گروه × زمان)	لمبادی ویلکر	۰/۱۳۰	۳۵/۰۵۱	۴	$P \leq 0/001$	۰/۸۷۰
هوش هیجانی	بین آزمودنی (گروه)	لمبادی ویلکر	۰/۱۲۷	۲۷/۵۶۲	۵	$P \leq 0/001$	۰/۸۷۳
	درون آزمودنی (زمان)	لمبادی ویلکر	۰/۰۰۶	۲۲۹/۳۹۹	۱۰	$P \leq 0/001$	۰/۹۹۴
	تعامل(گروه × زمان)	لمبادی ویلکر	۰/۰۲۰	۷۱/۸۶۵	۱۰	$P \leq 0/001$	۰/۹۸۰

جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس یکراهه با سنجش‌های تکراری در متن مانوای تکراری روی نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی در گروه‌های آزمایش و گواه

منبع تغییرات	متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P	اتا
بین آزمودنی	اجتناب اجتماعی	۴۷/۷۰۵	۱	۴۷/۷۰۵	۲۳/۴۰۳	$P \leq 0/001$	۰/۴۹۴
	تراز ارزیابی منفی (گروه)	۱۱۵/۷۰۵	۱	۱۱۵/۷۰۵	۵۱/۱۳۳	$P \leq 0/001$	۰/۶۸۱
	اضطراب اجتماعی	۱۸۷/۵۶۷	۱	۱۸۷/۵۶۷	۷۵/۳۶۸	$P \leq 0/001$	۰/۷۲۱
درون آزمودنی	اجتناب اجتماعی	۱۸۰/۹۴۲	۱	۱۸۰/۹۴۲	۳۵۵/۰۵۷	$P \leq 0/001$	۰/۹۳۷
	ترس از ارزیابی منفی	۲۰۰/۰۷۷	۱	۲۰۰/۰۷۷	۳۹۵/۰۸۸	$P \leq 0/001$	۰/۹۴۳
	اضطراب اجتماعی	۲۵۶/۴۱۲	۱	۲۵۶/۴۱۲	۴۱۰/۳۶۹	$P \leq 0/001$	۰/۹۶۲
زمان	اجتناب اجتماعی	۳۲/۳۲۷	۱	۳۲/۳۲۷	۶۳/۴۳۴	$P \leq 0/001$	۰/۷۲۶
	تراز ارزیابی منفی	۳۰/۷۶۹	۱	۳۰/۷۶۹	۶۰/۷۵۹	$P \leq 0/001$	۰/۷۱۷
	اضطراب اجتماعی	۳۸/۷۵۶	۱	۳۸/۷۵۶	۷۴/۹۲۱	$P \leq 0/001$	۰/۷۲۹
خودانگیزی	خودانگیزی	۸۶/۲۰۵	۱	۸۶/۲۰۵	۲۹/۷۰۸	$P \leq 0/001$	۰/۵۵۳
	خودآگاهی	۹۰/۴۶۲	۱	۹۰/۴۶۲	۱۹/۴۷۴	$P \leq 0/001$	۰/۴۴۸
	خودکنترلی	۹۲/۶۲۸	۱	۹۲/۶۲۸	۳۰/۲۹۴	$P \leq 0/001$	۰/۵۵۸
همدلی	همدلی	۶۱/۰۳۸	۱	۶۱/۰۳۸	۲۰/۶۱۰	$P \leq 0/001$	۰/۴۶۲
	مهارت اجتماعی	۶۶/۴۶۲	۱	۶۶/۴۶۲	۱۶/۰۳۳	$P \leq 0/001$	۰/۴۰۰
	هوش هیجانی	۱۲۳/۷۴۱	۱	۱۲۳/۷۴۱	۴۲/۴۱۲	$P \leq 0/001$	۰/۵۱۲
درون آزمودنی	خودانگیزی	۱۳۸/۹۴۲	۱	۱۳۸/۹۴۲	۲۳۸/۱۸۷	$P \leq 0/001$	۰/۹۰۸
	خودآگاهی	۱۲۹/۳۰۸	۱	۱۲۹/۳۰۸	۱۳۸/۶۳۹	$P \leq 0/001$	۰/۸۵۲
	خودکنترلی	۱۴۵/۵۵۸	۱	۱۴۵/۵۵۸	۳۹۸/۳۶۸	$P \leq 0/001$	۰/۹۴۳
زمان	همدلی	۱۳۸/۹۴۲	۱	۱۳۸/۹۴۲	۳۳۳/۴۶۲	$P \leq 0/001$	۰/۹۳۳
	مهارت اجتماعی	۱۶۶/۳۲۷	۱	۱۶۶/۳۲۷	۳۶۵/۴۵۱	$P \leq 0/001$	۰/۹۳۸
	هوش هیجانی	۱۸۹/۳۵۱	۱	۱۸۹/۳۵۱	۴۳۶/۷۵۴	$P \leq 0/001$	۰/۹۵۱
خودانگیزی	خودانگیزی	۲۳/۵۵۸	۱	۲۳/۵۵۸	۴۰/۳۸۵	$P \leq 0/001$	۰/۶۲۷
	خودآگاهی	۴۴/۳۰۸	۱	۴۴/۳۰۸	۴۷/۵۰۵	$P \leq 0/001$	۰/۶۶۴
	خودکنترلی	۴۶/۱۷۳	۱	۴۶/۱۷۳	۱۲۶/۳۶۸	$P \leq 0/001$	۰/۸۴۰
همدلی	همدلی	۲۳/۵۵۸	۱	۲۳/۵۵۸	۵۶/۵۳۸	$P \leq 0/001$	۰/۷۰۲
	مهارت اجتماعی	۲۹/۲۵۰	۱	۲۹/۲۵۰	۶۴/۲۶۸	$P \leq 0/001$	۰/۷۲۸
	هوش هیجانی	۵۷/۴۱۲	۱	۵۷/۴۱۲	۱۵۷/۳۸۴	$P \leq 0/001$	۰/۶۵۷

متغیر اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی معنادار می‌باشد. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، تأثیر زمان‌ها (از پس‌آزمون تا پیگیری) در هر دو

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که تحلیل کوواریانس‌های یکراهه با سنجش‌های تکراری مربوط به اثر زمان‌ها (از پس‌آزمون تا پیگیری) در هر دو

پیگیری تفاوت معناداری بین میانگین نمرات مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی گروه آزمایشی تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq 0.001$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی بازی درمانی بر کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش هوش هیجانی کودکان دارای اختلال حسی حرکتی بود. نتایج پژوهش نشان داد که بازی درمانی بر کاهش اضطراب اجتماعی کودکان دارای اختلال حسی حرکتی مؤثر بوده است. این نتایج با مطالعه‌های دیگر مانند (پدرو و ردی، ۲۰۰۸؛ لوینسون و همکاران، ۲۰۰۵؛ یانگ و وانگ، ۲۰۱۹؛ ابراهیمی دهشیری، مظاہری و طهماسبیان، ۱۳۹۰؛ هونگ، ۲۰۱۵؛ چیل ماکوری، نوولا و سونگارو، ۲۰۱۴؛ باگرلی، ۲۰۱۷؛ گینسبرگ و همکاران، ۲۰۱۲؛ چینه‌کش و همکاران، ۲۰۱۴؛ بزرگری و زمینی، ۲۰۱۱ و لیلس و پاکمن، ۲۰۰۹) همخوان است.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت بازی درمانی به کودک این امکان را می‌دهد تا بدون ترس از هیجان‌های منفی و سرکوب شده خود را در قالبی جامعه‌پسند همچون بازی ابراز کند. در این درمان، درمانگر کودک را بدون قید و شرط می‌پذیرد و زمانی که کودک نگران و عصبی است، صحبت‌های آنها را می‌شنود (واترز و همکاران، ۲۰۱۲). بازی فعالیتی لذت‌بخش و سرگرم‌کننده برای کودکان است و کودکان در زمان انجام آن هیجان‌های مثبت و منفی خود را بروز می‌دهند. از این‌رو، روش مناسبی برای درمان اضطراب‌های کودکان محسوب می‌شود تا از این راه کودک راهبردهای مناسب را برای رویارویی با فشارها و آشفتگی‌های زندگی خود بیاموزد (چیل ماکوری و همکاران، ۲۰۱۴). تجربه بازی درمانی به کودک احساس خودکارآمدی و تسلط بر محیط را می‌دهد و درنهایت او را در برابر مشکلات زندگی توانمند می‌سازد (باگرلی، ۲۰۱۷).

در تبیین دیگر این یافته می‌توان گفت که محتوای بازی‌های به‌کاربرده شده در پژوهش

$=75/368$ (۱ و ۲۴)، و هوش هیجانی ($P < 0.001$) $=42/412$ (۱ و ۲۴)، و هوش هیجانی ($P < 0.001$) معنادار است. بنابراین می‌توان بیان کرد که بین میانگین نمرات اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی بین دو گروه آزمایشی و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. تأثیر زمان بر نمره‌های اضطراب اجتماعی ($P < 0.001$) $=410/369$ (۱ و ۲۴)، و هوش هیجانی ($P < 0.001$) $=436/754$ (۱ و ۲۴)، و هوش هیجانی ($P < 0.001$) می‌باشد. بنابراین می‌توان بیان کرد که چشم پوشی کردن از گروه آزمایشی بین میانگین نمرات (اجتناب و آشفتگی اجتماعی و ترس از ارزیابی منفی اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی) گروه آزمایشی در سه موقعیت پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه برای نمره‌های اضطراب اجتماعی ($P < 0.001$) $=74/921$ (۱ و ۲۴) و هوش هیجانی ($P < 0.001$) $=157/384$ (۱ و ۲۴)، و هوش هیجانی ($P < 0.001$) معنادار می‌باشد. بنابراین می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود از تأثیر درون آزمودنی‌ها (زمان) بر نمره‌های اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی می‌توان نتیجه گرفت که چشم پوشی کردن از زمان اندازه‌گیری بین میانگین نمرات گروه آزمایشی در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. از آنجایی که اثر تعامل بین عامل درون گروهی زمان اندازه‌گیری و عامل بین گروهی معنادار بود، اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از تصحیح بنفرنی بررسی شد.

نتایج سطح تصحیح بنفرنی نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی گروه آزمایشی و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq 0.001$). همچنین نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایشی در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

مظاہری و طهماسبیان، ۱۳۹۰؛ هونگ، ۲۰۱۵؛ چیل ماکوری، نوولا و سونگارو، ۲۰۱۴؛ باگرلی، ۲۰۱۷؛ گینسبرگ و همکاران، ۲۰۱۲؛ چینه‌کش و همکاران، ۲۰۱۴؛ بزرگری و زمینی، ۲۰۱۱ و لیس و پاکمن، ۲۰۰۹) همخوان است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که به دلیل اهمیت بازی در تحول هیجانی کودکان، بازی درمانی می‌تواند هوش هیجانی را ارتقا بخشد. انسان بازی می‌کند، زیرا بازی او را از گذشت زمان رها می‌سازد و در موقعی که از فرد خواسته می‌شود خود را شخص دیگری تصور کند، او را از قید خودش نیز رها می‌سازد؛ خودی که دنیای اجتماعی با همه قید و بندها برای او ساخته است. این آزادشدن ذهن از قیود مکان، زمان، سطح اجتماعی، هوش و ... به فرد توانانی انجام هر کاری را می‌دهد و او اینگونه می‌تواند هیجان‌های نو را تجربه کند و تمایل بیشتری برای تجربه آنها داشته باشد (اکلر، ۲۰۱۹). در جلسه‌های بازی درمانی و در جریان بازی، کودک راغب می‌شود تا با ایفای نقش‌های به‌خصوص در قصه حالت احساسی و هیجانی کاراکتر در نظر گرفته شده را ابراز کند. شناخت و هوش از این موضوع که در وضعیت موردنظر کاراکترهای قصه چه احساسات و هیجاناتی دارند، می‌تواند هوش هیجانی کودک را افزایش دهد (ایوکوایچ و برآکت، ۲۰۱۴).

بازی وسیله طبیعی کودک برای بیان و اظهار «خود» است. آدلر، روانشناس معروف می‌گوید که «هرگز نباید به بازی‌ها به عنوان روشی برای وقت‌کشی نگاه کرد.» کاینست اظهار می‌کند که «بازی کردن برای کودک مساوی است با صحبت کردن برای یک بزرگسال. بازی و اسباب بازی، کلمات کودکان هستند». بازی، روش طبیعی شرکت کودکان در فعالیت‌هایی است که سرانجام سبب کسب مهارت‌های

حاضر برای کودکان مبتلا به اختلال‌های حسی- حرکتی بیشتر روش‌هایی را در بر می‌گیرد که مشارکت و ارتباط اجتماعی کودکان را هدف قرار می‌دادند؛ به عنوان نمونه بادکنک خشم (سهرابی شگفتی، ۱۳۹۰) که انجام آن در جلسه‌های درمانی می‌تواند موجب همکاری و تعامل کودکان دارای مشکل حسی- حرکتی شود. بازی کلمات احساسی موجب آشنایی کودکان با احساسات خود از جمله اضطراب و اضطراب اجتماعی می‌شود (سهرابی شگفتی، ۱۳۹۰) و بازی معلم نیز موجب ابراز وجود کودکان دیگر می‌شود که موجب تعامل و افزایش اعتمادبه نفس کودکان دارای مشکلات حسی- حرکتی می‌شود. بنابراین می‌توان گفت که این بازی‌ها نقش عملدهای در کاهش اضطراب اجتماعی کودکان دارای اختلال حسی-حرکتی داشته است. ذکر این نکته لازم است که پژوهش‌ها به دلیل اثربخشی بازی در کودکان به این صورت اشاره کرده‌اند که کودکان در جلسه‌های بازی درمانی از راه عمل (بازی)، هیجان‌های خود را رها می‌سازند؛ برای حل مشکلات از تفکر خلاق استفاده می‌کنند و با احساسات و توانایی‌های خود آشنا می‌شوند (امیرپور و همکاران، ۱۳۹۲). بنابراین بازی درمانی می‌تواند موجب آشنایی کودکان دارای اختلال حسی- حرکتی با احساسات و توانایی‌های خود شود که آنها از این راه می‌توانند اضطراب خود را ابراز کنند و این امر می‌تواند موجب کاهش اضطراب اجتماعی در آنان شود.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بازی درمانی بر افزایش هوش هیجانی کودکان دارای اختلال حسی- حرکتی مؤثر بوده است این نتایج با مطالعه‌های دیگر برای مثال (پدرو و ردی، ۲۰۰۵؛ لوینسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ یانگ و وانگ، ۲۰۱۹؛ ابراهیمی دهشیری،

مشاهده برای ارزیابی میزان اضطراب اجتماعی استفاده شود. همچنین یکی دیگر از محدودیتهای پژوهش کنترل نشدن متغیرهای جمعیت‌شناختی از جمله وضعیت اجتماعی- اقتصادی و سطح تحصیلات والدین و نگرش به معلولیت به عنوان متغیرهای اثرگذار در پژوهش می‌باشد. اجرانشدن آزمون پیگیری طولانی‌مدت (۶ ماهه) به دلیل محدودیت زمانی، تعمیم‌پذیری نتایج این پژوهش را با دشواری مواجه می‌سازد. به هر حال، باید تعمیم نتایج این پژوهش به مراکز توانبخشی دیگر در سایر شهرستان‌ها یا استان‌ها با احتیاط انجام شود. در اینجا پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی به بررسی اثربخشی سایر برنامه‌های آموزشی بر رشد عاطفی، سلامت روان و حرمت خود افراد با معلولیت حسی- حرکتی بپردازند. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند مورد استفاده سازمان‌هایی همچون آموزش و پرورش، دانشگاه‌ها، مؤسسه‌های درمانی و مؤسسه‌هایی که با تربیت کودکان و نوجوانان سروکار دارند و مراکز توانبخشی به منظور ارائه خدمات بهتر به افراد با معلولیت جسمی- حرکتی قرار گیرد. شایسته است که تأثیر آموزش بازی درمانی بر سایر ویژگی‌های کودکان با معلولیت حسی- حرکتی بررسی شود. همچنین مطالعه حاضر در نمونه‌های دیگری نیز از جمعیت‌های اقتصادی- اجتماعی متفاوت انجام شود. برای بررسی ماندگاری در مداخله ارائه شده، مراحل زمانی مختلفی برای پیگیری میزان اثربخشی مداخله در نظر گرفته شود. با توجه به کوتاه‌بودن و مقرنون به صرفه‌بودن و همچنین تمرین‌های رویکرد بازی درمانی نسبت به سایر رویکردهای درمانی (که ساده‌تر و قابل فهم‌تر است) پیشنهاد می‌شود تا متخصصان، روان‌شناسان، روانپزشکان و مشاوران در امر بهبود روابط والد و کودک، افزایش کیفیت زندگی و هوش هیجانی این آموزش را به عنوان شیوه‌ای نوین و مؤثر مد نظر داشته باشند. درنهایت پیشنهاد می‌شود که برنامه آموزش بازی درمانی به صورت خدمات آموزشی و روان‌شناختی

اجتماعی و ورزیدگی برای مقابله با مشکلات زندگی می‌شود. کودکان از راه بازی احساسات، ناکامی‌ها و اضطراب‌های خود را بیان می‌کنند و با دیگران به تعامل می‌پردازند. همه کودکان فارغ از رنگ پوست و مو یا تعلق به نژاد و قوم خاص در هر کجای دنیا که باشند، بازی می‌کنند و فعالیت بازی درواقع تلاش کودک برای کنارآمدن با محیط است که از این راه او خود را می‌شناسد و دنیا را در کمی کند (اکلر، ۲۰۱۹).

در نهایت استفاده از برنامه‌های بازی درمانی با تأکید بر افزایش خودانگیزی، خودآگاهی، همدلی، مهارت‌های اجتماعی برای این افراد بسیار مفید خواهد بود. هدف کاربردی دیگر پژوهش حاضر، آگاه‌کردن معلمان، مردمیان از سطوح مختلف هدف‌های آموزشی و نقش مهم عملیاتی کردن یادگیری مهارت‌های بازی درمانی است که تنها در این صورت بهبود چشمگیری در نتایج فعالیت‌های آموزشی و توانبخشی آنان حاصل خواهد شد و یادگیرنده فرصت پیدا می‌کند که مهارت‌های کاربردی را در خود پرورش دهد، درنتیجه این توانایی منجر به بهبود اضطراب اجتماعی و حرمت خود در آنها می‌شود. بنابراین، آگاهی دادن به والدین و مردمیان درخصوص نقش و اهمیت آموزش مهارت‌های اجتماعی کاربردی، تأثیر بهسزایی در بهبود مهارت‌های مدیریت هوش هیجانی به صورت درون‌فردی و بین‌فردی خواهد داشت.

پژوهش حاضر نیز مانند سایر پژوهش‌های حوزه علوم رفتاری محدودیتهایی داشت از جمله اینکه نمونه پژوهش حاضر فقط کودکان دارای مشکلات حسی حرکتی ۸ تا ۱۱ ساله شهر اراک بود که در تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌های سنی و سایر نقاط باید جوانب احتیاط را رعایت کرد. استفاده از ابزارهای خودگزارشی شاید موجب کاهش دقت و سوگیری در پاسخ‌ها شود، از این‌رو پیشنهاد می‌شود تا در مطالعه‌های آتی از ابزارهایی همچون مصاحبه و

را برجسته کنید، تا زمانی که خشم تخلیه می‌شود، هم بادکنک و هم اطرافیان آن بادکنک در آرامش خواهند بود. ۵- از کودک بخواهید این کار را چندین بار تکرار کند تا زمانی که تمام هوای بادکنک خالی شود. دوباره توضیح دهید هوای داخل بادکنک معرف خشم است. با کودک درباره اینکه چه چیزهایی ما را عصبانی می‌کنند و راههای مناسب تخلیه آرام خشم چیست، صحبت کنید. به کودک بگویید اگر اجازه دهیم خشم درون ما انباسته شود، مثل بادکنک می‌تواند بزرگ شده و بترکد و به خودمان و دیگران آسیب برسانیم. سپس او شیوه‌های مختلفی را که بتواند خشم خود را به شکل مناسب تخلیه کند، مرور می‌کند.

۱۲- در این بازی، ترکاندن بادکنک‌ها کودک را قادر می‌سازد خشم خود را ببیند، بشنود و احساس کند. بنابراین به او فرصت داده می‌شود که خشم خود را لمس کرده و آن را بیان کند.

پی‌نوشت‌ها

1. American Psychiatric Association
2. World Health Organization
3. Emotional intelligence
4. Social anxiety
5. American psychiatry association
6. Goup design
7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
8. Social anxiety questionnaire (SAQ)
9. Social avoidance and distress (SAD)
10. Fear Negative evaluation (FNE)
11. Emotional Intelligence Cicero's or Shering's (EISS)
12. Shapiro Wilks
13. Covariate
14. Multicollinearity

منابع

- ابراهیمی دهشیری و، مظاہری م. ع، طهماسبیان ک. (۱۳۹۰) «اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری در کاهش ترس از شب کودکان»، مجله علوم رفتاری، ۵(۳)، ۲۵۳-۲۶۰.
- امیربور ب، کلهرنیاگلکار م، یوسفی م، گلداری ن. (۱۳۹۲) «اثربخشی بازی درمانی گروهی بر کاهش علائم اختلال نارسانی توجه کودکان»، دوفصلنامه روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، ۱(۱)، ۷۱-۸۶.

تدوین و در مراکز توانبخشی به افراد با کم‌توانی حسی- حرکتی ارائه شود.

بازی بادکنک خشم: در این بازی، ترکاندن بادکنک‌ها کودک را قادر می‌سازد خشم خود را ببیند؛ بشنود و احساس کند. بنابراین به او فرصت داده می‌شود که خشم خود را لمس کرده و آن را بیان کند. ۱- به کودک یک بادکنک بدھید تا آن را باد کند، سپس بادکنک را گره بزنید یا به او کمک کنید که بادکنک را گره بزند. الف) برای کودک توضیح دادیم که بادکنک معرف بدن و هوای داخل آن معرف خشم است. ب) از کودک خواستیم سؤال کند (بعد از اینکه آن را گره زد)، آیا هوای آن بادکنک را می‌توان خارج کند یا هوایی به داخل آن وارد کند. از کودک پرسیدیم اگر مغزش بادکنک باشد و خشم هوای درون آن باشد، آیا جایی برای فکر کردن خالی و روشن خواهد داشت؟ ۲- سپس کودک بادکنک را فشرده می‌کند تا منفجر شود و تمام هوای آن بیرون بیاید. الف) از کودک پرسیدیم آیا این روش راحت بیرون‌ریختن خشم نیست؟ چون بعضی از کودکان ممکن است از ترکیدن بادکنک بترسند. راجع به این ترس صحبت کنید. ب) برای کودک توضیح دهید که اگر بادکنک یک آدم باشد، ترکیدن بادکنک یک عمل پرخاشگرانه مثل زدن یک فرد، یا یک شیء خواهد بود. بپرسید آیا این کار، روش مناسبی برای تخلیه خشم است؟ ۳- از کودک بخواهید بادکنک دیگری باد کند. این بار سر آن را نبندید، اما از او بخواهید سر آن را نگه دارد، طوری که هوای داخل آن خارج نشود، توضیح دهید که بادکنک بدن است و هوای داخل آن معرف خشم است. ۴- از او بخواهید به آرامی، کمی از هوای بادکنک را خالی کند، سپس با دست سر آن را بگیرد تا بسته شود. الف) از او بپرسید «آیا بادکنک کوچک‌تر شده است؟ آیا ترکیده است؟ آیا به نظر نمی‌رسد این روش برای بیرون ریختن خشم مناسب باشد، آیا بادکنک تا زمانی که خشم خارج شود، راحت می‌شود؟ برای کودک این واقعیت

- Bar-on, R. (2006). The Bar-on model of emotional– social intelligence (ESI). *Psicothema*. 18, 1325.
- Barzegary, L., Zamini, S. (2011). The Effect of Play Therapy on Children with ADHD. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 2216-2218.
- Bastian, V. A., Burns, N. R., Nettelbeck, T. (2011). Emotional insight predicts life skills but not as well as personality and cognitive abilities. *Personality and Individual Differences*. 39, 113545.
- British Association of Play Therapy [cited 2009 Oct 28] Available from: <http://www.bapt.info/professionalinfo.htm>
- Carrasco, R., Eser, E., Hao, Y., Mcpherson, K. M., Green, A., Kullmann, L. (2011). The quality of care and support (QOCS) for people with disability scale: development and psychometric properties. *Research in Developmental Disabilities*. 32 (3), 1212-1225.
- Chilamakuri, S., Nuvvula, S., Sunkara, N. (2014). Play Therapy in Pediatric Dentistry. *Journal of Pediatric Dentistry*, 2(1), 28.
- Chinekesh, A., Kamalian, M., Eltemasi, M., Chinekesh, S., and Alavi, M. (2014). The Effect of Group Play Therapy on Social-Emotional Skills in Pre-School Children. *Global Journal of Health Science*, 6(2), 163–167.
- Cowart, M. J., & Ollendick, T. H. (2011). Attention training in socially anxious children: a multiple baseline design analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(7), 972-977.
- Craske, M. G., Niles, A. N., Burklund, L. J., Wolitzky, Taylor, K. B., Vilardaga, J. C. P., Arch, J. J., et al. (2014). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social phobia: outcomes and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82 (6), 1034-48.
- Eckler, G. V. (2019). *Play and the discovery of new ideas*. Unpublished MA thesis. Georgia, Savannah College of Art and Design.
- Emerson, E., & Llewellyn, G. (2008). Mental health of Australian mothers and fathers of young children at risk of disability. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 32, 53-59.
- Engelberg E, Sjoberg L. (2004). Emotional insight, affect intensity, and social adjustment. *Personality and Individual Differences*, 37(3), 533-534.
- برقی ایرانی ز، محمدی ا، بگیان کولهمرز م، ج، بختی م. (۱۳۹۴) «نقش اجتناب شناختی و تعلل ورزی تصمیم‌گیری در پیش‌بینی اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان». *فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۱۴ (۱۶): ۳۷-۱۷.
- خدابخشی کولاچی آ، سبزیان م، فلسفی‌نژاد م. ر. (۱۳۹۴) «تأثیر شعردرمانی و حرکات ریتمیک بر کاهش اضطراب و پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی»، مجله پرستاری کودکان، ۱ (۴): ۲۱-۱۱.
- رضایی س، خدابخشی کولاچی آ، تقواچی د. (۱۳۹۴) «اثربخشی نقاشی درمانی بر کاهش اضطراب و پرخاشگری دانش‌آموزان دبستانی پسر دارای اختلالات بروونی‌سازی شده»، مجله پرستاری کودکان، ۲ (۲): ۱۹-۱۰.
- سهراوی شگفتی ن. (۱۳۹۰) «روش‌های مختلف بازی‌درمانی و کاربرد آن در درمان اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان»، *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناسی*، ۱ (۴): ۵۸-۴۱.
- عاشوری م، جلیل آبکنار س. س، غباری‌بناب ب، حبیب‌پور س. (۱۳۹۲) «تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهبود عزت نفس نوجوانان با کم‌توانی ذهنی»، پژوهش در علوم توانبخشی، ۶ (۶): ۹۶۸-۹۵۵.
- منصور م. (۱۳۸۸) *روان‌شناسی ژنتیک: تحول روانی از تولد تا پیری*. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت، مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی، چاپ دهم).
- منصوری ب (۱۳۸۰) هنجاریابی آزمون هوش هیجانی سیسیر یا شرینگ در بین دانشجویان کارشناسی ارشد دانشگاه‌های دولتی شهر تهران پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی.
- نعمتی ش، معتمد یگانه ن، شریفی ع. (۱۳۹۵) «مروری بر آسیب مهارت‌های حسی حرکتی و پیامدهای روان‌شناسی آن در کودکان با ناتوانی‌های رشدی و ذهنی، کودکان با اختلال کمبود توجه- بیشفعالی و کودکان با اختلال یادگیری ویژه»، مجله مطالعات ناتوانی، ۶: ۴۲-۳۶.
- وکیلیان س، قنبری هاشم‌آباد ب. (۱۳۸۸) «بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر ترس از ارزشیابی منفی و اجتناب اجتماعی»، مجله روان‌شناسی پالینی، ۱ (۲): ۲۸-۱۱.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, revised*. Washington DC: American Psychiatric Association, p943.
- Baggerly, J. (2017). The Effects of Child-centered Group Play Therapy on Self-concept, Depression, and Anxiety of Children who are Homeless. *International Journal of Play Therapy*. 13(2), 31-51.

- Extremera, N., Duran, A., Rey, L. (2010). Perceived emotional insight and dispositional optimism- pessimism analyzing their role in predicting psychological adjustment. *Personality and Individual Differences*, 42, 106979.
- George, N. I., & Ukpong, D. E. (2012). Adolescents' sex differential social adjustment problems and academic performance of Junior secondary school students in Uyo Metropolitan City. *International Journal of Business and Social Science*, 3 (19), 245-251.
- Ginsburg, G.S., Becker K.D., Drazdowski T.K., Tein J.Y. (2012). Treating Anxiety Disorders in inner City Schools: Results from a Pilot Randomized Controlled Trial Comparing CBT and Usual Care. *Child Youth Care Forum*, 41(1), 1-19.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Insight*. New York: Bantam.
- Harris, Z. L.; Landreth, G. L. (1997). Filial therapy with incarcerated mothers: A five week model. *International Journal of Play Therapy*, 6 (2), 53-73.
- Hillier, S. (2007). Intervention for children with developmental coordination disorder: a systematic review. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 5(3), 1-11.
- Hong, G. H. (2015). The Effectiveness of Therapeutic Play Intervention in Reducing Preoperative Pain in Children under Going Elective Surgery: A Systematic Review, 3(16), 245-439.
- Ivcevic, Z., & Brackett, M. (2014). Predicting school success: Comparing Conscientiousness, Grit, and Emotion Regulation Ability. *Journal of Research in Personality*, 52, 29-36.
- Kale, A. L., Landreth, G. L. (1999). Filial therapy with parents of children experiencing learning difficulties. *International Journal of Play Therapy*, 8(2), 35-56.
- Karlsen, B. S., Clench-Aas, J., Roy, B. V., Raanaas, R. K. (2014). Relationships between social anxiety and mental health problems in early adolescents from different socioeconomic groups: results from a crosssectional health survey in Norway. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3, 120-6.
- Kauffman, J. M., Hallahan, D. P., Pullen, P. C. (2011). Editors. *Handbook of special education*. Routledge.
- Lando-King, E., McRee, A. L., Gower, A. L., Shlafer, R. J., McMorris, B. J., Pettingell, S., et al. (2015). Relationships between Social-Emotional insight and Sexual Risk Behaviors in Adolescent Girls. *The Journal of Sex Research*, 4(6), 1-6.
- LeDoux, J. E., & Pine, D. S. (2016). Using neuroscience to help understand fear and anxiety: a twosystem framework. *American Journal of Psychiatry*, 173(11), 1083-1093.
- Lewinsohn, P. M., Holm Denoma, J. N., Small, J. W., Secley, S. R., Jonier, T. E. (2008). Separation Anxiety Disorder in Childhood as a Risk Factor for Future Mental Illness. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(5), 549556.
- Liles, E. E., Packman, J. (2009). Play Therapy for Children With Fetal Alcohol Syndrome. *International Journal of Play Therapy*, 18(4), 192-206.
- Nosek, M. A., Hughes, R. B., Swdiund, N. (2013). Self- esteem and women with disabilities. *Social Science & Medicine*, 56 (8), 1737-1747.
- Ortiz, D. E. (2012). *The Association between Emotional insight and Sexual Risk Behavior among Undergraduate College Students in the Greater Los Angeles*. (Senior Thesis). California: Claremont Colleges, Faculty of Scripps.
- Pedro, C. J., Reddy L. (2005). A Preventive Play Intervention to Foster Children Resilience in the After of Divorce in L Reddy, Files- Hall. Scaefer (EDS). Empirically Based Play Intervention for Children, Washington, Dc. American Psychological Association, 51-75.
- Rye, N. (2010). *Child-Centered Play Therapy*. In: JH Stone, M Blouin, editors. International Encyclopedia of Rehabilitation. Available online: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/275>.
- Salovey, P., & Mayer, J. (1990). Emotional insight. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9(3), 185-211.
- Spencer, T. (2007). The role of research in the lives of people with disability. Too little too late? The exceptional parent. *European Journal of Developmental Psychology*, 37(5), 78- 82.
- Taylor, C. T., Bomyea, J., & Amir, N. (2010). Attentional bias away from positive social information mediates: The link between social anxiety and anxiety vulnerability to a social stressor. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(4), 403-408.
- Taylor, J. J., Neitzke, D. J., Khouri, G., Borckardt, J. J., Acierno, R., Tuerk, P. W. & George, M. S. (2014). A pilot study to investigate the induction and manipulation of learned helplessness in healthy adults. *Psychiatry Research*, 219(3), 631-637.
- Waters, A. M., Zimmer-Gembeck, M. J., Farrell, L. J. (2012). The Relationships of Child and Parent Factors with Children's Anxiety Symptoms: Parental Anxious Rearing as a Mediator. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(7), 737-45.

-
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(4), 448-457.
- Wenzel, A., & Jager-Hyman, S. (2014). *Social Anxiety Disorder and Its Relation to Clinical Syndromes in Adulthood*. In Social Anxiety (Third Edition) (pp. 227251). 888.
- Yang, F. R., Wang, I. J. (2019). Play Therapy on Separation Anxiety Children- a Case Study Report. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research (BJSTR)*, 13(1), 97823.