اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری در کاهش ناکامی، پرخاشگری بدنی و نافرمانی در کودکان مبتلا به فلج مغزی

نگار علیزاده[۱]، مجید محمودعلیلو[۲*]، زینب خانجانی[۳]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۳۱ تجدیدنظر: ۱۴۰۴/۱۱/۱۱
پذیرش نهایی: ۱۴۰۵/۰۴/۰۳

چکیده

هدف: فلج مغزی شایع‌ترین ناتوانی فیزیکی در دوران کودکی است. مطالعات نشان داده‌اند که نرخ شیوع مشکلات هیجانی در بین کودکان مبتلا به فلج مغزی[۱] در مقایسه با جمعیت کلّی در حال افزایش است و کودکان مبتلا به فلج مغزی در معرض خطر بالای ابتلا به مشکلات هیجانی هستند. بازی درمانی به علّت پاسخ دهی مؤثر به نیازهای رشدی منحصر به فرد کودکان در میان رویکردهای روان درمانی مختص کودکان دارای جایگاه ویژه‌ای است. بنابراین هدف این پژوهش بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری در کاهش ناکامی، پرخاشگری بدنی و مشکلات با مراجع قدرت کودکان مبتلا به فلج مغزی است. **روش:** این پژوهش در سال ۱۳۹۷ در چارچوب طرح تک آزمودنی با خط پایه‌ی منفرد بر روی ۳ کودک مبتلا به فلج مغزی با پیگیری یک ماهه در شهر تبریز اجرا شد. برای این منظور ۱۰ جلسه بازی درمانی براساس رویکرد شناختی-رفتاری طراحی شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه خشم کودکان نلسون استفاده شد. **نتایج:** **نتایج**: تغییرات در پرخاشگری برای هر سه شرکت‌کننده از نظر آماری معنادار بود و اندازه اثر بالینی نیز برای هر سه آزمودنی بالاتر از سطح متوسط می‌باشد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به تحلیل داده‌ها، مشاهده شد که بازی درمانی در کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به فلج مغزی تأثیر بسیار خوبی داشته است.

کلمات کلیدی: *فلج مغزی، ناکامی، پرخاشگری بدنی، نافرمانی، رویکرد شناختی-رفتاری، کودکان، mesh*

۱. دانشجو دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز. ایران. ایمیل: negar.alizadeh68@gmail.com،
شماره تماس: ۰۹۱۴۶۵۸۶۸۲۵، ارکید: 0009-0003-9306-0845
۲. نویسنده مسئول: استاد، دکتری تخصصی روان شناسی- دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز. ایران. ایمیل: M_Aliluo@tabrizu.ac.ir،
شماره تماس: ۰۴۱۳۳۳۳۹۲۰۹۶، ارکید: 0000-0002-4119-6359
۳. استاد، دکتری تخصصی روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. ایمیل: zeynabkhanjaani@gmail.com،
شماره تماس: ۰۹۱۴۳۰۱۶۰۱۱، ارکید: 0000-0002-6238-7648

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy in Reduction of Frustration, Physical Aggression and Disobedience in Children with Cerebral Palsy

Negar Alizadeh[1], Majid Mahmoud Aliluo[2*], Zeynab Khanjaani[3]

Received: 2023/06/21 Revised: 2026/01/31
Accepted: 2026/06/24

Abstract

Objective: Cerebral palsy is the most common physical disability in childhood. Studies have shown that the prevalence of emotional problems among children with cerebral palsy is increasing compared to the general population. These children are at high risk of developing emotional difficulties. Play therapy holds a special position among psychotherapeutic approaches for children due to its effective responsiveness to the unique developmental needs of this population. Therefore, the present study aimed to investigate the effectiveness of play therapy based on cognitive-behavioral approach in reducing frustration, physical aggression, and problems with authority figures in children with cerebral palsy. **Method**: This research was conducted in 2018 within a single-subject experimental design framework with a single baseline, involving three children with cerebral palsy, followed by a one-month follow-up period in Tabriz City. For this purpose, ten sessions of play therapy based on the cognitive-behavioral approach were designed. Data were collected using Nelson Children's Anger Questionnaire. **Results:** The changes in aggression for all three participants were statistically significant and the clinical effect size for all three participants was above the moderate level.
Conclusion: Based on the data analysis, play therapy was found to have a significant effect in reducing aggression in children with cerebral palsy.

Keywords: *cerebral palsy, reduction of frustration, physical aggression, disobedience, mesh*

1. Ph.D. Student in Psychology. Faculty of psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.
2. Prof. Ph.D. in psychology. Faculty of psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.
3. Prof. Ph.D. in psychology. Faculty of psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.

مقدمه

فلج مغزی یک ناتوانی رشدی شایع است که اولین بار توسط ویلیام لیتل در سال‌های ۱۸۴۰ توصیف شده است و به طور عمده یک اختلال حرکتی و تعادلی است. فلج مغزی یک اصطلاح کلی است که شامل مجموعه‌ای از نشانه‌های غیر پیشرونده اما اغلب در حال تغییر است که موجب نقص‌های حرکتی می‌شوند و در اثر آسیب‌های مغزی در مراحل اولیه رشد مغز به وجود آمده اند (سانکار و موندکور، ۲۰۰۵). به علت اینکه رشد مغز تا دو سال اول زندگی ادامه می یابد، فلج مغزی می تواند ناشی از آسیب های مغزی دوران پیش از تولد، هنگام تولد و دوران پس از تولد باشد. بین ۷۰ تا ۸۰ درصد موارد فلج مغزی در دوران پیش از تولد و عمدتاً در اثر علل ناشناخته‌ای اتفاق می‌افتند. عوارض هنگام زایمان شامل آسفیکسیا علت بیش از ۶ درصد موارد مادرزادی فلج مغزی هستند. عوامل خطر دوران پس از تولد نیز شامل زودرسی، وزن کم به هنگام تولد، تاخیر رشدی در رحم، خون ریزی درون جمجمه و ضربه می‌باشد. در بین ۱۰ تا ۲۰ درصد مبتلایان، فلج مغزی به علت آسیب مغزی ناشی از مننژیت، التهاب مغزی، آسیب به مراکز حرکتی، افتادن و یا بهره کشی کودکی رخ می‌دهد (کریگر، ۲۰۰۶).

فلج مغزی شایع ترین ناتوانی فیزیکی در دوران کودکی است. نرخ شیوع جهانی آن به طور تقریبی بین ۲ تا ۳ مورد از هر ۱۰۰۰ نوزاد زنده متولد شده است (پانتلیدیز و استراسبرگ، ۲۰۰۴). فلج مغزی یک وضعیت مزمن و سخت است که تاثیر قابل توجهی بر روی مبتلایان دارد و تا به امروز به طور کلی پیشگیری از وقوع فلج مغزی موفقیت آمیز نبوده است. فلج مغزی علت شایع نقص فیزیکی و درد طولانی مدت در دوران کودکی است و به علت پیچیدگی شرایط و وجود نقص‌های جدی در مهارت‌های حرکتی کلی با بسیاری از مشکلات از جمله فلج اسپاستیک، عقب‌ماندگی ذهنی، نقص های عقلانی، اختلالات گفتاری، نقص‌های دیداری و شنیداری و محدودیت در عملکردهای خود- مراقبتی همراه است که تاثیرات منفی بر روی فعالیت‌های زندگی روزمره کودکان و والدینشان و پویایی خانواده و جامعه دارند (گاریپ، اوزل،تونچر، کلینچ، سکچین و آراسیل، ۲۰۱۶). یکی از روش های موثر در بهبود تعامل کودکان فلج مغزی، بازی درمانی است؛ بازی درمانی یک تعامل کمکی بین کودک و بزرگسال آموزش دیده است که از طریق ارتباط نمادین در بازی، در جست‌وجوی راه‌هایی برای کاهش آشفتگی‌های هیجانی کودک است. به طوری که کودک در طی تعاملات بین‌فردی با درمانگر، پذیرش، تخلیه هیجانی، کاهش اثرات رنج آور، جهت دهی مجدد تکانه‌ها و تجربه هیجانی تصحیح شده را تجربه می‌کند (محمد اسماعیل،۱۳۹۶). در بازی درمانی، استفاده از اسباب‌بازی به شکل نمادین به جای انتقال عواطف به افراد باعث انتقال اضطراب، ترس، تخیلات و احساس گناه به ابزار و وسایل می‌شود. به علاوه استفاده از این ابزارها تغییرات شناختی قابل توجهی در کودکان ایجاد می‌کند و مهارت‌های شناختی و اجتماعی مورد نیاز برای حضور در اجتماع را به آنان ارائه می‌کند (صمدی، ۱۳۹۶). همچنین از درمان های شناختی- رفتاری نیز برای بهبود عملکرد کودکان می‌توان بهره برد؛ درمان شناختی رفتاری بر مبنای این فرضیه استوار است که عاطفه و رفتار فرد تا حد زیادی به واسطه‌ی روشی که افراد براساس آن، این جهان را تفسیر می‌کنند، تعیین می‌گردند. در حوزه روان‌درمانی کودک و نوجوان همواره تاکید فزاینده‌ای بر استفاده از شیوه‌های درمانی مستند بوده است. یکی از شیوه‌های رایج، CBT یا رویکرد شناختی-رفتاری می‌باشد که متمرکز بر تغییر تفکرات و رفتارهای ناسازگارانه است. هرچند این شیوه اصالتاً برای بزرگسالان ایجاد شده، اما در سال‌های اخیر پشتوانه‌ی تجربی مناسبی برای استفاده در مورد کودکان و نوجوانان نیز کسب کرده است. در هر حال هنوز هم سوالاتی در این زمینه باقی مانده‌اند که چگونه می‌توان از CBT به بهترین نحو برای کودکان استفاده کرد. نویسندگان بسیاری به بحث در این رابطه

پرداخته‌اند که مسائل خاص دوران رشد، چالش‌هایی را برای مدل درمانی CBT ایجاد می‌کند (گراوی و بلیست،۲۰۰۴؛ مک گیو،۲۰۰۰؛ پرزا، ۲۰۰۹؛ به نقل از دروز، ۱۳۹۶).

کودکان از طریق بازی تجربیات آسیب‌رسان و پر از تنش خود را بازآفرینی و رها می‌کنند و به این شکل احساس قدرت و کنترل بر مشکلات به آنها دست می‌دهد (شفر، ۲۰۰۱). باگرلی و پارکر (۲۰۰۵) در مورد اثربخشی بازی درمانی گروهی کودک-محور بر خودپنداره، افسردگی و اضطراب در کودکان بی‌خانمان، با بررسی ۴۲ کودک نشان داده‌اند که مداخله بازی درمانی کودک-محور به طور معناداری موجب بهبود عزت نفس، افسردگی و اضطراب در کودکان بی‌خانمان شده است. در مطالعه‌ی دیگر باگرلی و جنکینز (۲۰۰۹) در پژوهش خود تحت عنوان "اثربخشی بازی درمانی کودک-محور بر عوامل رشدی و تشخیصی کودکان بی‌خانمان"، تعداد ۳۶ کودک دبستانی بی‌خانمان را مورد بررسی قرار دادند. نتایج پژوهش نشان دهنده تفاوت‌های معنادار آماری در بهبود ۵۰٪ دامنه رشدی و ۳۳٪ نیم‌رخ تشخیصی کودکان است.

اغلب تحقیقات قبلی در مورد کودکان مبتلا به فلج مغزی تنها در مورد بررسی مشکلات جسمانی و حرکتی و مداخلات درمانی پزشکی برای این کودکان بوده است و مشکلات هیجانی ناشی از فلج مغزی نیز به طور محدودی و عمدتاً بدون ارائه برنامه مداخله‌ای خاصی مورد بررسی قرار گرفته است و لذا ضرورت دارد برنامه‌های مداخلات روان‌شناختی با در نظر گرفتن محدودیت‌های عملکردی کودکان مبتلا به فلج مغزی مورد بررسی قرار بگیرند . اهمیت علمی پژوهش حاضر در این است که فنون بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری با در نظر گرفتن مشکلات جسمانی و حرکتی کودکان مبتلا به فلج مغزی برای کاهش مشکلات هیجانی آنها اجرا می‌شود که در صورت مثبت بودن نتایج می‌توان از پروتکل مورد استفاده در این پژوهش در برنامه‌های مداخلات روان‌شناختی برای کودکان مبتلا به فلج مغزی استفاده کرد. بر این اساس هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری در کاهش ناکامی، پرخاشگری بدنی و مشکلات با مراجع قدرت کودکان مبتلا به فلج مغزی می باشد.

روش تحقیق

این پژوهش از نوع طرح آزمایشی تک آزمودنی با خط پایه‌ی منفرد است. طرح‌های تک آزمودنی، طرح‌های پژوهشی شبه آزمایشی هستند که در آنها تغییر در متغیر وابسته در یک آزمودنی سنجیده می‌شود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه کودکان ۱۰-۷ ساله مبتلا به فلج مغزی است که در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ در مرکز آموزشی استثنایی مردانی آذر تبریز مشغول به تحصیل بوده‌اند.

سه نفر به صورت داوطلبانه از بین دانش آموزان انتخاب شدند. ملاک‌های ورود کودکان به پژوهش عبارت بودند از:

- دوره سنی ۱۰-۷ سال
- دانش آموز مرکز آموزشی استثنایی مردانی آذر
- تشخیص ابتلا به فلج مغزی
- دارای هوش عادی
- رضایت والدین هر کودک جهت شرکت فرزند خود در این پژوهش
- تمایل خود کودک جهت شرکت در جلسات بازی درمانی (پس از دریافت توضیحاتی در مورد نوع فعالیت‌های بازی درمانی)
- ملاک‌های خروج:
- وجود سایر اختلالات روان‌شناختی علاوه بر مشکلات هیجانی
- وجود سایر بیماری‌های پزشکی علاوه ناتوانی‌های جسمانی
- وجود مشکلاتی در استفاده از دست‌ها که مانع فعالیت با دست می‌شوند.
- روش نمونه‌گیری این پژوهش، نمونه‌گیری غیر احتمالی در دسترس بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه خشم کودکان نلسون

پرسشنامه خشم کودکان نلسون یا شدت پرخاشگری کودکان یک ابزار خودگزارشی است که برای بررسی موقعیت‌های مختلفی که موجب بروز خشم در کودکان می‌شود توسط نلسون و همکاران (۲۰۰۰) ساخته شده است. همچنین این پرسشنامه میزان شدت خشم و میزان مهارت‌های اجتماعی کودک را نیز گزارش می دهد. این آزمون برای سنین ۶ تا ۱۶ سال تهیه شده و سطوح ابتدایی و دبیرستان را شامل می‌شود. پرسشنامه شامل ۳۹ عبارت و چهار زیر مقیاس ناکامی، پرخاشگری بدنی، روابط با همسالان و روابط با مراجع قدرت می شود، و در قالب ۴ گزینه :۱- توجه نمی کنم، ۲- مرا آزار می دهد. ۳- واقعا ناراحت می شوم. ۴- عصبانی می‌شوم، است. در پژوهش زیبایی و همکاران، (۱۳۹۲) پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ به دست آمده است.

روش اجرای پژوهش

پس از دریافت مجوز از ریاست محترم سازمان آموزش و پرورش استثنایی به مرکز آموزشی استثنایی مردانی آذر مراجعه شد. با توجه به ملاک‌های ورود و خروج، سه دانش آموز انتخاب شدند. هر سه شرکت کننده به دنبال سه بار ارزیابی در خط پایه در طی دو هفته، از هفته سوم وارد درمان شدند. بازی درمانی شامل ۱۰ جلسه یک ساعته بود که هر هفته دو جلسه برگزار شد. در پایان هر جلسه به مدت ۱۵ دقیقه به بازی‌های انتخابی و مورد علاقه کودک پرداخته می‌شد و سپس سوالات پرسشنامه خشم کودکان نلسون از کودک پرسیده می‌شد. جهت تعیین آثار طولانی‌مدت بازی درمانی، یک ماه پس از اتمام جلسات درمانی، این پرسشنامه مجدداً برای هر سه شرکت کننده اجرا شد.

با توجه به نبود یک پروتکل بازی درمانی مناسب برای کودکان دارای فلج مغزی، در این تحقیق با استفاده از منابع معتبر و تحت نظارت استادان آقای دکتر علیلو (متخصص در زمینه درمان شناختی-رفتاری) و خانم دکتر خانجانی (متخصص در زمینه کودکان استثنایی) اقدام به تهیه پروتکل شد. با در نظر گرفتن این مساله که هر کدام از کودکان دارای فلج مغزی شرایط فیزیکی منحصر به فردی دارند، در مرحله اول، در طی تحقیق حاضر اثر بخشی این پروتکل با استفاده از مطالعه موردی انجام گرفت.

جلسات بازی درمانی به شرح زیر بوده است:

جلسه اول

۱) آشنایی کودک با درمانگر به منظور ایجاد یک رابطه موثر بین کودک و درمانگر
۲) شرح محتوای جلسات درمان و توضیحات مربوط به بایدها و نبایدهای جلسات بازی

جلسه دوم

۱) آموزش شناسایی چهار احساس اصلی شامل: غم و ترس و شادی و خشم
۲) یادگیری درک احساسات خود و دیگران
۳) یادگیری ابراز احساسات توسط کودک

جلسه سوم

۱) شناسایی تحریفات شناختی (افکار ناسازگار)

جلسه چهارم

۱) به چالش کشیدن تحریفات شناختی (افکار ناسازگار)

جلسه پنجم

۱) آموزش مهارت های خود نظارتی برای شناسایی هیجانات و تفکرات اضطراب‌آور
۲) آموزش شناسایی خودگویی‌ها
۳) آموزش فن جایگزینی افکار مثبت و کارآمد به جای افکار منفی و ناکارآمد

جلسه ششم

۱) ساخت کارت‌های جملات تاکیدی مثبت

جلسه هفتم

۱) افزایش مهارت خود آگاهی و شناخت ویژگی‌های خاص هر فرد

۲) کتاب درمانی برای افزایش اعتماد به نفس

جلسه هشتم

۱) بازی نمادین برای آموزش مهارت‌های حل مسئله و تصمیم گیری

جلسه نهم

۱) بازی با عروسک‌ها برای آموزش مهارت‌های اجتماعی و دوستیابی

جلسه دهم

۱) مرورجلسات قبلی و یادآوری مهارت‌های آموخته شده با تشویق مثبت و حمایت

۲) جشن پایان دوره درمان با نقاشی و رنگ آمیزی، همراه با حضور والدین

یافته ها

برای بررسی اثر بخشی مداخلات انجام شده، از تحلیل‌های نموداری و ترسیمی استفاده شد. همچنین برای تحلیل نتایج فرمول درصد بهبودی به کار رفت. فرمول درصد بهبودی یکی از روش‌های سنجش میزان پیشرفت مراجعان در کاهش مشکلات هدف است. این فرمول اولین بار توسط بلانچارد و اسکوارز به کار برده شده است. در این فرمول نمره پیش ازمون را از نمره پس ازمون کم نموده و حاصل را بر نمره پیش آزمون تقسیم می نماییم. اگر درصد بهبودی حداقل ۵۰ باشد، می‌توان نتایج را از نظر بالینی معنی دار قلمداد کرد.

در این پژوهش سه کودک شامل ۲ پسر و ۱دختر شرکت کرده‌اند که هر سه از ابتدای تولد مبتلا به فلج مغزی بوده‌اند. در شرکت کننده الف در طول جلسات ناکامی و پرخاشگری بدنی بیشترین تغییرات را داشت و روابط با مراجع قدرت کمترین میزان تغییر را داشت. شرکت کننده ب در متغیر مشکلات به مراجع کمترین میزان کاهش را داشت. شرکت کننده ب دارای بیشترین میزان تغییرات در زیر مقیاس‌های ناکامی و پرخاشگری بدنی بود و در روابط با مراجع قدرت کمترین میزان تغییرات را داشت. شرکت کننده ج در مقیاس‌های ناکامی و پرخاشگری بدنی بیشترین میزان کاهش را داشت و روابط با مراجع قدرت کمترین میزان کاهش را داشت.

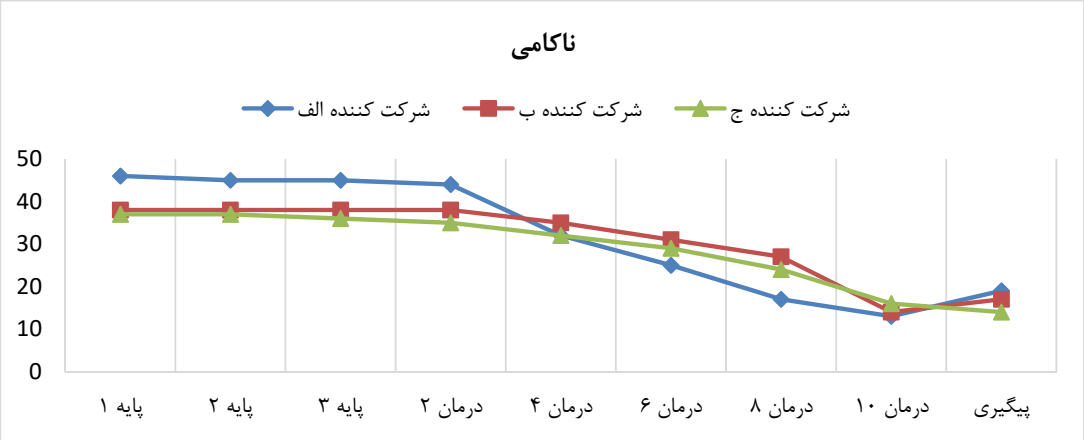
جدول ۱ درصد بهبودی شرکت کنندگان در متغیرهای کاهش ناکامی، پرخاشگری بدنی و مشکلات با مراجع قدرت کودکان

	شرکت کننده الف		شرکت کننده ب		شرکت کننده ج	
متغیرها	درمان	پیگیری	درمان	پیگیری	درمان	پیگیری
ناکامی	%۷۰	%۵۶	%۶۳	%۵۵	%۵۴	%۶۰
پرخاشگری بدنی	%۵۸	%۴۱	%۴۵	%۴۱	%۶۴	%۷۲
روابط با مراجع قدرت	%۲۹	%۱۶	%۳۰	%۲۵	%۴۱	%۴۱

جدول ۲ اندازه اثر بالینی در متغیرهای کاهش ناکامی، پرخاشگری بدنی و مشکلات با مراجع قدرت کودکان برای هر سه شرکت کننده

متغیر	شرکت کننده	میانگین پایه	میانگین درمان	انحراف استاندارد پایه	انحراف استاندارد درمان	انحراف استاندارد کل	اندازه اثر
ناکامی	الف	۴۵/۶۶	۲۶/۲	۰/۴۷	۱۱/۰۵	۱۲/۸۵	۱/۵۱
	ب	۳۸	۲۸/۸	۰۰/۰۰	۸/۷۲	۸/۲۱	۱/۱۲
	ج	۳۶/۶۶	۲۷/۲	۰/۴۷	۶/۶۷	۶/۹۹	۱/۳۵
پرخاشگری بدنی	الف	۳۷/۳۳	۲۴/۲	۰/۹۴	۷/۶۷	۸/۸۰	۱/۴۹
	ب	۲۵/۳۳	۲۱	۰/۹۴	۴/۳۳	۴/۰۶	۱/۰۶
	ج	۲۵/۶۶	۱۸	۰/۴۷	۵/۵۸	۵/۷۷	۱/۳۲
روابط با مراجع قدرت	الف	۲۵	۲۱/۴	۰/۸۱	۲/۵۷	۲/۷۲	۱/۳۲
	ب	۲۲/۳۳	۱۷/۸	۰/۹۴	۲/۲۲	۲/۸۷	۱/۵۷
	ج	۲۸/۳۳	۲۵/۴	۰/۴۷	۴/۴۰	۳۰/۷۷	۰/۷۷

براساس جدول (۲) می‌توان نتیجه گرفت که اندازه اثر بازی درمانی در هر سه شرکت کننده الف، ب و ج بالاتر از متوسط است. بیشترین اندازه اثر بازی درمانی در این جدول متعلق به زیرمقیاس ناکامی می‌باشد و کمترین اندازه اثر مربوط به زیرمقیاس روابط با مراجع قدرت در شرکت کننده ج است.

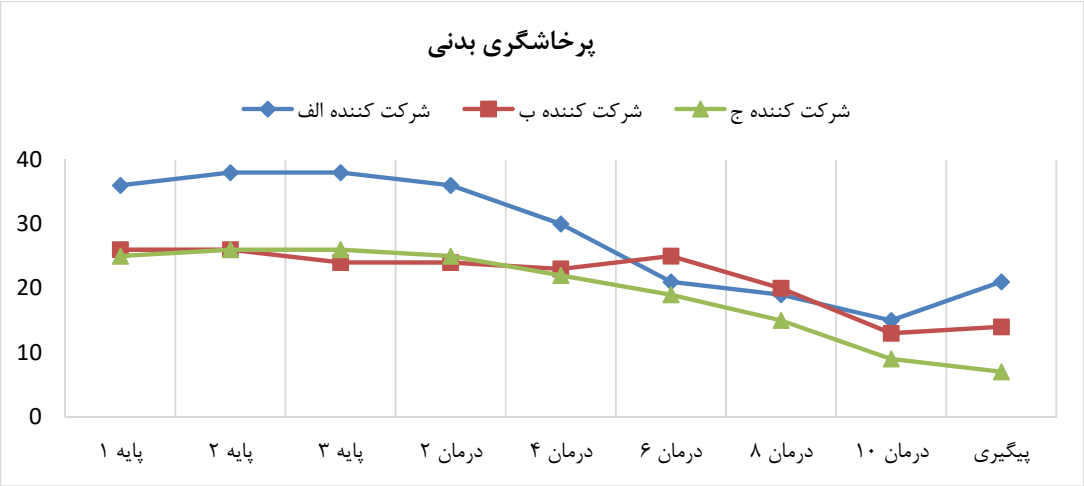


نمودار ۱ الگوی تغییرات در زیرمقیاس ناکامی شرکت کنندگان در جلسات درمان و پیگیری

نمودار (۱) نشان می‌دهد که کاهش در سطح متغیر ناکامی در شرکت کننده الف از جلسه دوم آغاز شده است و با شیب ثابت و تندی تا پایان درمان ادامه داشته است. در مرحله پیگیری این کاهش حفظ نشده و نمره کودک تا حدودی افزایش یافته است. در شرکت کننده ب تغییرات از جلسه دوم شروع شده است و بیشترین میزان کاهش مربوط به جلسات ۱۰-۸ می‌باشد. در مرحله پیگیری افزایش اندکی در نمره این متغیر مشاهده می‌شود. الگوی تغییرات در شرکت کننده ج مشابه الگوی تغییرات در شرکت کننده ب است، اما با این تفاوت که کاهش در نمرات تا مرحله پیگیری ادامه داشته است و نمره کودک در این مرحله از آخرین جلسه درمان کمتر شده است.

با توجه به جدول (۱) درصد بهبودی در متغیر ناکامی برای هر سه شرکت کننده در مرحله درمان و پیگیری از نظر آماری معنادار می‌باشد. جدول (۲) نشان

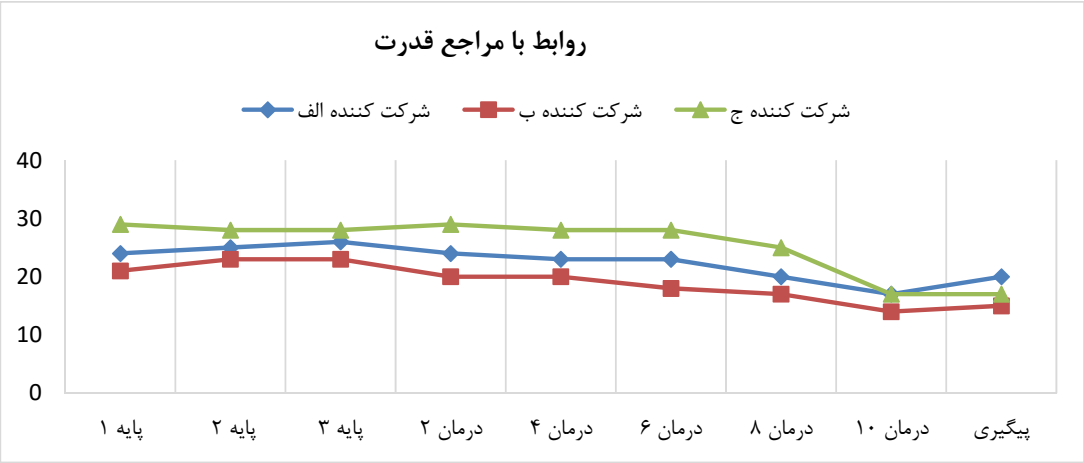
دهنده آن است که اندازه اثر بالینی بر متغیر ناکامی در هر سه شرکت کننده بالاتر از سطح متوسط و به ترتیب برابر با ۱/۵۱ و ۱/۱۲ و ۱/۳۵ می‌باشد. با توجه به توضیحات ارائه شده می‌توان گفت که بازی درمانی موجب کاهش ناکامی در کودکان مبتلا به فلج مغزی شده است.



نمودار ۲ الگوی تغییرات در زیرمقیاس پرخاشگری بدنی شرکت کنندگان در جلسات درمان و پیگیری

جدول (۱) نشان دهنده آن است که درصد بهبودی برای دو شرکت کننده الف ۵۸٪ و ج ۶۴٪ در مرحله درمان از نظر آماری معنادار می‌باشد، اما درصد بهبودی شرکت کننده ب ۴۵٪ از نظر آماری معنادار نیست. در مرحله پیگیری درصد بهبودی فقط برای شرکت کننده ج ۷۲٪ معنادار است و درصد بهبودی نسبت به مرحله درمان نیز افزایش داشته است.

در جدول (۲) مشاهده می‌شود که اندازه اثر بالینی برای هر سه شرکت کننده بالاتر از سطح متوسط و به ترتیب برابر با ۱/۴۹ و ۱/۰۶ و ۱/۳۲می‌باشد. بر اساس توضیحات ارائه شده می‌توان نتیجه گرفت که بازی درمانی موجب کاهش پرخاشگری بدنی در کودکان مبتلا به فلج مغزی می‌شود.



نمودار ۳ الگوی تغییرات در زیرمقیاس روابط با مراجع قدرت شرکت کنندگان در جلسات درمان و پیگیری

همان طور که در نمودار (۳) مشاهده می‌شود، الگوی تغییرات در متغیر روابط با مراجع قدرت در هر سه شرکت کننده تقریباً مشابه است. در شرکت کننده الف کاهش در سطح متغیر بین جلسات ۱۰-۶ بیشتر است. در مرحله پیگیری تغییرپذیری مشاهده نمی‌شود و نمره کودک در این مرحله هیچ تفاوتی با نمره آخرین جلسه درمان ندارد. تغییرات در شرکت کننده ب از جلسه چهارم شروع می‌شود و شیب تغییرات بسیار خفیف است. در جلسه پیگیری تغییرپذیری مشاهده می‌شود و نمره کودک به میزان بسیار اندکی افزایش یافته است. تغییرات در شرکت کننده ج از جلسه دوم شروع شده است، اما بین جلسات ۶-۴ تغییرپذیری مشاهده نمی‌شود و فقط تغییرات قبلی حفظ شده است. نمره کودک در مرحله پیگیری هیچ تفاوتی با آخرین جلسه درمان ندارد.

براساس جدول (۱) درصد بهبودی برای هر سه شرکت کننده در مرحله درمان و در مرحله پیگیری از نظر آماری معنادار نیست.با توجه به جدول (۲) نیز اندازه اثر بالینی برای دو شرکت کننده الف و ب بالاتر از متوسط و برابر با ۱/۳۲ و ۱/۵۷ می‌باشد. اندازه اثر شرکت کننده ج نزدیک به سطح متوسط و ۰/۷۷ است. با وجود این که بازی درمانی باعث بهبود در روابط با مراجع قدرت می‌شود، اما این تغییرات از نظر آماری معنادار نیست

نتیجه‌گیری

اختلالات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، اختلالات رفتاری، پرتحرکی نابهنجار و بی‌توجهی در ۶۱ ٪ از کودکان ۶ تا ۱۰ ساله مبتلا به فلج مغزی مشاهده شده است که حضور این اختلالات ممکن است حتی بیشتر از مشکلات حرکتی موجب ناراحتی و رنج کودک مبتلا به فلج مغزی شود (سانکار و موندکور، ۲۰۰۵). بازی درمانی بر اساس این واقعیت استوار است که بازی وسیله‌ی طبیعی کودک برای بیان خود و فرصتی است که به کودک داده می‌شود تا احساسات و مسائل خود را از طریق آن بیان نماید. درست مانند بعضی از انواع خاص درمان بزرگسالان که در آن فرد مشکلات خود را از طریق صحبت کردن بیان می‌کند. هنگامی که کودک آزادانه بازی می‌کند، شخصیت خود را بیان می‌نماید و احساسات و نگرش‌های خود را که برای بیرون آمدن فشار می‌آورند، رها می‌سازد.

با توجه به تحلیل داده‌ها، مشاهده می‌شود که بازی درمانی در کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به فلج مغزی تأثیر بسیار خوبی داشته است. تغییرات در پرخاشگری برای هر سه شرکت کننده از نظر آماری معنادار است و اندازه اثر بالینی نیز برای هر سه آزمودنی بالاتر از سطح متوسط می‌باشد. نتایج این پژوهش با پژوهش ذبیحی (۱۳۹۲) که نشان دهنده تأثیرگذاری بازی درمانی گروهی بر کاهش پرخاشگری کودکان معلول جسمی-حرکتی بود، همسو می‌باشد. اکبری و رحمتی (۱۳۹۴) در پژوهش خود نشان دادند، بازی درمانی شناختی-رفتاری به طور معنی‌داری موجب کاهش پرخاشگری کودکان پیش دبستانی می‌شود. پژوهش‌های دیگری نیز اثربخشی بازی درمانی را در کاهش پرخاشگری کودکان در جمعیت‌های مختلف نشان داده‌اند که می‌توان به پژوهش‌های بارگرلی و پارکر (۲۰۰۵)، ثابت ایمانی (۱۳۹۲)، رضایی میرقائد (۱۳۹۶)، عبدالعلی‌زاده (۱۳۹۳)، ترابی (۱۳۹۲) و طالبی (۱۳۹۵) اشاره کرد که یافته‌های این پژوهش تأییدی بر نتایج آن‌ها است. نتایج پژوهش ری و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان داده است که بازی درمانی پرخاشگری کودکان را به طور معناداری کاهش داده است.

بازی درمانی تأثیر نسبی در ناکارآمدی کودکان مبتلا به فلج مغزی دارد و تغییرات فقط در شرکت کننده ب از نظر آماری معنادار بوده است. از دیدگاه رشدی، برای کودکان سنین ۷ تا ۱۱ سال، سطوح شایستگی و کفایت از طریق مقایسه عملکردشان با دیگران به دست می‌آید. بنابراین عنصر رقابت در مسابقات، فرصت مفیدی برای ارزیابی کودک از توانایی‌هایش به وجود می‌آورد. در بازی درمانی گروهی

می‌توان با اجرای مسابقه‌های فیزیکی یا راهبردی و یا شانسی برای کودکان فرصتی ایجاد کرد تا بتوانند توانایی‌هایشان را کشف نمایند. با توجه به این که در این پژوهش بازی درمانی فردی مورد استفاده قرار گرفته است، احتمالاً عدم اجرای مسابقه‌های گروهی، تبیینی برای این یافته‌های پژوهش است. بازی درمانی نشان داده است که می‌تواند برای حل مشکل کودکانی که دارای نقص در مهارت‌های بین فردی و درون فردی هستند، مفید باشد و فرصت ایجاد مهارت‌های ارتباطی در محیطی امن و دوستانه را برای کودکان فراهم کند. به همین منظور در پژوهش حاضر از بازی با عروسک‌ها و نمایش عروسکی برای آموزش مهارت‌های اجتماعی و دوست‌یابی استفاده شد. کودکان از طریق عروسک‌ها افکار، احساسات و شیوه‌های ارتباط با دیگران را برونی‌سازی می‌کنند. کودکان تحت تأثیر نمایش عروسکی، می‌توانند خودشان را به لحاظ روان‌شناختی فرافکنی کنند. آن‌ها طوری نمایش می‌دهند، فکر می‌کنند و احساس می‌کنند، انگار که عروسک‌ها زنده‌اند. به کمک این شیوه و استفاده از عروسک‌ها می‌توان ویژگی یک کودک کمرو و گوشه‌گیر را به ویژگی صریح بودن، گفتگوی آزاد و مشارکت تغییر داد. همچنین پرخاشگری از روش‌های مختلف چه به صورت مستقیم و چه غیر مستقیم در بازی کودک بیان می‌گردد. وقتی کودک بیش از حد پرخاشگر می‌شود، اغلب اوقات اسباب‌بازی را می‌شکند، آب یا رنگ را بر روی زمین می‌پاشد و اتاق را به یک میدان جنگ تبدیل می‌کند و لازم است به کودک کمک شود تا پرخاشگری خود را تخلیه کند. عروسک‌ها نقش مهمی در کنترل عصبانیت ایفا می‌کنند و با استفاده از نمایش‌های عروسکی به کودک کمک می‌شود مهارت‌های جدید را با یک شیوه‌ی غیر تهاجمی بیاموزد. از عروسک‌ها می‌توان برای آموزش و تمرین کودک و به‌کار بردن جملات تأکیدی ادراکی و سازشگرانه استفاده نمود. از آنجایی که جملات گفته شده خطاب به عروسک‌ها می‌باشد و نه خود کودکان، آن‌ها قادر خواهند بود مهارت‌های مدیریت خشم را با موفقیت و بدون این که از نظر احساسی برانگیخته شوند، به پایان برسانند (دروز، ۱۳۹۶). استفاده از نمایش‌های عروسکی جهت یادگیری مهارت‌های مدیریت خشم در پژوهش حاضر می‌تواند تبیینی برای کاهش شدت خشم کودکان مبتلا به فلج مغزی باشد.

کودکان دارای مشکلات جسمی اغلب واکنش‌های قابل مشاهده‌ای از خود نشان می‌دهند. علت امر این است که این کودکان از جانب دیگران احساس عدم کفایت، بی‌ارزشی و عدم مقبولیت می‌کنند (صمدی، ۱۳۹۶). بین روابط کودک با همسالانش و افسردگی، رابطه قابل توجهی وجود دارد. کودکان افسرده بیشتر طرد می‌شوند، زیاد خوشایند نیستند و رفتارهای اجتماعی منفی بیشتری دارند (شوارتز و دیگران، ۱۹۹۷؛ نقل از شرودر و گوردون، ۱۳۹۶). بازی درمانی نشان داده است که می‌تواند برای حل مشکل کودکانی که دارای نقص در مهارت‌های بین فردی و درون فردی هستند، مفید باشد و فرصت ایجاد مهارت‌های ارتباطی در محیطی امن و دوستانه را برای کودکان فراهم کند. به همین منظور در پژوهش حاضر از بازی با عروسک‌ها و نمایش عروسکی برای آموزش مهارت‌های اجتماعی و دوست‌یابی استفاده شد. کودکان از طریق عروسک‌ها افکار، احساسات و شیوه‌های ارتباط با دیگران را برونی‌سازی می‌کنند. کودکان تحت تأثیر نمایش عروسکی، می‌توانند خودشان را به لحاظ روان‌شناختی فرافکنی کنند. آن‌ها طوری نمایش می‌دهند، فکر می‌کنند و احساس می‌کنند، انگار که عروسک‌ها زنده‌اند. به کمک این شیوه و استفاده از عروسک‌ها می‌توان ویژگی یک کودک کم رو و گوشه‌گیر را به ویژگی صریح بودن، گفتگوی آزاد و مشارکت تغییر داد (کادوسون، شفر، ۱۳۹۶).

تاثیرگذاری وضعیت جسمانی شرکت کنندگان به عنوان یک متغیر مداخله‌گر که امکان کنترل آن وجود نداشت، به عنوان یکی از محدودیت های پژوهش حاضر است. تکرار این پژوهش در بیمارانی با بیماری‌های

مختلف جسمانی دیگر و استفاده از پروتکل‌های موجود در برآورد هرچه بهتر اثربخشی بازی درمانی پیشنهاد می شود.

تشکر و سپاسگزاری

از زحمات و حمایت‌های تمامی کارکنان مرکز آموزش استثنایی مردانی آذرشهر تشکر و قدردانی می کنم.

ملاحظات اخلاقی

لازم است اصول اخلاقی پژوهش و مجوزهای لازم در جمله که اخلاقی نیز ذکر گردد. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، قبل از انجام پژوهش، پرسشنامه رضایت شرکت در پژوهش توسط والدین تکمیل شد. همچنین قبل از شروع پژوهش، تمام فرایند اجرای جلسات بازی درمانی و نحوه تکمیل پرسشنامه ها توسط آزمونگر به والدین و مسئولین مدرسه به صورت کامل توضیح داده شده بود. لازم به ذکر است که مقاله حاضر ارتباطی با پژوهش های دارای خطر انسانی و حیوانی ندارد و در زمان انجام مقاله دریافت کد اخلاق جزو ضروریات نبوده و بنابراین مقاله حاضر فاقد کد اخلاق است.

References

Abdul Alizadeh, F. (2013). *A comparative study of the effectiveness of painting therapy and play therapy on self-concept and aggression of male students with learning disabilities in Mashhad*. Master's thesis. Ferdowsi University. Mashhad. https://ganj.irandoc.ac.ir//#/articles/b233edd131d2909f82a8f1adf67240cd[In Persian]

Akbari, M., Dehghani, B., Jafari, A., Kardar, A. (2017). the effect of game therapy with a cognitive-behavioral approach on the regulation of excitement, anxiety and depression in children with type-1 diabetes. *JNIP, 1 (2),* 45-54. http://jnip.ir/article-1-94-fa.html[In Persian]

Baggarly, J & Jenkins, W, (2009). The effectiveness of child-centered play-therapy on developmental and diagnostic factors in children who are homeless, *International Journal of Play Therapy*, *8*(1), 45- 55. http://dx.doi.org/10.1037/a0013878

Baggerly,J. Parker, M.(2005). Child-centered group play therapy with African American boys of the elementary school level. *Journal of Counseling& Development*. https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/j.1556-6678.2005.tb00360.x

Brandt, M. A. (2001). An investigation of the efficacy of play therapy with young children. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 61*(7-A), 2603. https://psycnet.apa.org/record/2001-95001-183

Caddson, H.G., Shaffer, C. (2016). *101 play therapy techniques*. Translated by Elaheh Muhammad Ismail. Danje Publishing. [In Persian]

Druze, A. (2016). *Combining play therapy with cognitive behavioral therapy*. Translation of Ghazal Ramazani. Published by Vania. [In Persian]

Garip, Y., Ozel, S., Tuncer, O. B., Kilinc, G., Seckin, F., & Arasil, T. (2016). Fatigue in the mothers of children with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, *39*(8), 757-762. https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1161837

https://ganj.irandoc.ac.ir//#/articles/3e830d23bc163fe3757559d8f97577e2[In Persian]

Krigger, K.W., 2006. Cerebral palsy: an overview. Am. Fam. Phys. 73(1). 91-100. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16417071/

Mc Give, D.E. (2000). Child centered group play therapy. *Dissertation abstract international,* 61-3903. https://digital.library.unt.edu/ark%3A/67531/metadc2622/m2/1/high_res_d/Dissertation.pdf

Mohammad Ismail, E. (1383). *Play therapy theories, methods and clinical application*. Danje Publishing. [In Persian]

Panteliadis, C. P., & Strassburg, H. M. (Eds.) (2004). *Cerebral Palsy: Principles and management*. Stuttgart, NY: Georg Thieme. https://books.google.com/books/about/Cerebral_Palsy.html?id=r-5sAAAAMAAJ

Perez, C. L. (1988). A comparison of group play therapy and individual play therapy for sexually abused children. *Dissertation Abstracts International, 48*(12-A), 3079. https://psycnet.apa.org/record/1989-51187-001

Ray, D. C., Blanco, P. J., Sullivan, J. M., & Holliman, R. (2009). An exploratory study of child-centered play therapy with aggressive children. International Journal of Play Therapy, *18*(3), 162–175. doi:10.1037/a0014742 https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0014742

Rezaei Mirguaid, M. (2016). *The effectiveness of play therapy based on cognitive-behavioral approach on aggressive behavior and social problems of working children in Ahvaz city.* Master's thesis. Chamran university, Ahwaz.

Sabet Imani, M. (2012). *The effectiveness of play therapy based on the cognitive-behavioral approach on reducing the behavioral problems of elementary school students in Neishabur city*. Specialized doctoral dissertation. Chamran University, Ahwaz. https://ganj.irandoc.ac.ir//#/articles/1a4413fabf4e2b60b3e5f2f69b8636dc[In Persian]

Samadi, S.A. (2016). *Play therapy theories, conducting research and intervention methods*. Danje Publishing. [In Persian]

https://ganj.irandoc.ac.ir//#/articles/3608df4da371a5ab1bcf224fa50e1a19[In Persian]

Torabi, M. (2012). *The effect of group play therapy on reducing the aggression of preschool children in Shiraz*. Master's thesis. Islamic Azad University, Marodasht branch. https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/0b76b5c1276d5679b4177d6616ad3687[In Persian]

Tyndall-Lind, M. A. (1999). A comparative analysis of intensive individual play therapy and intensive sibling group play therapy with child witnesses of domestic violence. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 60*(5-A), 1465. https://psycnet.apa.org/record/1999-95021-231

Zabihi, A. (2012). *Investigating the effectiveness of group play therapy on reducing the aggression of children with physical-motor disabilities*. Master's thesis. Ferdowsi University. Mashhad.

Zibaei A, Gholami H, Zare M, Mahdian H, Haresabadi M. The Effect of Web-based Education on Anger Management in Guidance School Girls of Mashhad. Iranian Journal of Medical Education 2014; 13 (10):784-795 URL: http://ijme.mui.ac.ir/article-1-2702-fa.html

Sankar, C., & Mundkur, N. (2005). Cerebral palsy-definition, classification, etiology and early diagnosis. *The Indian Journal of Pediatrics*, *72*(10), 865-868. doi:10.1007/bf02731117. https://doi.org/10.1007/bf02731117

Schaefer, C. E. (2001). Prescriptive play therapy. *International Journal of Play Therapy*, *10*(2), 57-73. doi:10.1037/h0089480. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0089480

Schroeder, C., Gordon, B. (2016). *Assessment and treatment of childhood problems*. Translated by Mehrdad Firouzbakht. Danje Publishing. [In Persian]

Stulmaker, H. L., & Ray, D. C. (2015). Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Children and Youth Services Review, 57*, 127–133. doi:10.1016/j.childyouth.2015.08.005. https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.childyouth.2015.08.005

Talebi, Gohartaj. (2015). The effectiveness of play therapy on increasing self-esteem and reducing aggression in 8-12-year-old children. Master's thesis. Shahrood Islamic Azad University.