



کلیه حقوق مادی مترتب بر نتایج مطالعات، ابتکارات و
نوآوری های ناشی از تحقیق موضوع این پایان نامه
متعلق به دانشگاه رازی است.



دانشگاه رازی
دانشکده علوم اجتماعی
گروه روانشناسی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی

گرایش عمومی

عنوان پایان نامه:

اثر بخشی شن بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش دبستانی

استاد راهنما:

دکتر آسیه مرادی

استاد مشاور :

دکتر خدامراد مؤمنی

نگارش:

سمیه کهریزی

مهر ماه ۱۳۹۲

به نام تو

ایمان دارم که هر تغییر و تحول بزرگی در مسیر زندگی بدون تحول معرفت و نگرش میسر نخواهد بود.

پس بیایید با اندیشه توکل، تفکر، تلاش و تحل در توسعه دنیای فکریمان

برای نیل به آرامش و آسایش توانمان

اولین گام را برداریم.

چون بگویی یقین داریم دانایی، توانایی می آورد.

تقدیم بہ

تمامی کسانی کہ آموختند

بہ من

آنچه آموختنی بود

چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی شن بازی درمانی، بر کاهش اختلال رفتاری کودکان شهرستان کرمانشاه انجام شد. روش این مطالعه، نیمه تجربی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود و روش آماری آن تحلیل کوواریانس چند متغیره است. جامعه آماری پژوهش کودکان ۷-۵ ساله دارای اختلال رفتاری شهر کرمانشاه و روش نمونه گیری تصادفی ساده بود. ابتدا از میان مناطق سه گانه شهر کرمانشاه، شش مهد کودک (از هر منطقه دو مهد کودک) به تصادف انتخاب شد. ۵۴ کودک دارای اختلال رفتاری شناسایی شدند. سپس بر اساس شرایط ورود و خروج از مطالعه، ۳۰ کودک (۱۰ دختر و ۲۰ پسر) به عنوان گروه نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش ۱۵ نفر و کنترل ۱۵ نفر قرار گرفتند. پرسشنامه اختلال رفتاری راتر فرم معلم (۱۹۶۷) در مرحله پیش آزمون- پس آزمون و یک ماه بعد از پایان مداخله توسط مربیان تکمیل شد. کودکانی که در گروه آزمایشی قرار داشتند به مدت ده جلسه هفتگی (۴۵ دقیقه در هفته) در فعالیت شن بازی درمانی به صورت انفرادی شرکت داده شدند.

نتایج نشان داد که شن بازی درمانی اثر معنی داری بر کاهش پرخاشگری/بیش‌فعالی، اضطراب/افسردگی، ناسازگاری اجتماعی و کمبود توجه کودکان گروه آزمایشی در مقایسه با کودکان گروه کنترل دارد. اما بر اختلال سلوک اثر معنی داری ندارد. چنین دستاوردی در پیگیری یک ماه حفظ شد.

با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت شن بازی درمانی می‌تواند در کاهش اختلال رفتاری کودکان مؤثر واقع شود و بر ضرورت کاربرد شن بازی درمانی به منظور کاهش اختلال رفتاری در کودکان دارای این اختلال تاکید شد.

کلید واژه : کودکان، اختلال رفتاری، شن بازی

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول: مقدمه

۲-۱-۱- بیان مسأله.....	۲
۲-۱-۲- اهمیت و ضرورت پژوهش.....	۶
۳-۱- هدف پژوهش.....	۷
۴-۱- فرضیه های پژوهش.....	۷
۵-۱- تعریف متغیرهای پژوهش.....	۷
۱-۵-۱- تعریف نظری متغیرها.....	۷
۲-۵-۱- تعریف عملیاتی متغیرهای پژوهش.....	۹

فصل دوم: ادبیات و پیشینه پژوهش

۱-۲- تعریف بازی درمانی.....	۱۲
۱-۱-۲- تاریخچه بازی درمانی.....	۱۳
۲-۱-۲- رویکردهای بازی درمانی.....	۱۵
۱-۲-۱-۲- بازی درمانی رهنمودی (مستقیم).....	۱۵
۲-۲-۱-۲- بازی درمانی غیر رهنمودی.....	۱۶
۳-۲-۱-۲- بازی درمانی مراجع- محور.....	۱۷
۳-۱-۲- نظریه ها و انواع بازیدرمانی.....	۱۸
۱-۳-۱-۲- بازی درمانی آدلری.....	۱۸
۲-۳-۱-۲- بازی درمانی شناختی- رفتاری.....	۱۹
۳-۳-۱-۲- بازی درمانی روان کوانه.....	۱۹
۴-۳-۱-۲- بازی درمانی زیست بومی.....	۲۰
۵-۳-۱-۲- بازی درمانی گشتالتی.....	۲۱
۶-۳-۱-۲- بازی درمانی یونگی.....	۲۱
۴-۱-۲- مزایای بازی درمانی.....	۲۲
۵-۱-۲- ارتباط بازی درمانی و شن بازی درمانی.....	۲۴
۲-۲- تعریف و تاریخچه شن بازی درمانی.....	۲۵
۱-۲-۲- ریشه های شن بازی.....	۳۰

- ۳۰..... نظریه تحلیلی یونگ ۱-۱-۲-۲
- ۳۱..... روش جهان لوفلد ۲-۱-۲-۲
- ۳۲..... عرفان شرقی ۳-۱-۲-۲
- ۳۳..... نظریه و انواع شن بازی ۳-۲-۲
- ۳۴..... شن بازی درمانی ساخت گرا ۲-۳-۲-۲
- ۳۵..... شن بازی گشتالتی ۳-۳-۲-۲
- ۳۶..... نظریه شن بازی کالف ۴-۳-۲-۲
- ۳۷..... توانایی و قدرت درمانی شن بازی از دیدگاه یونگ ۵-۳-۲-۲
- ۳۸..... تفسیر با تأخیر ۶-۳-۲-۲
- ۳۸..... فرایند شن بازی درمانی کالی ۴-۲-۲
- ۳۹..... جعبه شن ۵-۲-۲
- ۳۹..... اشیاء کوچک و مجسمه ها ۶-۲-۲
- ۴۰..... جلسه ی شن بازی ۷-۲-۲
- ۴۱..... از رمز در آوردن جعبه های شن ۸-۲-۲
- ۴۲..... اهمیت شن ۹-۲-۲
- ۴۳..... مزایای شن بازی درمانی ۱۰-۲-۲
- ۴۴..... اهداف شن بازی درمانی ۱۱-۲-۲
- ۴۵..... مراحل رشدی پیازه در شن بازی درمانی کودکان ۱۲-۲-۲
- ۴۸..... تعریف اختلال رفتاری ۳-۲
- ۴۹..... طبقه بندی اختلال های رفتاری ۱-۳-۲
- ۵۲..... علل اختلالات رفتاری ۲-۳-۲
- ۵۲..... عوامل ارثی و ژنتیکی: ۱-۲-۳-۲
- ۵۲..... ضایعات و صدمات داخل رحمی و زمان تولد ۲-۲-۳-۲
- ۵۳..... صدمه ها و بیماری های جسمانی بعد از تولد ۳-۲-۳-۲
- ۵۳..... عوامل خانوادگی ۴-۲-۳-۲
- ۵۴..... عوامل محیطی (اجتماعی و فرهنگی) ۵-۲-۳-۲
- ۵۴..... دوستان و همسالان ۶-۲-۳-۲
- ۵۵..... شیوع اختلالات رفتاری ۳-۳-۲
- ۵۶..... ویژگی های کودکان دارای اختلالات رفتاری: ۴-۳-۲

۵۶	..... ۵-۳-۲ تفاوت های مربوط به جنسیت
۵۷	..... ۶-۳-۲ نظریه های اختلالات رفتاری
۵۷	..... ۱-۶-۳-۲ نظریه زیست شناختی
۵۸	..... ۲-۶-۳-۲ نظریه تحلیل روانی
۶۰	..... ۱-۲-۶-۳-۲ نظریه روانی- اجتماعی اریکسون
۶۰	..... ۲-۲-۶-۳-۲ هینز کاهوت
۶۱	..... ۳-۲-۶-۳-۲ مارگارت ماehler
۶۱	..... ۳-۶-۳-۲ نظریه رفتار گرایان
۶۲	..... ۴-۶-۳-۲ نظریه یادگیری اجتماعی
۶۳	..... ۵-۶-۳-۲ نظریه شناختی
۶۵	..... ۶-۶-۳-۲ نظریه شناخت اجتماعی
۶۵	..... ۷-۶-۳-۲ نظریه بوم شناختی
۶۶	..... ۴-۲ پیشینه ی پژوهش
۶۶	..... ۱-۴-۲ پژوهش های انجام شده در رابطه با بازی درمانی و اختلالات رفتاری:
۶۸	..... ۲-۴-۲ پژوهش های انجام شده در رابطه با شن بازی درمانی و اختلالات رفتاری

فصل سوم: روش پژوهش

۷۱	..... ۱ - ۳ روش پژوهش
۷۱	..... ۲ - ۳ طرح تحقیق
۷۲	..... ۳ - ۳ جامعه آماری
۷۲	..... ۴ - ۳ روش و طرح نمونه گیری و نمونه پژوهش
۷۲	..... ۱ - ۴ - ۳ شرایط ورود و خروج آزمودنی ها
۷۲	..... ۵ - ۳ ابزار تحقیق
۷۲	..... ۱ - ۵ - ۳ پرسش نامه اختلال رفتاری راتر فرم B (فرم معلم):
۷۳	..... ۲ - ۵ - ۳ ابزار شن بازی درمانی
۷۵	..... ۳ - ۵ - ۳ پرسشنامه ی اطلاعات جمعیت شناختی
۷۶	..... ۶ - ۳ روش اجرای طرح
۷۶	..... ۷ - ۳ شیوه ی مداخله و اجرا
۷۷	..... ۲-۳. برنامه گام به گام شن بازی درمانی کالف

۸-۳ روش تجزیه و تحلیل داده ها.....۸۰

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها

۱-۴ مقدمه.....۸۳

۲-۴ اطلاعات جمعیت شناختی.....۸۳

۳-۴ تحلیل های استنباطی.....۸۵

۴-۴ نتیجه گیری.....۸۸

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۱-۵ بررسی و تحلیل فرضیه ها.....۹۲

۲-۵ نتیجه گیری.....۱۰۰

۳-۵ محدودیت ها.....۱۰۱

۴-۵ پیشنهادات.....۱۰۱

۱-۴-۵ پیشنهادات پژوهشی.....۱۰۱

۲-۴-۵ پیشنهادات کاربردی.....۱۰۱

منابع.....۱۰۳

پیوست ها.....۱۲۵

پیوست شماره دو: پرسشنامه اختلال رفتاری راتر فرم B.....۱۲۶

پیوست شماره ی سه: پرسشنامه اطلاعات فردی.....۱۲۸

پیوست شماره ی چهار: بررسی اجمالی از شرح جلسات شن بازی درمانی.....۱۲۹

فهرست جداول

صفحه

جدول

جدول ۱-۲. مراحل رشد روانی - جنسی	۵۹
جدول ۲-۲. سه بخش شخصیت از دیدگاه فروید	۵۹
جدول ۱-۳: طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل	۷۱
جدول ۱-۴. ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها	۸۴
جدول ۲-۴. شاخص‌های توصیفی نمره مؤلفه‌های اختلال رفتاری در گروه آزمایش و کنترل و پیگیری	۸۵
جدول ۳-۴. نتایج آزمون لوین بر مؤلفه‌های اختلال رفتاری	۸۶
جدول ۴-۴. همگنی شیب پیش آزمون‌های مؤلفه‌های اختلال رفتاری	۸۶
جدول ۵-۴. همگنی شیب ترکیب خطی پیش آزمون‌های مؤلفه‌های اختلال رفتاری با پس آزمون	۸۷
جدول ۶-۴. نتایج تحلیل مانکوا بر روی پس آزمون‌های مؤلفه‌های اختلال رفتاری	۸۸
جدول ۷-۴. تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا برای تأثیر شن بازی درمانی	۸۸
جدول ۸-۴. نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه نمره‌ی مؤلفه‌های اختلال رفتاری کودکان	۹۰

فصل اول

مقدمه

۱-۱- بیان مسأله

دوران کودکی از مهمترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد پایه ریزی می‌شود و شکل می‌گیرد. اغلب اختلالات و ناسازگاری‌های رفتاری پس از این دوران ناشی از کمبود توجه به دوران حساس کودکی و عدم هدایت صحیح در روند رشد و تکامل است. این بی‌توجهی منجر به عدم سازش و انطباق با محیط و بروز انحرافات گوناگون در ابعاد مختلف برای کودک می‌باشد (گانا و ناتاشا و دل و همکاران^۱، ۲۰۱۰). پس از چندین دهه پژوهش در زمینه روان‌شناسی مرضی و بر خلاف باور ابتدایی، نشان داده شد که کودکان و نوجوانان نیز در معرض خطر ابتلای به اختلال‌های روانی^۲ قرار دارند و در مجموع بین ۱۴ تا ۲۴ درصد از کودکان و نوجوانان با انواع مشکلات و اختلال‌های رفتاری و هیجانی دست به‌گیری‌اند (زنگک^۳، ۲۰۰۷). پژوهش‌های انجام شده در فرهنگ‌های مختلف نشان داده است درصد قابل توجهی از کودکان سنین مدرسه و قبل از مدرسه دچار اختلال رفتاری^۴ هستند (هارلند^۵، ریجنولد^۶، بروگمن^۷، ورلو-ونهورک^۸ و ورهوست^۹، ۲۰۰۲).

اختلال‌های رفتاری، اختلال‌های شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای معلمان و خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری را ایجاد می‌کنند و با نرخ‌های بالایی از معضلات اجتماعی همراه هستند. تعاریف گوناگونی از اختلال‌های رفتاری ارائه شده که هر تعریفی بر جنبه‌های ویژه‌ای تأکید می‌کند اما همه تعاریف روی موارد زیر توافق نسبی دارند: (۱) این رفتارها افراطی هستند، رفتارهایی که با هنجارها تفاوت اندکی دارد، جزء این اختلال‌ها محسوب نمی‌شوند، (۲) اختلال‌های رفتاری مزمن هستند و به سرعت بر طرف نمی‌شوند. (۳) این رفتارها به دلیل ناهماهنگی با انتظارات اجتماعی- فرهنگی، مورد قبول جامعه قرار نمی‌گیرد (شکوهی یکتا و پرند، ۱۳۸۴). اختلالات رفتاری کودکان طیف وسیعی شامل: بیش‌فعالی، پرخاشگری، اضطراب، افسردگی، ناسازگاری اجتماعی و اختلال سلوک است که نیازمند تشخیص و مداخله

^۱- Genna & Natacha & Dale & et al

^۲- mental disorders

^۳- Zeng

^۴- behavioral disorders

^۵- Harland

^۶- Reijneveld

^۷- Brugman

^۸- Verloove-Vanhorick

^۹-Verhulst

زود هنگام است (کسلر^۱، برگلوند^۲، دیملر^۳، جین^۴ و مریکانس^۵، ۲۰۰۵). اغلب کودکان با اختلالات رفتاری، احساسات منفی دارند و با دیگران بد رفتاری می کنند. در بیشتر موارد معلمان و همکلاسی‌ها، آنان را طرد می کنند و در نتیجه فرصت‌های آموزشی آنان کاهش می یابد (براون^۶، ۲۰۰۷). از سوی دیگر انزوای اجتماعی این کودکان، موجبات پر خاشگری هر چه بیشتر آنان را فراهم می آورد. مجموعه این عوامل کودکان را در معرض خطر بروز رفتارهای ضد اجتماعی قرار می دهد (ولف^۷ و مش^۸، ۲۰۰۶). پژوهش‌ها در مورد اختلالات رفتاری کودکان نشان می دهد که اکثر بزرگسالان ضد اجتماعی، تاریخچه‌ای طولانی از مشکلات رفتاری در دوران کودکی داشته‌اند (راتر^۹ و کپنر^{۱۰} و اوکانر^{۱۱}، ۲۰۰۱). نارسایی توجه و بیش فعالی، یکی از شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی است (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۱) که قبل از هفت سالگی آشکار می شود و در ۷۰ تا ۸۰ درصد موارد، باعث ایجاد مشکلاتی در دوران بزرگسالی می شود و برخی از علایم آن در تمام طول عمر، فرد را به گونه‌ای درگیر می سازد. مهمتر آن که پیامدهای قابل توجهی بر زندگی فردی و اجتماعی بر جای می گذارد (ماتزا^{۱۲}، پامور^{۱۳} و پراسد^{۱۴}، ۲۰۰۵). اسپنس^{۱۵} و همکاران (۲۰۰۳) دریافتند که اختلالات اضطرابی در دوران کودکی بیشتر شایع است (۸ تا ۱۲ درصد). شواهد نشان می دهد اضطراب دوران کودکی پدیده‌ای گذرا برای کودکان نیست و در صورت عدم درمان تا سنین نوجوانی و بزرگسالی ادامه پیدا می کند و مشکلاتی برای کودک در آینده ایجاد می کند (موریس^{۱۶}، ۲۰۰۱). در سال‌های اخیر نه تنها وجود افسردگی در کودکان و نوجوانان محرز دانسته شده است، بلکه نظر بر این است که افسردگی کودکی می تواند مشکلات جدی برای سلامت عمومی ایجاد کند (لامارین^{۱۷}، ۱۹۹۵). به گونه‌ای که پژوهش‌ها نشان داده است شناسایی افسردگی‌های کودکی و نوجوانی می تواند احتمال بیماری‌های روانی دیگر، ناراحتی‌های شدید، رفتارهای ناسازگارانه و حتی مرگ و میر کودکان و نوجوانان را کاهش دهد (ریو^{۱۸}، ۲۰۰۰). به طور کلی حدود ۲ درصد کودکان پیش از سن بلوغ دچار افسردگی هستند. طیف بالینی این اختلال از غمگینی ساده تا افسردگی اساس یا اختلال دوقطبی در بر می گیرد (بیتنر^{۱۹}، اگر^۱،

¹ -Kessler

² - Berglund

³ - Demler

⁴ - Jin

⁵ - Merikangas

⁶ - Brown

⁷ - Wolfe

⁸ - Mash

⁹ - Rutter

¹⁰ - Kreppner

¹¹ - O'Connor

¹² - Matza

¹³ - Paramore

¹⁴ - Prasad

¹⁵ - Spence

¹⁶ - Muris

¹⁷ - Lamarine

¹⁸ - Reeve

¹⁹ - Bittner

ارکانلی^۲، کاستلو^۳، فلی^۴ و آنگلود^۵، ۲۰۰۷). همه مشکلات هیجانی و رفتاری با یکدیگر رابطه دارند و به ندرت می‌توان کودک یا نوجوانی را یافت که فقط یک مشکل رفتاری داشته باشد (کمبل^۶، ۱۹۹۵). نتایج مطالعات نشان داده است که مشکلات رفتاری کودکان می‌تواند آثار طولانی مدتی بر سطح کنش وری رفتاری، جسمانی، شناختی و هیجانی بر جای گذارد (اسمیت^۷، کتسی نیز^۸ و ران^۹، ۲۰۱۱). چون با ایجاد مانع در راه اکتساب مهارت‌های متناسب با سن بر مسیرهای تحولی اثر می‌کند و کودکان را در معرض خطر مشکلات بعدی قرار می‌دهند (پاترسن^{۱۰} و استول میلر^{۱۱}، ۱۹۹۱). به عبارتی دیگر این کودکان اغلب نمی‌توانند پاسخ‌های عاطفی و رفتاری متناسب با سن خود را تجربه کنند و با موانع یادگیری در محیط آموزشی مواجهه می‌شوند (سورز^{۱۲} و والر^{۱۳}، ۲۰۰۶). مدارک و شواهد جمع‌آوری شده توسط سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که در سال ۲۰۲۰، اختلالات رفتاری و عاطفی کودکان و نوجوانان به بیش از ۵۰ درصد افزایش خواهد یافت و به عنوان پنجمین پنجمین عامل ناتوانی در میان کودکان تبدیل خواهد شد (ولف و مش، ۲۰۰۶). آثار مربوط به شیوع این عارضه در جوامع مختلف بین ۱۱/۸ درصد تا ۲۵ درصد متغیر است (این^{۱۴}، سودی^{۱۵} و ابوصالح^{۱۶}، ۲۰۰۷). مهربانی (۱۳۸۴) در پژوهشی در شهر اصفهان به این نتیجه رسید که ۱۳/۲ درصد دانش‌آموزان ابتدایی دارای معیارهای تشخیصی اختلالات رفتاری هستند. در پژوهشی دیگر میزان شیوع اختلالات رفتاری بر اساس طبقه بندی بالینی نظام مبتنی بر تجربه ۲۰/۳ درصد در طبقه بالینی و ۵/۸ درصد در طبقه مرزی قرار داشت (غباری بناب و همکاران، ۱۳۸۸).

یکی از روش‌های مورد استفاده در بهبود اختلالات رفتاری کودکان، بازی‌درمانی است (تکلوی، ۱۳۹۰). بازی افکار درونی کودک را با دنیای خارجی او ارتباط می‌دهد و باعث می‌شود که کودک بتواند اشیای خارجی را تحت کنترل خود در آورد (وتینگتون^{۱۷}، ۲۰۰۸). به عبارتی دیگر استفاده از بازی (هیوز^{۱۸}، ۱۳۸۷) ویژگی اجتناب‌ناپذیر تشخیص و درمان کودکانی است که مشکل دارند. در همین جهت تامپسون و رودلف^{۱۹} (۱۳۸۴) پیشنهاد کرده‌اند که به جای این عبارت فروید "درمان از راه صحبت" و به ویژه وقتی

¹- Egger
²- Erkanli
³- Costello
⁴- Foley
⁵- Angold
⁶- Tankersley & Landrum
⁷- Smith
⁸- Katsiyannis
⁹- Ryan
¹⁰- Pattersan
¹¹- Stoolmiller
¹²- Sausser
¹³- Waller
¹⁴- Epen
¹⁵- Swadi
¹⁶- Abou-saleh
¹⁷- Wethinton
¹⁸- Hughes
¹⁹- Tampson & Roodlef

سخن از درمان کودکان به میان می آید، بهتر است از عبارت « درمان از راه بازی » استفاده شود. شن بازی شکل خاصی از بازی درمانی است که در دهه ۱۹۲۰ برای نخستین بار معرفی شد و در پایان این دهه از تجدید حیات مجددی برخوردار گشت (ماتسون^۱ و ولدورا- بروگن^۲، ۲۰۱۰). شن بازی درمانی روشی برای درمان کودکان و بزرگسالان است که توسط دوراکالف (۱۹۸۰) ارائه شد. کالف اولین فردی بود که با کنار هم قرار دادن مجسمه‌های کوچک و شن و بکار گیری اصول نظریه یونگ، مراجعان خود را درمان کرد. شن بازی درمانی کالف روشی است غیر کلامی، نمادین و بر اساس تجربه های خلاق افراد که در آن کودک با ساختن دنیای خود در جعبه شن، به بیان تعارضات، تمایلات و هیجانانش می پردازد (آلن^۳ و بری^۴، ۱۹۸۷). در واقع این تکنیک بین خودآگاه و ناخودآگاه رابطه برقرار می کند و باعث توسعه و بازسازی اعتماد به نفس افراد می شود (کانینگهام^۵، ۱۹۹۷).

درمانگران شن بازی کالفی بر این باورند که تصاویر ساخته شده در شن که توسط مراجع خلق شده است، اغلب بازنمایی از کهن الگوهای مختلف برای بیان جهان خود است (سوداوسون^۶، ۲۰۱۱). فرض کلیدی در شن بازی درمانی این است که مواد انتخاب شده و نحوه قرار دادن اشیاء کوچک در جعبه شن منعکس کننده نگرانی ها و مسائل مربوط به مراجع و عینی و برون سازی این نگرانی هاست. این فرایند به درک بیشتر و تسلط نهایی بر مشکلات منجر می شود (لاندرث^۷، ۱۹۹۳).

از زمانی که شن بازی به عنوان مداخله درمانی پذیرفته شد، مطالعات مختلفی به اثربخشی آن پرداختند و در بسیاری از مطالعات برای دامنه وسیعی از مشکلات بزرگسالان و کودکان استفاده شده است. این مطالعات حاکی از آن است که شن بازی درمانی بر سلامت روانی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری شرکت کنندگان (اغلب نوجوان و بزرگسال) تأثیرگذار است (وانگ فلوهیو^۸ و ری^۹، ۲۰۰۷). افسردگی^{۱۰} و احساس تنهایی^{۱۱} آن ها را کاهش می دهد (می یانگ^{۱۲} و کیم^{۱۳}، ۲۰۱۲). عزت نفس^{۱۴} را افزایش می دهد (بوتا^{۱۵}، ۲۰۱۰). و از طریق تأثیرگذاری بر رفتارهای تکانشی^{۱۶} و پرخاشگرانه باعث بهبود مهارت های اجتماعی می شود (آلن و براون، ۱۹۹۳). مطالعه ی ون^{۱۷}، ریشینگ^۱، هسلم^۲ و زیلینگ^۳ (۲۰۱۱) حاکی از تأثیرگذاری شن بازی درمانی

1 - Mattson
2- Veldorale-Brogan
3- Allan
4- Berry
5- Cunningham
6- Sue Dawson
7- Landreth
8 -Wang Flahive
9- Ray
10- depression
11- loneliness
12 - Mi-yung
13- Kim
14- self esteem
15- Bota
16- impulsive behavior
17- Wen

بر کاهش نشانه های اجتناب اجتماعی^۴ و اضطراب در دانشجویان چینی و بهبود آگاهی اجتماعی بوده است. در مطالعه ای دیگر سوداوسون (۲۰۱۱) از شن بازی درمانی برای بهبود نشانه های افسردگی در نوجوانان افسرده استفاده کرد و متوجه شد که این نوع مداخله تأثیر مثبت معنی داری در کاهش نشانه های افسردگی دارد. همچنین در یادگیری و رشد عاطفی و رفتاری کودکان (آنس تینس دورتی^۵، ۲۰۱۲)، کاهش مشکلات عاطفی-هیجانی (ریچاردز^۶، پیلای^۷، فریتز^۸، ۲۰۱۲) و توسعه مهارت های ارتباطی بین فردی (کو^۹ و شن^{۱۰} و خو^{۱۱} و خو، ۲۰۱۳) مؤثر است.

در هر حال، پژوهش درباره اثربخشی شن بازی درمانی در کاهش اختلالات رفتاری در کودکان به صورت بسیار محدود انجام شده است و تا به حال پژوهشی در خصوص اثرات شن بازی درمانی در کاهش اختلالات رفتاری کودکان انجام نشده است. با توجه به شواهدی مبنی بر بالابودن میزان اختلالات رفتاری در کودکان ایرانی و پیامدهای منفی این متغیر در زندگی آن ها و اطرافیان، مسأله ی اصلی پژوهش حاضر بررسی تأثیر شن بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش دبستانی است.

۱-۲ اهمیت و ضرورت پژوهش

نگرانی در مورد سلامت روان کودکان و تأثیر آن بر رشد و عملکرد کودک، همزمان با افزایش میزان شیوع اختلالات روانی قابل تشخیص، در سال های اخیر به طور چشمگیری افزایش یافته است و بر همین اساس متخصصان بر اهمیت ارزیابی و درمان به موقع اختلالات روان شناختی تأکید می کنند. کودکان با اختلالات رفتاری بخشی از جامعه ای را تشکیل می دهند که در آن میزان شیوع پاره ای از اختلالات بیشتر از یک جامعه عادی است (شمس اسفندآباد، امامی پور و صدراسادات، ۱۳۸۰). شناخت صحیح این جامعه و کوشش در راه تأمین شرایط مادی و معنوی لازم برای رشد بدنی، عاطفی، رفتاری و فکری آنان از اولویت های اساسی هر جامعه است. به علاوه در حیطه بهداشت روانی، تأکید بیشتر بر تشخیص و درمان زود هنگام کودکانی است که مشکلات رفتاری و عاطفی دارند. متخصصان بهداشت روانی به این نتیجه رسیده اند که وقتی کودک به سن مدرسه می رسد ممکن است فرصت استفاده از تدابیر درمانی مهمی را از دست داده باشد، تدابیری که

¹ - Risheng

² - Haslam

³ - Zhiling

⁴ - social avoidance

⁵ - Unnsteinsdóttir

⁶ - Richards

⁷ - Pillay

⁸ - Fritz

⁹ - Cao

¹⁰ - Shan

¹¹ - Xu

می تواند مانع مشکلات جدی بیشتری در آینده شوند (شانک^۱، ۱۹۹۹). پیامدها و عوارض مشکلات رفتاری، در زندگی فردی و اجتماعی کودک و حتی برای اطرافیان و اجتماعی که وی در آن قرار دارد، معضلات بازدارنده بسیاری ایجاد می نماید و به عبارتی تمامی جنبه های زندگی فردی و اجتماعی را تحت تأثیر قرار می دهد. بدین ترتیب باید کوشید تا با تشخیص زود هنگام و توجه به گستره اختلال ها و مشکلاتی که می توانند سازش یافتگی کودکان را تحت تأثیر قرار دهند، از وقوع مشکلات متعدد در آینده جلوگیری شود. از سوی دیگر، معرفی و کاربرست رویکردهای نوین در این حوزه، حائز اهمیت بسیاری است.

۳-۱ هدف پژوهش

تعیین تأثیر شن بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری (و مؤلفه های آن) کودکان پیش دبستانی

۱- ۴ فرضیه های پژوهش

- ۱- شن بازی درمانی باعث کاهش اختلال پرخاشگری/ بیش فعالی در کودکان می شود.
- ۲- شن بازی درمانی باعث کاهش اختلال اضطراب/ افسردگی در کودکان می شود.
- ۳- شن بازی درمانی باعث کاهش رفتارهای ناسازگار کودکان می شود.
- ۴- شن بازی درمانی باعث کاهش اختلال کمبود توجه در کودکان می شود.
- ۵- شن بازی درمانی باعث کاهش اختلال سلوک کودکان می شود.

۱- ۵ تعریف متغیرهای پژوهش

۱-۵-۱ تعریف نظری متغیرها

شن بازی درمانی: شن بازی درمانی یک روش روان درمانی است، که اجازه می دهد مراجعان جهان شنی مربوط به ابعاد وجود و شخصیت خود و یا واقعیت های شخصی و اجتماعی را توسط تعدادی مینیاتور در

^۱ - Schunk

جعبه شن ایجاد کنند. با تمرکز بر معانی منحصر به فردی که مراجعان برای توضیح جهان خود با استفاده از نمادها به کار می‌برند، درمانگر به درک بیشتری از مشکلات مراجع می‌رسد (بویک و گودوین^۱، ۲۰۰۰).

اختلال رفتاری: اختلالات رفتاری به شرایطی اطلاق می‌شود که در آن پاسخ‌های هیجانی و رفتاری در مدرسه با هنجارهای فرهنگی، سنی و قومی تفاوت داشته باشد بطوریکه بر عملکرد تحصیلی فرد، مراقبت از خود، روابط اجتماعی، سازگاری فردی، رفتار در کلاس و سازگاری در محیط کار نیز تأثیر منفی بگذارد (تایلور و اسمیت^۲، ۲۰۱۰). این اختلال بر اساس پرسشنامه راتر شامل پرخاشگری/بیش‌فعالی، اضطراب/افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، اختلال سلوک و کمبود توجه است.

پر خاشگری: رفتاری است که هدف آن صدمه زدن به خود یا دیگران می‌باشد (بارون^۳، ۲۰۰۷). پر خاشگری تأثیرات مخربی از جمله صدمه، حملات آسیب‌زا را به خود و دیگران، مرگ غیرمنتظره و رفتارهای پرخطر را ممکن است به دنبال داشته باشد (جنتری^۴، ۲۰۰۷).

بیش‌فعالی: به عنوان یک الگوی مداوم رفتار تکانشی و بیش‌فعالی است که به طور معمول در مرحله معینی از رشد دیده می‌شود. و در مقایسه با افرادی که در همان سطح از رشد قرار دارند، فراوان‌تر و شدیدتر است. نشانه‌ها معمولاً از اوایل کودکی شروع می‌شود و ممکن است در سرتاسر عمر به عنوان یک مشکل باقی بماند (کروس و همکاران^۵، ۲۰۰۱).

اضطراب: عبارت است از یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم هراس و دلواپسی با منشأ ناشناخته که فرد تجربه می‌کند و آن شامل عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژیکی است (لطفی و امیری، ۱۳۹۰). این هیجان دارای عاطفه منفی است و احساس نگرانی در مورد خطری که احتمال بروز دارد. نشانه‌های اضطراب در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان تقریباً یکی است، اما تظاهرات آن در سنین گوناگون متفاوت می‌باشد (پاچر^۶، مونیکا^۷ و هال^۸، ۱۳۸۸).

افسردگی: اختلال افسردگی به عنوان یک مسأله روانی که در آن شخص به گونه پایدار ناراحتی عمیق و مداوم و علاقه کاسته شده‌ای را در تمام فعالیت‌ها برای دوره‌ای حداقل دو هفته‌ای تجربه می‌کند، تعریف

¹- Boik & Goodwin

²-Taylor & Smith

³-Brown

⁴- Jentery

⁵-Kroes

⁶-Pacher

⁷- Munika

⁸- Hall

شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۸۱). علائم و نشانه‌های افسردگی در کودکان و نوجوان مشابه هستند (ویسمن^۱ و گاربر^۲، ۲۰۰۳).

ناسازگاری اجتماعی: به افرادی اطلاق می‌شود که دارای الگوی پایدار منفی کاری، لجبازی، خصومت و سرکشی در برابر قدرت است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۱). کودکان مبتلا به این اختلال، معمولاً با بزرگترها جر و بحث می‌کنند، از کوره در می‌روند و خشمگین، رنجیده خاطر و زود رنج هستند (نلسون-گری^۳، ۲۰۰۶).

اختلال سلوک: الگوی رفتاری تکراری و پایایی که طی آن حقوق ابتدایی دیگران با هنجارهای مهم اجتماعی یا قوانین مناسب با سن و سال نقض می‌شود. اختلال سلوک دارای نوع فرعی است یکی نوعی است که در اوایل کودکی مشاهده می‌شود و حداقل با یک نشانه از اختلال سلوکی پیش از ده سالگی همراه است. و نوع دیگر که در اوایل بلوغ ظاهر می‌شود و قبل از ده سالگی هیچ نشانه‌ای از وجود اختلال سلوکی در آن نیست (گرچن، گیمپل و هالند، ۱۳۸۳).

کمبود توجه: کودکان دارای این اختلال توانایی توجه دقیق به جزئیات را ندارند، علاقه‌ها و رغبت‌ها متنوع است، اندیشه‌ها در کودک به سرعت جانشین یکدیگر می‌شوند و رفتار پراکنده و فعالیت‌ها درهم و گاه اغراق آمیز است، یا در انجام تکالیف درسی یا سایر فعالیت‌ها، از روی بی‌احتیاطی مرتکب اشتباه می‌شوند (شفیعی، عطایی و صفری، ۱۳۸۸).

۱-۵-۲ تعریف عملیاتی متغیرهای پژوهش

شن بازی درمانی: شن بازی درمانی روش مداخله‌ای است که در آن فرد با استفاده از تعدادی اشیاء و اسباب بازی‌های کوچک در جعبه شن که دیواره‌ها و کف آن آبی است، تصویری را خلق می‌کند. مداخله شن بازی درمانی با استفاده از پروتکل بویک و گودوین (۲۰۰۰) ارائه می‌شود. این روش مداخله شامل ۱۰ جلسه‌ی چهل و پنج دقیقه‌ای هفتگی است. در پایان از تصویری که توسط مراجع ایجاد شده است، عکس گرفته می‌شود.

اختلال رفتاری: اختلال رفتاری نمره‌ای است که فرد در آزمون اختلال رفتاری (مقیاس راتر، ۱۹۶۷) کسب می‌نماید. در پرسشنامه راتر پنج بعد مختلف رفتاری مورد بررسی قرار می‌گیرد که در تحقیق حاضر نیز این ابعاد رفتاری مورد توجه‌اند، این ابعاد عبارتند از: پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری، اختلال سلوک و اختلال کمبود توجه.

¹-Weissman

²- Garber

³- Nelson-Gray