The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy on the Anxiety of Labor Children

Farideh Hamidi*: Associate professor of psychology, education department, Shahid Rajaee teacher training University, Tehran, Iran. fhamidi@sru.ac.ir

Majid Ebrahim Damavandi: Educational psychologist, faculty member, education department, Shahid Rajaee teacher training University, Tehran, Iran. mdamavandi@srttu.edu

Moazameh Saberi Foojerdi: M.Sc. student educational psychology, education department, Shahid Rajaee teacher training University, Tehran, Iran. hesabi_taha1368@yahoo.com

Abstract

Introduction: Child labor is a very serious problem in many major cities and capitals around world, especially in developing countries. These children are exposed to adverse health, physical, psychological, sexual, and social dangers because of their work and living conditions. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on the anxiety of labor children.

Methods: The present research was a quasi-experimental study with a pretest-posttest and a control group. The statistical population consisted of all students between eight to eleven years old of labor child schools; who were randomly selected from two schools of labor children in Tehran divided into two groups of control and experiment, fifteen children each. After performing the pretest, the experimental group received seventeen sessions (sixty minutes each) of therapeutic plays based on the cognitive-behavioral approach but the control group did not receive any treatments. Subsequently, in both experimental and control groups, the posttest was performed using Spence children′s anxiety scale(1997).

Results: At the start, the assumptions about the normalization and homogeneity of variables were evaluated. The Kolmogorov-Smirnov test showed that all variables showed normally distributed.($P \leq 0.01$) Also, Box's M test (Box's test for Equivalence of Covariance Matrices) confirmed the homogeneity of the variance-covariance assumption. So, assumptions of the MANCOVA test were confirmed and the MANCOVA test can be used for the analysis of data. The results of MANCOVA revealed posttest scores of experimental and control groups had a significant difference concerning the therapeutic playing method. ($P \leq 0.01$) It can be stated that according to the Eta2, forty-five percent of the remaining total variance was affected by therapeutic play therapy.

Conclusions: Since cognitive-behavioral based play therapy was effective and helped children to controlled their anxiety level and enhance their learning, it is recommended that mentors, psychotherapists, and custodians of education, to provide labor child with easier access to a more flexible education system that facilitates and prevent them from entry to the labor market.

Keywords

Play Therapy

Anxiety

Labor Child

Cognitive Behavior Approach

*Corresponding Author

Study Type: Original
Received: 28 May 2019
Accepted: 06 Aug 2020

Please cite this article as follows: Hamidi F, Damavandi M, and Saberi Foojerdi M. The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on the anxiety of labor children. Quarterly journal of social work. 2019; 9 (2); 23-33

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.3.8]

تاثیر بازی درمانی مبتنی برررویکرد شناختی رفتاری براضطراب کودکان کار

فریده حمیدی*: دانشیار روانشناسی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی، تهران، ایران. fhamidi@sru.ac.ir

مجید ابراهیم دماوندی: روانشناس، عضو هیات علمی، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی، تهران، ایران. mdamavandi@srttu.edu

معظمه صابری فوجردی: کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی، تهران، ایران.
hesabi_taha1368@yahoo.com

واژگان کلیدی

بازی درمانی

اضطراب

کودکان کار

رویکرد شناختی رفتاری

چکیده

مقدمه: کار کودکان در خیابان، در پایتخت‌ها و بسیاری از شهرهای بزرگ جهان، به‌ویژه درکشورهای درحال توسعه، مشکلی جدی است. این کودکان به‌دلیل شرایط کار و زندگی در خیابان، در معرض پیامدهای نامطلوب سلامت جسمی، روانی، جنسی و خطرهای اجتماعی قرار دارند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری بر اضطراب کودکان کار انجام شده است.

روش: این پژوهش، مطالعه‌ای نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌آماری شامل همه دانش‌آموزان مدارس کودکان کار بین سنین هشت تا یازده ساله بودند که به‌طور تصادفی دو مدرسه از بین مدارس کودکان کار در تهران انتخاب شدند. پانزده نفر از این کودکان به‌عنوان گروه آزمایش از یک مدرسه و پانزده نفر دیگر به‌عنوان گروه گواه همتاسازی و انتخاب شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون، متغیر مستقل "بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری در هفده جلسه شصت دقیقه‌ای به‌صورت گروهی روی گروه آزمایش اعمال شد، اما گروه کنترل روش درمانی را دریافت نکردند. پس از آن در هر دو گروه آزمایش و کنترل، پس‌آزمون با استفاده از پرسشنامه اضطراب اسپنس۱۹۹۷ به‌اجرا درآمد.

نتایج: در ابتدا مفروضه‌های عادی بودن و همگنی واریانس‌های متغیرها ارزیابی شد. آزمون کلموگروف اسمیرنوف حاکی از آن بود که همه متغیرها، عادی هستند.($P\leq ۰/۰۱$) آزمون باکس فرض همگنی واریانس کوواریانس را تایید کرد. بنابراین مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری برقرار است و می‌توان برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از این آزمون آماری استفاده کرد. یافته‌ها در پایان نشان داد؛ بازی درمانی شناختی رفتاری سبب بهبود سطح اضطراب در کودکان کار می‌شود.($P\leq ۰/۰۱$) میزان تفاوت نمرات گروه آزمایش و کنترل یا اندازه تاثیر روش بازی درمانی نیز در پس‌آزمون سطح اضطراب چهارصد و پنجاه و هفت هزارم است؛ بدین معنی که بیش از چهل و پنج درصد واریانس نمرات کل باقی مانده، متاثر از بازی درمانی بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری: ازآنجا که بازی درمانی گروهی با رویکرد شناختی رفتاری، در کمک به کودکان و کنترل سطح اضطراب آن‌ها موثر است و آن‌ها را در راستای یادگیری در زمینه‌های مختلف یاری می‌دهد، از این رو به مربیان، روان درمانگران و متولیان آموزش و پرورش توصیه می‌شود با همیاری، حمایت روانی کودکان و انعطاف نظام آموزشی رسمی برای کودکانی که به کار اشتغال دارند، دسترسی آسانتر آنان به آموزش و پیشگیری از ورود کودکان به بازار کار را تسهیل نمایند.

* نویسنده مسئول
نوع مطالعه: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۳/۰۷
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۵/۱۶

نحوه استناد به مقاله: فریده حمیدی، مجید ابراهیم دماوندی، و معظمه صابری فوجردی. تاثیر بازی درمانی مبتنی برررویکرد شناختی رفتاری براضطراب کودکان کار. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۹؛ ۹ (۲): ۳۳-۲۳

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.3.8]

مقدمه

دوران کودکی مهمترین سال‌های حیات است و تجربیات این سال‌ها زیربنای زندگی آینده هر انسانی خواهد بود. لذا اگر به نیازها و حیطه‌های تکاملی کودکان در طی این دوران پاسخ مناسبی داده شود، آن‌ها سالمتر بوده، از قدرت تفکر و تعقل بیشتری برخوردار می‌گردند و مهارت‌های عاطفی و اجتماعی بهتری خواهند داشت. کار کودکان در خیابان، در پایتخت‌ها و بسیاری از شهرهای بزرگ جهان، به‌ویژه کشورهای درحال توسعه، مشکلی جدی است، اما برآورد دقیق از تعداد کودکان خیابانی دشوار است و تفاوت در چگونگی تعریف و طبقه‌بندی از کودکانی که در خیابان به سر می‌رند و تمایل به بزرگنمایی در تعداد کودکان خیابانی، به‌منظور جلب حمایت‌های سازمانی، به آمارهای بسیار متفاوتی منجر شده است.[۱] پژوهش‌های بسیاری در کشورهای جهان، وضعیت کودکان خیابانی، مشاغل آن‌ها، عوامل منجر به خیابانی شدن کودکان و پیامدهای خیابانی شدن کودکان را بررسی کرده‌اند. این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کودکان خیابانی، به‌دلیل شرایط کار و زندگی در خیابان، در معرض پیامدهای نامطلوب سلامت جسمی، روانی، جنسی و خطرهای اجتماعی قرار دارند.[۲،۳، ٤و٥]

وجود آسیب‌ها و مشکلات اجتماعی در هر جامعه‌ای، کودکان را بیشتر از گروه‌های دیگر در معرض خطر قرار می‌دهد. تعداد زیادی از کودکان کار به خانواده‌هایی تعلق دارند که به نحوی از نابسامانی‌های اجتماعی و روانی رنج می‌برند و به‌علت اختلالات خلقی نیازمند دریافت خدمات تخصصی روانشناسی هستند.[٦] یکی از محورهای ارزیابی اضطراب جوامع مختلف، و از جمله اضطراب افراد آن جامعه، کودکان آن جامعه می‌باشد. اضطراب در دنیای امروز چشم‌انداز وسیعتری پیدا کرده و ابعاد گسترده جسمانی و روانی و اجتماعی را شامل می‌شود. اضطراب در خیلی از ابعاد زندگی کودکان نقش بسزایی دارد و از جمله این موارد نقش اضطراب در سطح تحصیل این کودکان می‌باشد. متاسفانه به‌دلیل مشکلات عدیده‌ای که در زندگی این کودکان وجود دارد، از جمله مواردی که مجبورند به‌خاطر شرایط زندگی خود آن را از زندگیشان حذف کنند، تحصیل است. کودک در هر موقعیتی نیازمند بازی است و بازی‌های شناختی رفتاری فواید و ارزش زیادی دارد که در آن کودک پدیده‌ها را درک می‌کند، روابط را می‌فهمد و احساس راحتی می‌کند و از آن به‌عنوان ابزاری برای ایجاد ارتباط، مبادله و آزمایش و تسلط بر واقعیت‌های بیرونی استفاده می‌کنند. هدف بازی تعیین کننده نقش و اهمیت آن در درمان است. بازی درمانی که برای اهداف تشخیصی و درمان به‌کار می‌رود، یک نقش و اهمیت آن در درمان است. بازی درمانی که برای اهداف تشخیصی و درمان به‌کار می‌رود، یک تکنیک است.[۷] بازی یک روش طبیعی یادگیری است که قدرت ابداع، ابتکار و تمرکز را در کودک می‌پروراند و او را در کشف رابطه میان اشیاء و آنچه پیرامون اوست یاری می‌دهد.[۸] برای درمان ترس و اضطراب کودکان، مداخله‌های روان‌شناختی مختلفی وجود دارد. از جمله روش‌های شناختی رفتاری و روش دیگری که برای درمان این کودکان مورد توجه قرار گرفته، بازی درمانی است.[۹] بازی درمانی شناختی رفتاری با کودکان به‌طور خاص، برای کودکان سن پیش از مدرسه و کودکان سنین آغاز مدرسه طراحی می‌شود و با تاکید بر مشارکت کودک در درمان و از طریق مورد توجه قرار دادن در قبال تغییر رفتار شخصی خویش، ایجاد می‌شود در این روش همچون درمان‌های شناختی رفتاری با بزرگسالان، اعتقاد بر آن است که رفتار انطباقی حاصل تعامل بین افکار، احساسات و رفتار فرد است.[۱۰] بازی باعث ارتباط افکار درونی کودک با دنیای خارجی او می‌شود و باعث می‌شود که کودک بتواند اشیای خارجی را تحت کنترل خود در آورد. بازی، به کودک اجازه می‌دهد تا تجربیات خود، افکار، احساسات و تمایلاتی که برای او تهدید کننده هستند، را نشان دهد.[۱۱] بازی، یک روش صحیح و درست در درمان کودک است؛ زیرا کودکان اغلب در بیان شفاهی احساساتشان دچار مشکل هستند. از طریق بازی، کودکان می‌توانند موانعشان را کاهش داده، احساسات خود را بهتر نشان دهند.[۱۲] بازی درمانی به‌عنوان یک ارتباط بین فردی پویا، بین کودک و یک درمانگر آموزش دیده در فرایند بازی درمانی توصیف می‌شود، که رشد یک ارتباط امن را برای کودک تسهیل می‌نماید، تا کودک به‌طور کامل خود را بیان کند.[۱۳] یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که بازی درمانی توانسته است بر مهار اضطراب کودکان موفق عمل کند ولی پژوهش‌ها در مورد اضطراب کودکان کار با تمرکز بر بازی درمانی صورت نگرفته است. خیری حسن، خدابخش کولایی و تقوایی۱۳۹۵ در پژوهش خود نشان دادند که کودکان کار به‌دلیل زندگی کردن در محیطی نابسامان و شرایط ناکارآمد خانوادگی که بستری را برای در معرض خطرات آسیبزای بیشتر مهیا می‌کند، بیشتر در معرض اختلالات روانی و جسمی قرار دارند. به بیانی دیگر عوامل محیطی و خشونت و سواستفاده

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.3.8]

جسمی و جنسی منجر به ایجاد چرخ‌های معیوب و تشدید کننده برای پدیدار شدن اختلالات اضطرابی در این کودکان می‌شود.[۱۴] کاظمی۱۳۹۶ نیز مساله کودکان کار را نه تنها یک معضل اجتماعی، بلکه یک مساله بهداشتی قابل توجه می‌داند به گونه‌ای که وضعیت سلامت کودکان کار در هر سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی به‌طور فاحشی بدتر از همسالان آن‌هاست که می‌تواند ریشه مساله‌ها و مشکلات بعدی آنان در بزرگسالی شود.[۱۵،۱۶و۱۷] ابراهیمی دهشیری در پژوهش خود نشان داد که بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری در کاهش ترس کودکان موثر است.[۱۸] براتون و همکاران در مروری از هشتاد و دو مطالعه تجربی از بازی درمانی، نتیجه گرفتند که بازی درمانی نتایج موثری را در خودپنداره، تغییرات رفتاری، توانایی شناختی، مهارت‌های اجتماعی و اضطراب نشان داده است.[۱۹] باگرلی و پارکر بیان کردند که بازی درمانی گروهی بر یادگیری، خود کنترلی، مسوولیت، ابراز احساسات، احترام گذاشتن، پذیرش خود و دیگران و بهبود مهارت‌های اجتماعی، عزت نفس، کاهش افسردگی و اضطراب موثر است.[۲۰] حشمتی، اصل اناری و شکراللهی۱۳۹۴، در پژوهش خود تکنیک‌های بازی درمانی گروهی بر اضطراب حالت، احساس‌های مثبت و سطح سازگاری عمومی کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری مقطع دبستان را مثبت ارزیابی نمودند.[۲۱] ری، براتون، رین و جونس۲۰۱۸ به تجزیه تحلیل نود و چهار مطالعه پژوهشی در رابطه با تاثیرات بالینی بازی درمانی در بیماران گوناگون پرداخته‌اند. نتیجه تجزیه تحلیل‌های انجام شده تاثیر فراوان بازی درمانی را بر دامنه وسیعی از مشکلات کودکان را نشان می‌دهد.[۲۲]

لندرث، ری و براتون۲۰۱۷ و ریتزی، ری و شومان۲۰۱۷ بیان می‌کنند که بازی درمانی کودک محور تاثیر مثبتی برروی رفتار و هیجانات دارد.[۲۳و۲۴] در پژوهش‌های شن۲۰۰۲، باگرلی۲۰۰۵، محمودی و همکاران۱۳۹۵ نیز اثرات بازی درمانی گروهی بر اعتماد به نفس، افسردگی و اضطراب کودکان بی‌خانمان مورد بررسی قرار گرفت و نتایج، افزایش چشمگیر اعتماد به‌نفس و کاهش اضطراب و افسردگی را نشان داد.[۲۵،۲۶و۲۷]

همان‌گونه که ملاحظه شد با توجه به اینکه اختلالات اضطرابی در کودکان کار می‌تواند ریشه بسیاری از مشکلات روانی و رفتاری آنان در دوران نوجوانی و بزرگسالی شود که عدم مهار آن‌ها می‌تواند باعث ایجاد مشکلات بین فردی و جرم، بزه و تجاوز به حقوق دیگران شود؛ از این رو ضرورت مداخلات زود هنگام به‌منظور تغییر رویکردهای شناختی رفتاری در دوران حساس کودکی می‌تواند نتایج موثری را در کاهش و کنترل اضطراب ایجاد نماید. پژوهش‌های ذکر شده نشان دادند یکی از مداخلات اثربخش در کاهش اضطراب در دوران کودکی، بازی درمانی است که می‌توان از آن یافته‌ها در مورد کودکان کار که در شرایط و محیط‌های نامساعد و نامطلوبی زندگی می‌کنند نیز استفاده کرد و به آنان آموخت که می‌توانند از طریق بازی‌های گروهی و مشارکتی هیجانات منفی خود را کنترل کنند که از جمله این هیجانات منفی، اضطراب کودکان در سطوح مختلف است. از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر اضطراب کودکان کار انجام شده است و به بررسی دو فرضیه خواهد پرداخت.

-بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب کودکان کار موثر است.

-بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری بر کاهش سایر مولفه‌های اضطراب کودکان کار تاثیر دارد.

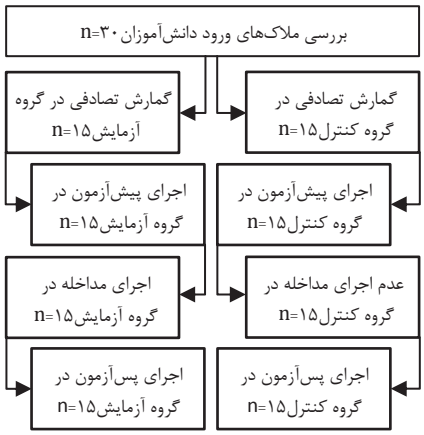
روش

طرح این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌آماری شامل کلیه مدارس کودکان کار تحت عنوان خانه‌های ایرانی وابسته به جمعیت امام علی(ع) بود که از بین آن‌ها دو مدرسه با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شده است. در مرحله اول از بین مدارس کودکان کار شهر تهران که شانزده مدرسه بود، دو مدرسه(نوید کوشا و خانه کودک شوش) انتخاب شدند. در مرحله بعدی در هرکدام از مدارس منتخب یک گروه پانزده نفری دختران هشت تا یازده ساله به‌عنوان گروه آزمایش و گروه دیگر دختران همین سنین به‌عنوان گروه کنترل همتاسازی و انتخاب شدند. سپس آزمون اضطراب به‌عنوان پیش‌آزمون برروی هر دو گروه اجرا شد. پس از آن گروه آزمایش تحت مداخله‌های بازی‌های شناختی رفتاری قرار گرفتند اما گروه کنترل هیچ روش آموزشی را دریافت نکردند. پس از اتمام دوره آموزشی،

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.3.8]

نمودار(۱) کارآزمای بالینی Consort پژوهش



پس‌آزمون برروی گروه‌های آزمایشی و کنترل اجرا شد. در نهایت بعد از گذشت هفده جلسه از آموزش، پس‌آزمون برروی هردو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. در نمودار شماره یک مراحل کارآزمای بالینی پژوهش قابل مشاهده است.

ملاک‌های ورود و خروج

ملاک‌های ورود: رده سنی کودکان باید بین هشت تا یازده سال می‌بودند. فقط دختران امکان شرکت در پژوهش را داشتند. فقدان مشکلات جسمانی و ناسازگاری شدید اجتماعی و اختیاری بودن شرکت در جلسات از ملاک‌های ورود به پژوهش بود.

ملاک‌های خروج: عدم تمایل به شرکت در پژوهش. غیبت بیش از دو جلسه.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی با کد مصوب ۲٤٦٤۳۹۰ استخراج شده است. برخی از معیارها و اصول اخلاقی رعایت شده در پژوهش حاضر بدین شرح می‌باشد. -اطلاعاتی که در ضمن اجرای تحقیق از شرکت کنندگان جمع‌آوری شد همه محرمانه باقی ماند. -به همه آزمودنی‌ها جهت شرکت در پژوهش حق انتخاب داده شد. -در پژوهش حاضر درمورد نحوه آموزش، مقررات گروه، اصل رازداری درمورد اطلاعات شخصی و مسوولیت‌های اعضای گروه درمورد نتایج آزمون‌ها اطلاعات لازم ارایه شد. -در آخر به پاسخ‌های شرکت‌کنندگان پاسخ داده شد. -پژوهش به هیچ نحوی باعث ایجاد پیامدهای زیان آور برای شرکت کنندگان نبود.

ابزار پژوهش

مقیاس اضطراب کودکان اسپنس SCAS: این پرسشنامه برای ارزیابی اضطراب کودکان هشت تا یازده ساله براساس طبقه‌بندی تشخیصی وآماری DSM-IV در سال ۱۹۹۷ توسط اسپنس در استرالیا طراحی شد. پرسشنامه اسپنس دارای دو نسخه کودک شامل چهل و چهار ماده و والد شامل سی و هشت ماده است.[۲۸] در این تحقیق منظور از اضطراب کودکان نمره‌ای است که پاسخ دهندگان به سوالات چهل و چهار گویه‌ای پرسشنامه اضطراب کودکان پاسخ می‌دهند. این مقیاس شامل چهل و چهار ماده است که سی و هشت مورد از آن‌ها نشانگر سندرم اضطراب خاص است و شش سوال حالت مثبت داشته و برای کم شدن سوگیری منفی پاسخ‌ها طراحی شده است. از میان سی و هشت گویه، شش مورد مربوط به اختلال وسواس فکری، شش گویه اضطراب جدایی، شش گویه هراس اجتماعی، شش گویه اضطراب فراگیر و پنج گویه نیز ترس از آسیب فیزیکی و ترس از فضای باز را می‌سنجد. این اندازه‌گیری بر اساس چهار درجه مقیاس نوع لیکرت با پاسخ‌های هرگز، بعضی اوقات، اغلب و همیشه از صفر تا سه امتیازدهی می‌شود. حداکثر نمره صد و چهارده بالاترین سطح اضطراب را نشان می‌دهد. حداقل نمرات در هر خرده مقیاس‌ها صفر و حداکثر در پنج خرده مقیاس هجده و در خرده مقیاس ترس پانزده می‌باشد.

فرم اولیه مقیاس در سال ۱۹۹۷ در کشور استرالیا در سال‌های ۱۹۹۷ و ۱۹۹۸ طی دو مطالعه بزرگ ملی، تحلیل عامل تاییدی و اکتشافی شش عامل مورد نظر در طیف سنی هشت الی دوازده سال و هفت الی نوزده سال تایید شده است و پایایی این مقیاس برای اضطراب عمومی برابر با نود و دو صدم و برای خرده مقیاس‌ها شصت صدم تا هشتاد و دو صدم گزارش شده است.[۲۸]

در ایران این مقیاس توسط موسوی و همکاران۲۰۰۷ بر روی چهارصد و پنجاه نفر دانش‌آموز دختر و پسر هنجار، روایی و پایایی گزارش شده است.[۲۹] بر اساس این پژوهش میانگین این آزمون برای کودکان ایرانی برابر نود محاسبه شده است و پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ بین شصت و دو صدم تا هشتاد و نه صدم گزارش شده، و شش عامل پرسشنامه، با تحلیل عامل تاییدی مورد تایید قرار گرفته است.[۲۹] نتایج تحلیل عاملی تاییدیSCAS نشان داد که شاخص‌های برازش مناسب بوده و از مدل شش عاملی حمایت می‌کند.[۲۹](۱٤/۱۰٦۸=χ^2/ df ،۰/۸۵=CFI ،۰/٦۷۸=GFI ،۰/۸۳=AGFI و۰/۰٤۵=RMSEA)

در پژوهش حاضر پایایی کل آزمون هفتاد و شش صدم و برای خرده مقیاس‌ها بین شصت و نه صدم تا هفتاد و چهار صدم به‌دست آمد.

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.3.8]

جدول(۱) پروتکل بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری به تفکیک جلسات

ردیف/// بازی/// اهداف/// شرح جلسات/// تکنیک‌ها/// مدت هر جلسه شصت دقیقه

۱/// **گل یا پوچ**/// آشنایی کودکان با محیط، یکدیگر و ترغیب برای همکاری/// سرگروه‌ها پس از انتخاب شدن توسط کودکان با روش سنگ کاغذ قیچی نوبت گروه خود را تعیین می‌کنند. گروه برنده مهره را می‌گیرد. سرگروه، مهره را بین اعضای گروه پخش کرده سپس بعد از چند ثانیه اعلام آمادگی می‌کنند و دستان خود را بالا می‌آورند تا اعضای گروه مقابل با همفکری یکدیگر و پوچ کردن دستان رغیب‌شان دستی که مهره را مخفی کرده است بیابند./// تقویت تفکیکی، شکل‌دهی رفتار، زنجیره‌سازی محرک-پاسخ

۲/// **انتقال آب با قاشق از طریق دهان**/// دراین بازی حس کنجکاوی و همکاری اعضا و تعامل با یکدیگر آموزش داده می‌شود./// افراد را به گروه‌های چهار تا پنج‌تایی تقسیم کرده و با توجه به قانون بازی، افراد هرگروه یک نفر را به‌عنوان سرگروه تعیین می‌کنند. بازی در ابتدا به همه گروه‌ها توضیح داده می‌شود. در این بازی از دو ظرف که در دو طرف حیاط مدرسه قرار دارند و یکی مخصوص آب و دیگری خالی استفاده می‌کنیم. قاشق‌های یکبارمصرف در بین کودکان توزیع می‌شوند، با سوت آغاز مسابقه، هریک از اعضا باید قاشق‌ها را در دهان گذاشته و آب درون ظرف‌های مربوط به تیم خود را با قاشق به محل ظرف خالی حمل کنند. گروهی که بتواند مقدار بیشتری از ظرف را از آب پر کند، می‌تواند پایان مسابقه را اعلام کند./// تقویت مثبت، اشاره‌دهی، الگودهی و حل مساله.

۳/// **گانیه**/// در این بازی همکاری اعضا و حس حمایت از یکدیگر تقویت می‌شود./// کودکان به دو تیم تقسیم شده و از هر تیم یک سرگروه انتخاب گردیده سپس با سنگ، کاغذ، قیچی گروه مهاجم تعیین می‌شود. افراد گروه مدافع در سراسر زمین پخش می‌شوند، و اعضای گروه مهاجم به صورت فردی و با انتخاب سرگروه وارد میدان می‌شوند و با لمس افراد گروه مدافع در حالی که در تمام مدت لی لی می‌کنند آن‌ها را می‌سوزانند. همچنین اگر تعادل خود را از بدهند می‌سوزند. بازی به این شیوه ادامه دارد./// سرنخ‌دهی، همدلی، برنامه تقویتی نسبت ثابت.

۴/// **مارپله**/// دراین بازی سطح اضطراب کودکان کنترل می‌شود و حس حمایت از یکدیگر تقویت می‌شود./// بازی مارپله روی بنرهایی طراحی شده و کودکان به تیم‌های دو تا سه نفره تقسیم می‌شوند. سرگروه هر تیم به‌وسیله سنگ کاغذ قیچی نوبت تیم خود و با پرتاب تاس بزگ مقدار حرکت به جلوی گروه را تعیین می‌کند. هر گروهی که با توجه به قواعد بازی و استفاده از نردبان و مار، زودتر به نقطه پایانی برسد برنده است./// اشاره‌دهی، تمرین رفتاری.

۵/// **وسط بازی**/// شناسایی توانمندی‌های یکدیگر و کنترل سطح اضطراب از طریق حمایت روانی از یکدیگر/// کودکان به دو گروه تقسیم و از بین خودشان یک سرگروه انتخاب می‌کنند. سپس از طریق سنگ کاغذ قیچی گروه اول انتخاب و وارد زمین بازی می‌شود. گروه دوم در دو طرف زمین مستقر می‌شوند. قوانین بازی به این گونه ایست که اعضای تیم گروه اول باید در وسط زمین بدوند و گروه دوم باید سعی کنند با زدن توپ به اعضای تیم اول آن‌ها را بسوزانند. اعضای گروه اول نمی‌توانند با عنوان گل گرفتن، توپ را بگیرند و اعضای سوخته خود را به بازی برگردانند. تعویض جا نداریم. نفر آخر باید ده دور دور زمین بازی بدود و اگر موفق شد می‌توانند همه اعضای را به بازی برگردانند./// بازسازی شناختی، تمرین رفتاری، همدلی.

۶/// **منج**/// دقت و سرعت عمل، تقویت روحیه تعاون/// بازی منج روی بنرهایی طراحی شده‌اند و کودکان را به تیم‌هایی دو تا سه نفره تقسیم می‌کنیم. سرگروه هریک از گروه‌ها به‌وسیله سنگ کاغذ قیچی نوبت تیم خود را تعیین می‌کنند. سرگروه‌ها موظف به پرتاب تاس برای گروه خود می‌باشند و براساس نظر سرگروه هریک از اعضای گروه وارد صفحه بازی می‌شوند. با انداخت تاس اعضای گروه به سمت ستون پایانی بازی حرکت می‌کنند و هر گروهی که اعضایش زودتر در ستون خود بنشینند برنده بازی است./// تقویت تفکیکی، برنامه تقویتی فاصله‌ای ثابت.

۷/// **کش بازی**/// تقویت همکاری و همیاری از یکدیگر/// کودکان به دو گروه دو تا سه نفره تقسیم شدند. دو نفر از یک تیم وارد حلقه کش می‌شدند و ابتدا و انتهای کش را دور پای خود قرار می‌دادند تا کش باز شود و تیم مقابل روی هریک از کش‌ها می‌پرد و با اتمام هر مرحله کش بالاتر می‌رود./// زنجیره‌سازی محرک-پاسخ، اشاره الگودهی.

۸/// **نقشه گنج**/// تقویت شناخت توانمندی‌های خود و افزایش اعتماد به نفس نسبت به خود/// دراین بازی کودکان را به چند گروه تقسیم و اعضای هرگروه یک سرگروه برای خود انتخاب می‌کنند. سرگروه‌ها متناسب با تعداد نقشه‌های گنج یک عدد را با مشورت با اعضای گروه خود انتخاب کردند و هریک از اعضای گروه با همراهی سرگروه خود نقشه گنج را مطالعه کرده و به‌دنبال گنج مورد نظر می‌گردند./// بازسازی شناختی، تقویت مثبت و تعمیم‌دهی.

۹/// **انتقال نخود با قاشق از طریق دهان**/// تقویت روحیه مشورت و ارزش دادن به نظرات یکدیگر/// دراین بازی افراد به گروه‌های چهار تا پنج‌تایی تقسیم و برطبق قانون بازی، با توافق همه اعضای گروه سرگروه تعیین می‌گردد. این بازی مانند بازی انتقال آب اجرا می‌گردد../// الگوبرداری مشارکتی و تمرین رفتاری.

۱۰/// **جاده گروهی**/// در این بازی همکاری اعضا و حس حمایت از یکدیگر تقویت می‌شود/// کودکان به گروه‌های سه تا چهار نفره تقسیم شدند، سه جعبه میوه که تقریبا در اندازه تعداد آن‌ها بود به گروه موردنظر داده شد. بچه‌ها روی جعبه‌ها قرار گرفتند و دست به دست جعبه آخری را به اولی می‌رساندند تا مسیر مورد نظر طی شود./// تقویت مثبت، الگوبرداری مشارکتی و تمرین رفتاری.

۱۱/// **چی گفته، اینو گفته**/// آموزش همیاری، همکاری، تقویت اعتمادبه نفس گروهی و کنترل سطح اضطراب/// کودکان به گروه‌های سه تا چهار نفره تقسیم می‌شدند. در این بازی هرچه تعداد بیشتر بود بهتر بود. سرگروه‌ها هرکدام به‌صورت قرعه یک تکه کاغذ که جملاتی رویش نوشته شده بود بر می‌داشتند و جمله را در گوش نفر آخر می‌گفتند. نفر آخر باید به نفر بعدی می‌گفت تا به نفر اول می‌رسید و نفر اول هم باید جمله را بلند می‌خواند و هرگروه که می‌توانست باسرعت و دقت بیشتری این‌کار را انجام دهد برنده اعلام می‌شد./// بازسازی شناختی، تقویت تفکیکی.

۱۲/// **پانتومیم**/// تقویت همکاری، دقت و کنترل سطح اضطراب و ایجاد حس اعتماد نسبت به یکدیگر و مورد پذیرش قرارگرفتن در یک گروه/// کودکان به گروه‌های سه تا چهار نفره تقسیم سپس، یک سری کلمات یا موضوعاتی به‌صورت قرعه‌وار در اختیار گروه‌ها داده می‌شد یا گروه‌ها خود با اختیار خودشان موضوعی را انتخاب و مطرح می‌ساختند و کودکان موظف به اجرای آن موضوع با ایما و اشاره بودند. هر گروه که تعداد بیشتری از موضوعات را حدس می‌زد برنده بود. /// اشاره ایمایی، اشاره الگودهی، بازسازی شناختی، همدلی.

۱۳/// **اسم فامیل**/// ایجاد حس همکاری، همیاری، اعتماد به‌نفس در کودکان/// کودکان به گروه‌های دو تا چهار نفره تقسیم شدند. به هریک از گروه‌ها کاغذ و خودکار داده شد و روی همه کاغذها به‌طوریکسان، ستونی از موارد نوشته شده بود که هرگروه با در نظر گرفتن حرف انتخابی به موارد خواسته شده در ستون پاسخ می‌داد و بدین ترتیب بازی انجام شد./// بازسازی شناختی، تقویت تفکیکی، اشاره الگودهی.

۱۴/// **نقطه چین**/// حس تقویت اعتماد به‌نفس و کنترل سطح اضطراب و افزایش دقت و تمرکز/// کودکان به گروه‌های دو نفره تقسیم شدند. صفحه بزرگی که رویش سوراخ‌هایی با پانچ ایجاد شده بود به دیوار چسبانده و هرگروهی که براساس نوبت خودش سوراخها را با ماژیک مخصوص به خود به هم وصل کنند و در نهایت مربعی را تشکیل دهد یک امتیاز کسب می‌کند./// تقویت تفکیکی، اشاره الگودهی، بازسازی شناختی

۱۵/// **استوپ هوایی**/// تقویت همفکری با عضو گروه خود، احترام به نظرات هم تیمی خود، و کنترل هیجان و اضطراب در بازی/// کودکان به گروه‌های دو تا سه نفره تقسیم و یک گروه به‌صورت رندومی انتخاب شد، ازبین هرگروه یک سرگروه انتخاب و سرگروه از بین اعضای خود یک عضو را به‌عنوان پرتاب کننده توپ انتخاب می‌کند. فرد توپ را به هوا پرت کرده و دیگران تا زمانیکه توپ به زمین برسد فرصت دارند از پرتاب کننده دور شوند، فرد پرتاب کننده توپ می تواند به یک ضربه چندین نفر را بزند یا اینکه می‌تواند اعضای گروه خود را نزند، و هرکسی که توپ به او میخورد به بیرون می‌رفت./// اشاره الگودهی، بازسازی شناختی، بازداری و توقف رفتار

۱۶/// **بیست سوالی**/// کنترل سطح هیجانات و اضطراب/// افراد به گروه‌های یک یا دو نفره تقسیم می‌شوند، گروه‌ها براساس قرعه نوبت بندی شدند. گروه یک کاغذی را برمی‌دارد و روی پیشانی گروه دو می‌چسباند. گروه دو می‌تواند تا بیست سوال بپرسد تا به کلمه مورد نظر برسد. واگر توانست حدس بزند نوبت گروه بعدی می‌شود و این روال ادامه خواهد داشت تا زمان موردنظر پایان یابد./// اشاره‌دهی، تمرین رفتاری

۱۷/// **اسم بازی**/// همراهی و حمایت روانی کودکان از یکدیگر/// افراد به تیم‌های یک یا دو نفره تقسیم شدند. دور تا دور یکدیگر نشستند. یک گروه اسمی به توافق همه گروه‌ها تعیین شد. به‌صورت رندوم یک گروه یا یک فرد انتخاب شد تا آغاز کننده بازی باشد. هر فرد فقط پنج ثانیه فرصت داشت تا بتواند کلمه جدید را براساس آخرین حرف کلمه قبلی بسازد و اگر نمی‌توانست مجبور به حذف می‌شد./// تقویت مثبت و تعمیم دهی رفتار، بازسازی شناختی

روش اجـرای پژوهـش: جامعه‌آمـاری پژوهش حاضر شـامل کلیـه مدارس کودکان کار کـه تحت عنوان خانه‌های ایرانی (شـانزده مرکز) وابسـته به جمعیت امام علی (ع) در شـهر تهـران بود، که از بین آن‌ها دو مدرسـه به روش تصادفی انتخاب شـدند. با توجه به بیشترین فراوانی کودکان در این مدارس که در دامنه سنیهشت تا یازده سال قرار می‌گرفتند، از این رو پانزده نفـر از این کودکان به‌عنوان گروه آزمایش از یک مدرسه و پانزده نفر دیگر به‌عنوان گروه کنترل از مدرسه دیگر به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای دو مرحله‌ای همتاسازی و انتخاب شـدند. پس از اجـرای پیش‌آزمون در هـر دو گروه، جلسـات بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شـناختی رفتاری به‌صـورت گروهی فقط در گروه آزمایش اجرا شد. برنامه اصلی درمانی بر اساس رویکرد شناختی-رفتاری و مطابق با طرح درمـان پیشنهادی ریویر۲۰۰۶ طرح‌ریزی شده و به شـکل گروهی برگـزار شد.[۳۰] در جلسـات درمانی از تکنیک‌های متفاوتی بهره گرفتـه شد، ازجمله شیوه‌های متفاوت تقویـت مثبـت، روش درمـان هدایـت شـده بـرای شـکل دهـی رفتار، آمـوزش مهـارت‌هـای اجتماعی، حل مساله و ایجاد و افزایـش عـزت نفس و خـود کنترلی که

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.3.8]

در قالب فعالیت‌هـــایی ماننـــد نقاشـــی بـه منظـــور شناخت و ابراز احساسات در قالب بازی‌ها صورت می‌گرفـــت. همچنین در این پژوهش از رویکرد رهایشـــی دیوید لوی۲۰۰۶ به‌منظور تخلیه هیجانی کودکان نیز اســـتفاده شد.[۳۱و۳۲] این روش رویکردی ساختارمند در بـــازی درمانی اســـت و در مورد کودکانی به‌کار مـــی‌رود که تجربه تنشـــزای ویژه‌ای را پشت سرگذاشـــته‌اند. روایی پروتکل درمانی توســـط چند روانشـــناس و متخصـــص بازی درمانی تایید شد. همچنین پژوهش‌های انجام شده نیز موفقیت‌های درمانی خوبی در زمینه استفاده از این رویکرد در کاهش اضطراب را گزارش کرده‌اند.[۳۱، ۳۲، ۳۳و ۳۴]

این جلســـات هفته‌ای دوبار یا یکبار به‌مدت دو ماه و هر جلســـه به مدت شـــصت دقیقه، به‌عبارتی در هفده جلســـه، انجام گرفت. بازی‌ها شـــامل انواع مختلفی از بازی‌هـــای گروهی بودند که مشـــارکت بچه‌هـــا، همدلی، همراهی با یکدیگر را در پی داشت. لوازم اجرای بازی‌ها در پروتکل درمانی مانند: ظرف‌های پلاستیکی، کارت‌های سوال، توپ، و... دراین جلسات مهیا شد. هرجلسه به‌مدت شصت دقیقه درنظر گرفته شده بود که ده تا پانزده دقیقه اول آن صرف آماده‌سازی کودکان و گروه‌بندی آنان در جلسات می‌شـــد و هرگروهی که می‌توانست قوانین بازی را به‌درستی انجام دهد ژتون دریافت می‌کرد و رفتار خوب آن گروه تقویت می‌شد. در آخر هر بازی کارت‌هایی به کودکان داده می‌شـــد و آن‌ها می‌توانســـتد جملات مربوط به هر کارت را براساس احساس درونی خود از خودشان و بازی در میان جمع دوستانشان بیان کنند. دراین تحقیق کودکان اشراف کامل داشـــتند که این فعالیت یـــک پژوهش تحقیقاتی می‌باشـــد و بارضایت خود در این پژوهش شـــرکت داشـــتند و اطلاعات آنان در نزد پژوهشگر به‌صورت امانت نگهداری می‌شده است و پس از برگزاری پس‌آزمون، نتیجه اطلاعات به هریک از کودکان ارایه شـــده است. جدول شماره یک اهداف و عناوین بازی را در پژوهش حاضر نشان می‌دهد.

یافته‌ها

در پژوهـــش حاضـــر از آمار توصیفـــی و آمـــار اســـتنباطی اســـتفاده شـــد. در بخش آمار توصیفی، شاخص‌های مرکزی و شاخص‌های پراکندگی آورده شـــده است. در قســـمت آمار استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده‌هـــا و آزمـــون فرضیه‌ها، آزمـــون تحلیـــل کوواریانس چنـــد متغیـــره مانکـــوا بـــرای داده‌های آمـــاری پارامتریک اســـتفاده شده اســـت. نتایج درج شـــده در جدول شماره دو نشان می‌دهد که میانگین پس‌آزمـــون تمامـــی ابعـــاد متغیـــر اضطـــراب یعنی ترس از اضطـــراب در فضـــای باز، اضطراب اجتماعی، وســـواس فکری، ترس از آسیب فیزیکی، اضطراب عمومی،اضطراب جدایی در گروه آزمایش کاهش یافته اســـت. به‌منظور بررســـی فرضیه اصلی پژوهش با توجه به روش شناســـی تحقیق و همچنین نحوه تعامـــل داده‌ها از تحلیل کواریانس

جدول(۲) شاخص‌های توصیفی خرده مقیاس‌ها و نمره کل اضطراب در دو گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر اضطراب	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
وسواس فکری عملی	کنترل	۴/۷	۲/۷	۶/۶	۳/۸
	آزمایش	۴/۶	۲/۲	۴/۶	۳/۰۵
اضطراب جدایی	کنترل	۷/۶	۴/۰۸	۷/۶	۴/۰۸
	آزمایش	۷/۶	۳/۵۵	۶/۰۳	۲/۵۳
آسیب فیزیکی	کنترل	۷/۶۷	۳/۲۵	۷/۶	۳/۲
	آزمایش	۷/۶	۲/۹	۴/۴۷	۲/۶
اضطراب اجتماعی	کنترل	۷/۸۷	۴/۸۲	۷/۸	۴/۸
	آزمایش	۷/۹	۴/۴	۴/۳	۲/۸
ترس از فضای باز	کنترل	۷/۲	۴/۵	۷/۲	۴/۵
	آزمایش	۷/۳	۴/۱۵	۵/۹	۲/۴
اضطراب عمومی	کنترل	۶/۳	۳/۶	۶/۰۳	۳/۴۳
	آزمایش	۶/۶	۳/۷	۴/۸	۳/۳
نمره کلی	کنترل	۴۱/۴۳	۱۷/۰۹	۴۲/۶	۳۱/۳۶
	آزمایش	۴۲/۹	۱۷/۹۱	۱۴/۱۸	۱۰/۲

جدول(۳) نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع ابعاد اضطراب

متغیرها	آزمایش		کنترل	
	Zکالموگروف اسمیرنوف	سطح معناداری	Zکالموگروف اسمیرنوف	سطح معناداری
وسواس فکری-عملی	۰/۱۴۲	۰/۱۲۵	۰/۱۴۹	۰/۰۸
اضطراب جدایی	۰/۱۵۳	۰/۰۷۱	۰/۱۹۶	۰/۰۵۳
ترس از آسیب فیزیکی	۰/۱۵۳	۰/۰۷۲	۰/۱۴۱	۰/۲۲
ترس اجتماعی	۰/۱۶۰	۰/۰۵۲	۰/۱۶۵	۰/۰۶
ترس از فضای باز	۰/۱۶۸	۰/۰۵۵	۰/۱۷۲	۰/۰۷
اضطراب عمومی	۰/۱۶۲	۰/۱۶	۰/۱۵۱	۰/۰۸۱
نمره کل اضطراب	۰/۱۵۳	۰/۲۱	۰/۱۵۸	۰/۲۳

جدول(٤) نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره تفاوت دوگروه آزمایش وکنترل اضطراب کودکان‌کار

اثر		آزمون لون	مجموع مجذورات	Df	مجذور میانگین	F	سطح معناداری	مجذور اتای سهمی
گروه	پس‌آزمون اضطراب	-	۲۳۸۱/۸۸	۱	۲۳۸۱/۸	۱۹/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۲۶۵
اضطراب	پس‌آزمون اضطراب	۰/۰۶۱	۵۸۱۴/۳	۱	۵۸۱۴/۳	۴۷/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۴۵۷
خطا	پس‌آزمون اضطراب	-	۶۹۰۶	۵۷	۱۲۱/۱۵	-	-	-

جدول(۵) نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت دوگروه آزمایش وکنترل درخرده مقیاس‌های آزمون اظطراب

متغیر	آزمون لِون	F	سطح معناداری	مجذور اتای سهمی	مجذور میانگین‌ها
وسواس فکری عملی	۰/۵۹۲	۱۷/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۲۳۶	۱۶۶/۷۸
اضطراب جدایی	۰/۳۲۶	۲۶/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۳۲۱	۲۱۵/۰۷
ترس از آسیب فیزیکی	۰/۰۷۴	۳۱/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵۹	۱۸۱/۱۷
ترس اجتماعی	۰/۱۲۱	۲۳/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۲۹۲	۲۶۵/۳۶
ترس از فضای باز	۰/۱۶	۵۷/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۰۰	۳۸۳/۰۷
اضطراب عمومی	۰/۲۴	۱۵/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۲۱۶	۲۲۷/۴۴

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.3.8]

استفاده شد. برای انجام آزمون‌های آماری پارامتریک، علاوه بر فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه‌گیری متغیرها، وجود شرایط بهنجار بودن توزیع متغیرها نیز ضروری است. در ادامه به توضیح این مفروضه پرداخته شده است. نتایج بررسی این مفروضه در جدول شماره سه آمده است. نتایج درج شده در جدول شماره سه نشان می‌دهد که توزیع تمامی متغیرها نرمال است. بر این اساس در این پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره برای فرضیه‌های پژوهش استفاده می‌شود. در ادامه به تفکیک فرضیات پژوهشی به ارایه یافته‌ها پرداخته می‌شود.

-فرضیه اصلی: بازی درمانی بر سطح اضطراب کودکان کار تاثیر می‌گذارد.

نتایج جدول شماره چهار نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌های تعدیل شده اضطراب دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون از نظر آماری در سطح کوچکتر از یک صدم یک سویه معنادار است.($F=٤٧/٩٨$،$P=٠/٠٠١$) میزان تفاوت نمرات گروه آزمایش و کنترل یا اندازه تاثیر روش بازی درمانی نیز در پس‌آزمون سطح اضطراب چهار صد و پنجاه و هفت هزام است؛ بدین معنی که بیش از چهل و پنج درصد واریانس نمرات کل باقی مانده، متاثر از بازی درمانی می‌باشد. میانگین پس‌آزمون‌های تعدیل شده اضطراب دو گروه آزموش دیده به روش بازی درمانی و گروه کنترل با هم متفاوت بودند. برای اطمینان از معنی‌داری تفاوت این میانگین‌ها از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج تحلیل نشان داد که نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان کوواریانس اثرات معنی‌داری بر نمرات پس‌آزمون دارد. بر اساس آنچه در بالا مورد بحث قرار گرفت فرضیه اصلی پژوهش حاضر تایید می‌شود. بدین معنی که روش بازی درمانی بر کاهش سطح اضطراب دانش‌آموزان-کودکان کار تاثیر مثبت و معناداری دارد. در ادامه جهت پاسخگویی به فرضیات فرعی از نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری در برونداد تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد که نتایج آن به تفکیک ذیل هر فرضیه آمده است.

-فرضیه‌های فرعی: بازی درمانی بر سطح مولفه‌های اضطراب کودکان کار تاثیر می‌گذارد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای مولفه وسواس فکری-عملی کودکان کار در جدول شماره پنج آمده است. نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس گروها را نشان می‌دهد. معنی‌دار نبودن این آزمون نشانگر رعایت پیش فرض همگنی واریانس بین گروه‌هاست.($P\geq٠/٠١$) بر اساس آنچه در جدول شماره پنج ارایه شده است و همچنین نتایج توصیفی گروه‌های آزمایش و گواه می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه‌های فرعی پژوهش نیز تایید شده است، بدین معنی که بازی درمانی بر همه مولفه‌های شش گانه اضطراب کودکان کار تاثیر مثبت و معناداری دارد.

بحث و نتیجه گیری

همان‌گونه که در یافته‌های پژوهش نشان داده شده است، اضطراب بین گروه کنترل و آزمایش در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به‌عبارت دیگر نتایج نشان داد که بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب کودکان کار موثر است و موجب کاهش اضطراب در آزمودنی‌ها می‌گردد که این نتیجه با پژوهش‌های ابراهیمی دهشیری،[۱۸] باگرلی و پارکر،[۲۰] حشمتی و همکاران،[۲۱] ری و همکاران،[۲۲] لندرث و همکاران،[۲۳] ریتزی و همکاران[۲٤] و محمودی و همکاران[۲۷] همسو می‌باشد. لندرث و همکاران۲۰۱۷ نقش بازی درمانی را برروی رفتار و هیجانات کودک بسیار موثر می‌دانند.[۲۳] براتون و همکاران نیز نقش بازی درمانی را در خودپنداره، تغییرات رفتاری، توانایی شناختی، مهارت‌های اجتماعی و اضطراب نشان دادند.[۱۹] باگرلی و پارکر نشان دادند که بازی درمانی گروهی بر یادگیری، خود کنترلی، مسوولیت، ابراز احساسات، احترام گذاشتن، پذیرش خود و دیگران و بهبود مهارت‌های اجتماعی، عزت نفس، کاهش افسردگی و اضطراب موثر است.[۲۰] حشمتی، اصل اناری و شکراللهی۱۳۹٤، در پژوهش خود تکنیک‌های بازی درمانی گروهی بر اضطراب حالت، احساس‌های مثبت و سطح سازگاری عمومی کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری مقطع دبستان را مثبت ارزیابی نمودند.[۲۱] ری، براتون، رین و جونس۲۰۱۸ به تجزیه تحلیل نود و چهار مطالعه پژوهشی در رابطه با تاثیرات بالینی بازی درمانی در بیماران گوناگون پرداخته‌اند. نتیجه تجزیه تحلیل‌های انجام شده تاثیر فراوان بازی درمانی را بر دامنه وسیعی از مشکلات کودکان را نشان می‌دهد.[۲۲] همچنین پژوهش‌های شن۲۰۰۲، باگرلی۲۰۰۵، محمودی و همکاران۱۳۹۵ نیز اثرات بازی درمانی گروهی بر اعتماد به‌نفس، افسردگی و اضطراب کودکان بی‌خانمان مورد بررسی قرار گرفت و نتایج، افزایش چشمگیر اعتماد به‌نفس و کاهش اضطراب و افسردگی را نشان داد.[۲۵،۲٦و۲۷]

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.3.8]

باتوجه بـه نتایج فرضیه می‌توان بیان داشـت که بازی درمانی با رویکرد شـناختی رفتاری بر اضطراب کودکان کار تاثیر دارد. کودکان از طریق بازی درمانی شناختی رفتاری، خود را بـاور کرده و اعتمـاد به‌نفس و عزت نفس خود را تقویت می‌کنند. بازی درمانی گروهی پیوند طبیعی دو درمان موثر اسـت، از یکسو یک فرایند روان‌شـناختی و اجتماعی اسـت که در آن کودکان از طریق ارتباط با یکدیگر در اتاق بازی چیزهایی را در مورد خودشـان یاد می‌گیرند از سـوی دیگـر فرصتی را برای درمانگر فراهم می‌کنـد تا به کودکان کمک کنـد که چگونـه تعارضات را حـل نمایند. [۱۱] همچنیـن در تبیین ایـن فرضیه می‌توان گفت کودکان به‌دلیل پایین بودن سطح تفکر انتزاعـی، قـادر به بیان هیجانات و احسـاس خود نیسـتند، سرکوب و عدم مهارت در بیان احساسـات به‌ویژه از نوع منفی آن بهداشت روانـی کـودک را بـه مخاطره می‌انـدازد. اختلال‌هـای رفتـاری، مشـکلات فردی و اجتماعی فراوانی را به‌وجود می‌آورد.

خیری حسـن و همکاران۱۳۹۵ در پژوهش خود نشـان دادند کـه کـودکان کار به‌دلیل زندگی کردن در محیطی نابسـامان و شرایط ناکارآمـد خانوادگی که بسـتری را برای در معرض خطرات آسـیبزای بیشتر مهیا می‌کند، بیشـتر در معرض اختلالات روانی و جسمی قـرار دارند. به بیانی دیگـر عوامل محیطی و خشونت و سواستفاده جسمی و جنسی منجر به ایجـاد چرخ‌های معیوب و تشـدید کننده برای پدیدار شـدن اختـلالات اضطرابی در این کودکان می‌شـود.[۱۴] کـودکان کار در جریان بـازی درمانی شـناختی رفتاری قادر می‌شـوند تا شـیوه‌های ناسـازگارانه مقابله را با شـیوه‌های سـازگارانه‌تر جایگزین کنند و مهارت‌هـای مقابلـه‌ای مثبت‌تـر را از طریق الگوسـازی و خودگویی مثبـت یاد بگیرند و بیان کلامی احساسـات را مدل‌سازی کنند. همچنین مهارت‌های متنوع و سودمندی را در زمینه‌های مختلف شناختی، عاطفی و اجتماعی به‌منظور برقراری ارتباط مناسب با دیگران و حل مشکلات به شیوه‌ای موثر فرا می‌گیرند و در طول جلسـات درمان با انجام فعالیت‌های مختلف در ارتباط با سایر کودکان به تمرین این مهارت‌ها پرداخته و بر آن‌ها تسـلط می‌یابند. بنابراین قادر خواهند شـد این مهارت‌هـا را به موقعیت‌های مشـابه در زندگی واقعی تعمیم داده و با به‌کارگیری آن‌ها به حل مشـکلات هیجانی و اجتماعی خود بپردازند و رفتارهای نابهنجار ناشی از فقدان یا کمبود این مهارت‌ها به تدریج در آن‌ها کاهش یافته و یا حذف می‌شود.

همچنین با توجه به اینکه بسـیاری از کودکان کار افغان هسـتند بازی درمانی این فرصـت را برای آن‌ها فراهم می‌آورد که با عقاید و پیام‌های پیچیـده‌ای کـه نمی‌تواننـد به‌گونه‌ای دیگر بیـان کنند، بـدون نیاز به مهارت‌های کلامی رشـد یافتـه، ارتباط برقرار کننـد و از طریق بازی، افکار، احساسـات، تعارضات و ترس‌هـای خود را بیان کنند و همزمان خودآگاهی، عزت نفس و مهارت‌های سـازگاری آن‌هـا افزایش یافته و نگرش آن‌ها انعطاف پذیرتر می‌شـود. به همین دلیل اسـت که بازی درمانی می‌تواند یک شیوه مداخله موثر به کودکانی که دامنه گسترده‌ای از مشـکلات هیجانی، اجتماعی، رفتاری ناشی از محرک‌های تنشزای زندگی داشته‌اند، کمک نماید.

درمانگـران از طریق بـازی به کودکانی که مهارت‌هـای اجتماعی یا عاطفی شان ضعیف است رفتارهای سازگارانه‌تری را به آن‌ها می‌آموزند. برنامه‌های شـناختی رفتاری منجر به چالش کشیدن باورهای شناختی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و مواجهه رفتاری آنان می‌شـود. در واقع بازی در این گونه بازی‌ها، استراتژی‌های رفتاری با استراتژی‌های شناختی ترکیب می‌شوند و فرصت ابراز حالت خود انگیخته در کودکان را فراهم می‌آورد. بازی درمانی به یاری کودکان می‌شـتابد تا بتوانند مسایل خود را به دست خویش حل کنند. در این نوع درمان به کودک فرصت داده می‌شـود تا احساسـات آزار دهنده و مشـکلات درون خود را از طریق بـازی بروز داده و آن‌ها را به نمایش بگـذارد. از طریق بازی درمانی به شیوه شناختی رفتاری می‌توان با کودک ارتباط برقرار کرد و در او اعتماد ایجـاد نمود تا آماده پذیرش اقدامات درمانی شـود. بازی یک فعالیت طبیعی و لذتبخش اسـت که اساسـا به منزله رشد شـناختی، عاطفی، اجتماعی و روانی-حرکتی کودک است. در طول بازی نیروهای مختلف مانند چابکی، توجه و درک رشد پیدا کرده و شخصیت کودکان شکل گرفته و تغییرات بسیاری در ویژگی‌های آن‌ها اتفاق می‌افتد. بازی باعث افزایش حـس کنجکاوی و قدرت نوآوری می‌شـود و همچنین باعث لمس احسـاس حقیقی شـخصیت و تجربه واقعیت می‌شود. بازی این فرصت را برای کودکان کار فراهـم می‌کند تا بتوانند تصویری از دنیای درونی خود ارایه دهد و بیان هیجانات را برایشان تسهیل می‌کند. عملکرد عمده بازی درمانی حل کردن هرگونه تعارضی در کودک اسـت که با

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.3.8]

عملکـــرد موثر او در محیط تداخل می‌کند. بازی درمانی محیط امنی را برای کودکان کار فراهم می‌کند که در آن کودکان به تدریج هیجانات، تنش‌ها، احســاس ناامنی، اضطراب و ترس‌های ســرکوب شده خود را ابراز کنند. همچنین دریافت انتقاد، تمجید و تغییر در گفتگوی درونی، رعایــت حقوق فردی و رفتاری جرات ورزانه را آموزش می‌دهد ســبب می‌شــود تا اضطراب اجتماعی، اجتناب و پریشانی اجتماعی و ترس از ارزیابی منفی اجتماعی کاهش یابد درواقع آموزش ابراز وجود از طریق بازی درمانی سبب گردید که اضطراب دانش‌آموزان دختر کاهش یابد و آن‌ها در موقعیت‌های اجتماعی خودابرازی بیشــتری داشــته باشــند. باتوجه به اینکه پژوهشــگران در هر زمینه‌ای در جســتجوی به‌کارگیری بهترین راه حل و روش درمان می‌باشــند، لذا به‌نظر می‌رســد در زمینه بازی درمانــی و اضطراب نیز پژوهش‌هایی به‌منظور مقایســه روش‌های مختلــف بازی درمانــی بر کاهش اضطراب ضــرورت دارد. با توجه به تاثیــر بازی درمانــی در کاهش اختلالات اضطرابی کــودکان، به کلیه روانشناسان، روانپزشــکان و متخصصان مربوطه، پیشــنهاد می‌شود که از ایــن برنامه به‌عنوان درمان انتخابی در مــدارس کودکان کار و مراکز درمانی و نیز در نواحی مختلف در شهرهای دیگر استفاده نمایند.

محدودیت‌هــا: از جملــه محدودیت‌هــای پژوهــش می‌توان به محدودیت دامنه ســنی کودکان هشت تا یازده سال، استفاده از جنسیت دختر و انجام نشدن مرحله پیگیری و قابلیت تعمیم اشاره کرد.

پیشــنهادها: از آنجا که بــازی درمانی موجب می‌شــود کودکان کار بتواننــد راهبردهــا و مهارت‌های زندگی را در تمــام محیط‌هــا در موقعیت‌های واقعی زندگی تمرین کننــد و به‌کار بندند، از این رو پیشنهاد می‌شود معلمان مدارس کودکان کار با اســتفاده از تکنیک‌های مختلف شــناختی رفتاری در بازی درمانی گامی موثر در جهت کاهش ســطح اضطراب کــودکان بردارند و از طریق بازی درمانی موجب افزایش ســطح کیفیــت در تدریــس خود شــوند. همچنین همراهی بازی درمانی با شــاخه‌های مختلف هنردرمانــی در پژوهش‌هــای آتــی به‌منظور هم‌افزایی تاثیر این دو روش درمانی در جامعه کودکان کار و کنترل سطح اضطراب و سایر اختلالات اضطرابی آنان پیشنهاد می‌شود.

حامی مالی: این مقاله حامی مالی ندارد.

مشارکت نویسندگان: همه نویسندگان در آماده سازی این مقاله مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع: بنا بر اظهار نویســندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

منابع

References:

1. de Benítez ST. State of the world's street children. London: Consortium for Street Children; 2011.
2. Watthayu N, Wenzel J, Sirisreetreeru R, Sangprasert C, Wisettanakorn N. Rapid assessment and response: The context of HIV/AIDS and adolescents in Bangkok. Nursing Science Journal of Thailand. 2011;29(3):28-35.
3. Aptekar L. Street children in the developing world: A review of their condition. Cross-Cultural Research. 1994 Aug;28(3):195-224.
4. Ray P, Davey C, Nolan P. Still on the street-still short of rights: Analysis of policy and programmes related to street involved children. Text. Plan and consortium for street children. British Library Cataloguing In Public Data. 2011.
5. UNICEF. Progress for children: A report card on gender parity and primary education (Number 2).2005.
6. Moradi A, Sajjadi H, Mohaqeqikamal SH, Vameqi M, HosseiniTeshnizi S, Qaedamini QR. A study of labor children's social health referring to non-governmental organization in support of children's rights in Tehran in 2014. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2016;14(11):977-88. [Persian].
7. Danger S, Landreth G. Child-centered group play therapy with children with speech difficulties. International Journal of Play Therapy. 2005;14(1):81.
8. Eason SH, Ramani GB. Parent-child math talk about fractions during formal learning and guided play activities. Child Development. 2020 Mar;91(2):546-62.
9. Kristensen H, Torgersen S. Is social anxiety disorder in childhood associated with developmental deficit/delay? European Child & Adolescent Psychiatry. 2008 Mar 1;17(2):99-107.
10. Ostrosky MM, Meadan H. Helping children play and learn together. Young Children. 2010 Jan 1;65(1):104.
11. Prins PJ, Ollendick TH. Cognitive change and enhanced coping: Missing mediational links in cognitive behavior therapy with anxiety-disordered children. Clinical Child and Family Psychology Review.

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.3.8]

2003 Jun 1;6(2):87-105. doi: 10.1023/a:1023730526716
12. Wethington HR, Hahn RA, Fuqua-Whitley DS, Sipe TA, Crosby AE, Johnson RL, Liberman AM, Mościcki E, Price LN, Tuma FK, Kalra G. The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: A systematic review. American Journal of Preventive Medicine. 2008 Sep 1;35(3):287-313.
13. Porter ML, Hernandez Reif M. Play therapy: Philadelphia: Taylor and Francis. 2007.
14. Khariri-Hassan M, Taghvaee D. Comparison between aggression and anxiety among child labor with and without sexual child abuse. Journal of Pediatric Nursing. 2016 Dec 10;3(2):10-5. [Persian]. doi: 10.21859/jpen-03022.
15. Kazemi S. The Labour children: In a world they never made. Salamat Ijtimai (Community Health). 2017 May 16;4(2):76-8. [Persian].
16. Alem AA, Zergaw A, Kebede D, Araya M, Desta M, Muche T, Chali D, Medhin G. Child labor and childhood behavioral and mental health problems in Ethiopia. Ethiopian Journal of Health Development. 2006;20(2):119-26.
17. Siadat S. Effects of social skills teaching on the self-esteem and identity dimensions of the labor children. Educational Psychology. 2012;11(37):83-101. [Persian].
18. Ebrahimi-Dehshiri V. Efficacy of cognitive-behavioral play therapy in reducing children's night-time fears. International Journal of Behavioral Sciences. 2011 Nov 1;5(3):253-9. [Persian].
19. Bratton SC, Ray D, Rhine T, Jones L. The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. Professional psychology: Research and Practice. 2005 Aug;36(4):376.
20. Baggerly J, Parker M. Child-centered group play therapy with African American boys at the elementary school level. Journal of Counseling & Development. 2005 Oct;83(4):387-96.
21. Heshmati R, Onari AR, Shokrallahi R. The effectiveness of group play therapy techniques on state anxiety, positive emotions and general compatibility level in special students with learning disabilities. Journal Of Learning Disabilities 2016; 5(4):7-24[Persian].
22. Ray D, Bratton S, Rhine T, Jones L. The effectiveness of play therapy: Responding to the critics. International Journal of Play Therapy. 2001;10(1):85.
23. Landreth GL, Ray DC, Bratton SC. Play therapy in elementary schools. Psychology in the Schools. 2009 Mar;46(3):281-9.
24. Ritzi RM, Ray DC, Schumann BR. Intensive short-term child-centered play therapy and externalizing behaviors in children. International Journal of Play Therapy. 2017 Jan; 26(1):33. http://dx.doi.org/10.1037/pla0000035
25. Shen YJ. Short-term group play therapy with Chinese earthquake victims: Effects on anxiety, depression and adjustment. International Journal of Play Therapy. 2002;11(1):43. http://dx.doi.org/10.1037/h0088856
26. Baggerly J, Parker M. Child-centered group play therapy with African American boys at the elementary school level. Journal of Counseling & Development. 2005 Oct;83(4):387-96. doi: 10.1002/j.1556-6678. 2005.tb00360.x
27. Mahmoudi M, Borjali A, Alizadeh H, Ghobari BB, Ekhtiari H, Akbari Z. Emotion regulation in children with learning disorders and normal children. Journal Of Research In School And Virtual Learning. 4 (13), 69-84 [Persian].
28. Spence SH, Barrett PM, Turner CM. Psychometric properties of the Spence Children's anxiety scale with young adolescents. Journal of Anxiety Disorders. 2003 Jan 1;17(6):605-25.
29. Mousavi R, Moradi A, Farzad V, Mahdavi S. Psychometric properties of the Spence children's anxiety scale with an Iranian sample. International Journal of Psychology. 2007;1(1):17-26. [Persian].
30. Riviere SC. Short term play therapy for children with disruptive behavior disorders. Short-term play therapy for children. New York: Guilford Publication. 2006 Aug 17:51-70.
31. Levy DM. "Release therapy" in young children. Psychiatry. 1938 Aug 1;1(3):387-90. doi.org/10.1080/00332747.1938.11022205
32. Safari S, Faramarzi S, Abedi A. Effectiveness of cognitive behavioral play therapy on reducing symptoms of students with oppositional defiant disorder. Journal Of Clinical Psychology. 2013 , Volume 4 , Number 4 (16); 1-10. [Persian]. doi: 10.22075/jcp.2017.2102
33. Bratton SC, Ray D, Rhine T, Jones L. The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. Professional Psychology: Research and Practice. 2005 Aug;36(4):376.
34. Hashemi Nosratabad T, Farshbaf Manisefat F. The effectiveness of play therapy according levy approach in reduction of anxiety in children with diagnosed cancer. Journal of Holistic Nursing and Midwifery. 2015 Apr 10;25(1):54-62. [Persian].

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.2.3.8]