

Comparison of the Effectiveness of Acceptance-and-Commitment Play Therapy and its Integration with Training Mothers on Elementary School Children' Anxiety, Self-Esteem, and Self-Efficacy

Mortazavi, S.A., Nikrahan, *G.H.R., Sadoughi, M.

Abstract

Introduction: The present study aimed to compare effects of the Acceptance and Commitment Play Therapy combined with training mothers on anxiety, self-esteem, and self-efficacy of elementary-school students.

Method: The study administered an experimental design with a pretest-posttest, follow-up framework. A total sample of 45 students in 4th and 5th grade at Farsan city were randomly selected and divided to two experimental groups and one control group (n=15). The first experimental group received 8 sessions of the ACT play therapy, while the second group received the combined ACT play therapy and maternal training. No intervention made on the control group except empathic conversation sessions.

Subjects were completed the Spence Anxiety Questionnaire, the Morris Children and Adolescents Self-efficacy Questionnaire, and the Cooper Smith Self-Esteem Questionnaire in pre-test, post-test, and follow-up phases. The final dataset were analyzed by a repeated-measure MANOVA analysis.

Results: Results indicated that the ACT play therapy significantly increased the children's self-esteem and self-efficacy, whereas no significant effect found for their anxiety. The combined treatment in contrast significantly reduced anxiety and increased self-esteem and self-efficacy in children.

Conclusion: It could be concluded that although both treatments conveyed positive effects, the combined treatment was more effective than the isolated ACT play therapy.

Keywords: Acceptance and Commitment Play Therapy, Anxiety, Self-esteem, Self-efficacy, Children, Training Mothers.

مقایسه اثربخشی روش‌های بازی درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ترکیب آن با آموزش مادران بر اضطراب، عزت نفس و خودکارآمدی کودکان دبستانی

سیده اکرم مرتضوی^۱، غلامرضا نیک‌راهان^۲، مجید صدوقی^۳

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۴/۱۴ تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۰/۲۶

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه تأثیر بازی‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ترکیب آن با آموزش مادران بر اضطراب، عزت نفس و خودکارآمدی کودکان دبستانی انجام شد.

روش: پژوهش از یک طرح آزمایشی با چارچوب پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با دوره پیگیری بهره می‌برد. از بین کودکان مضطرب کلاس چهارم و پنجم شهر فarsan، نمونه ای ۴۵ نفره به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل ۱۵ نفره تقسیم شدند. گروه آزمایشی اول ۸ جلسه مداخله بازی‌درمانی مبتنی بر اکت و گروه دوم بازی‌درمانی مبتنی بر اکت همراه با آموزش مادران را دریافت کردند. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای جز جلسات همدلانه دریافت نکردند. آزمودنی‌ها در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به پرسشنامه مقیاس اضطراب اسپنس، خودکارآمدی کودکان و نوجوانان موريس و پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت پاسخ دادند. داده‌ها با روش مانووا با اندازه‌های مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بازی‌درمانی مبتنی بر اکت بطور معنادار موجب افزایش عزت نفس و خودکارآمدی کودکان دبستانی می‌شود، اما بر اضطراب آنان تأثیری نداشته است. دخرمان ترکیبی بطور معناداری به کاهش اضطراب و افزایش عزت نفس و خودکارآمدی کودکان انجامیده است.

نتیجه‌گیری: اگرچه هر دو نوع درمان آثار مثبتی بر متغیرهای مورد مطالعه داشته‌اند اما درمان ترکیبی روش مداخله مؤثرتری بود.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بازی‌درمانی، اضطراب، عزت نفس، خودکارآمدی، کودکان، آموزش مادران.

مقدمه

از سوی دیگر، خودکارآمدی به باورهایی همانند قابلیت کنار آمدن با زندگی و شایستگی اطلاق می‌شود (۹). کودکی که از احساس خودکارآمدی برخوردار نیست، برای مبارزه و چالش با محیط، تلاش نمی‌کند و در شرایط معین دچار ترس و اضطراب می‌شود (۱۰). افراد با سطوح خودکارآمدی پایین در شایستگی‌ها، توانایی‌ها و قابلیت‌های خود تردید دارند و خود را در مواجهه با محیط ناتوان می‌بینند. از طرفی افراد برخوردار از سطوح بالای خودکارآمدی، توانایی مقابله با چالش‌ها و مشکلات را دارند و هر پیروزی و موفقیتی باعث بالا رفتن اعتماد به خود در آنها می‌گردد (۱۱). در واقع، خودکارآمدی نقش مؤثری در نحوه مبارزه با مشکلات، تحت کنترل درآوردن خطرات بالقوه و انجام صحیح فعالیت‌ها برای رسیدن به اهداف و انطباق با شرایط دارد (۱۱، ۱۲).

با توجه به نیازها و ظرفیت‌های ویژه کودک، روان‌درمانگران برای ارتباط برقرار کردن و مداخله مؤثرتر، از فعالیت‌های روزمره کودک همانند بازی‌درمانی استفاده می‌کنند. بازی‌درمانی با ایجاد جوی پذیرا، آرام و آزاد برای کودک آسیب دیده و رنجور این شرایط را فراهم می‌آورد تا بدون اینکه ساختار درمانی از پیش تعیین شده باشد، آزادانه احساسات و باورهای خویش و دیگران را کشف کند. لازم به ذکر است که این تجربه با بازی با همشیره‌ها، دوستان و والدین کودک متفاوت است (۱۳). برخی درمانگران کودک اعتقاد دارند که کودکان در ابراز و بیان احساسات و هیجان‌هایشان از راه کلام به اندازه و سطح بزرگسالان از توانایی برخوردار نیستند، بر این اساس در روش‌های غیررهنمودی همانند بازی‌درمانی که در آنها اسباب بازی‌ها و کلمات نقش زبان کودک را ایفا می‌کنند، این امکان برای کودکان جهت خودابرازی و تخلیه احساسی و هیجانی می‌گردد (۱۴). رویکردهای گوناگونی در بازی‌درمانی وجود دارند که بر اساس اطلاعات در دسترس ما بجز یک پژوهش منتشر نشده (۱۵) تمامی بازی‌درمانی‌های موجود بر اساس موج اول و دوم روان‌درمانی طراحی شده‌اند. این در حالی است که روان‌درمانی موج سوم از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ (اکت) در حیطه روان‌درمانی، روندی رو به رشد داشته است. درمان اکت شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه،

لزوم توجه به رشد جسمی، رفتاری، هیجانی و روانی کودکان همواره مورد تأکید و توجه روانشناسان بوده است. به گونه‌ای که در بیست و پنج سال اخیر مشکلات و مسایل رفتاری، هیجانی و اجتماعی کودکان به عنوان یکی از موضوع‌های اصلی و عمده روان‌شناسی و روانپزشکی مطرح است (۱). از جمله مشکلات و مسایل کودکان که همواره مورد توجه قرار داشته اضطراب کودکان است. اضطراب، نگرانی بیش از اندازه در مورد موقعیت‌های دارای نتایج نامطمئن است (۲). اضطراب شروع شده در دوران کودکی از عوامل خطرزای مهم برای دیگر اختلالات هیجانی و رفتاری همانند افسردگی، اختلالات تغذیه و خوردن، اضطراب نوجوانی و بزرگسالی و اختلالات جسمی است (۳). ماهیت اضطراب به شکلی است که به تدریج کودک را در دنیای تنهایی خود می‌برد و میان برداشت کودک از خود واقعی و خود آرمانی‌اش، فاصله می‌اندازد. این روند در بزرگسالی منجر به تحریف واقعیت‌ها و پایین آمدن عزت‌نفس می‌شود (۴). در واقع، افراد برای مبارزه با اضطراب، به عزت‌نفس نیاز دارند. بر این اساس، از عزت‌نفس به عنوان سپری در برابر اضطراب نام برده می‌شود (۵).

عزت‌نفس به معنای قضاوت شخصی از ارزشمندی خود بوده و به نگرش فرد از خود اشاره دارد. افراد با بررسی چگونگی عملکرد خود در مقایسه با دیگران به این قضاوت دست می‌یابند. عزت‌نفس چگونگی احساس فرد درباره خود است و بر همه افکار، ادراکات، هیجانات، ارزش‌ها و اهداف شخصی نفوذ دارد (۶). افراد با عزت‌نفس بالاتر، در موقعیت‌های پر استرس، احساس خود ارزشمندی خود را حفظ کرده و احساس اعتماد بیشتری نسبت به مهارت‌های خود دارند و این اطمینان موجب رویارویی مؤثر آنان با مشکلات و مسایل زندگی می‌گردد (۷). در مقابل، افراد دارای عزت‌نفس پایین، به طور آشکاری به دلیل خود کم‌بینی به خودشان آسیب می‌رسانند و مدام از خود انتقاد می‌کنند. به گونه‌ای که خودانتقادی یکی از روش‌های معمول این افراد است و چنین افرادی با عواطفی مانند غمگینی، احساس گناه، حقارت، شرمندگی، ناکامی و عصبانیت و اضطراب و نیز احساس خودکارآمدی پایین روبرو خواهند شد (۸).

1- Acceptance-and-Commitment Therapy (ACT)

رویکردهای رایج درمانی موج سوم رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) است که پژوهش حاضر با سازگار کردن آن برای کودکان، این نوع از درمان را به شکل بازی درمانی به حیطة روان درمانی کودکان می‌آورد.

علاوه بر بررسی اثربخشی این نوع جدید از درمان، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال نیز بوده است که آیا اجرای مستقل این نوع از درمان بر روی کودکان بدون حضور مادران مؤثرتر خواهد بود یا با حضور مادران؟ اجرای مستقل بازی درمانی اکت بر روی کودکان بدون حضور مادران دارای این حسن است که استفاده از آن را آسان می‌سازد و در شرایطی که درمانگران نمی‌توانند از حضور و همکاری مادران مطمئن باشند نیز قابلیت‌های خود را از دست نمی‌دهد. در حالی که بهره‌گیری از حضور فعال مادران و مشارکت فعال آنها در فرآیند درمان - با در نظر گرفتن نقش مادران در شکل‌گیری اختلالات روانی و نیز درمان آنها و همچنین افزایش احتمال ادامه جلسات درمان و سایر مزایای آن - حائز اهمیت است و امکان ماندگاری درمان را پس از پایان جلسات افزایش می‌دهد (۲۸، ۲۹). به همین خاطر مقایسه این دو روش اجرا نیز حائز اهمیت خواهد بود. بنابر آنچه گفته شد مسأله اصلی این پژوهش مقایسه اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ترکیب آن با آموزش مادران بر اضطراب، عزت‌نفس و خودکارآمدی کودکان دبستانی بوده است. بنابراین، انتظار می‌رود بازی‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به کودکان و روش درمان ترکیبی (آموزش استعاره‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران و بازی‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به کودکان) بر اضطراب، عزت‌نفس و خودکارآمدی کودکان دبستانی مؤثر باشند. همچنین، انتظار می‌رود بین اثربخشی دو روش بازی‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به کودکان و درمان ترکیبی (بازی درمانی مبتنی بر اکت توأم با آموزش مادران) بر اضطراب، عزت‌نفس و خودکارآمدی کودکان دبستانی تفاوت معناداری وجود داشته باشد.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پیگیری بود. در این پژوهش، درمان در دو نوع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کودکان و نیز درمان ترکیبی شامل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون مراقبت ذهنی است (۱۶). هدف نهایی این مدل افزایش فراوانی ارزشمند زیستن است. این موضوع که بخش قابل توجهی از پریشانی روان‌شناختی جزء بهنجار تجربه انسان است، فرض اصلی درمان پذیرش و تعهد می‌باشد (۱۷). هدف اصلی در این درمان برقراری توانایی انتخاب عملی در بین انتخاب‌های مختلفی است که متناسب‌تر باشد و نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا به فرد تحمیل شود، که این به معنای انعطاف‌پذیری شناختی است (۱۸).

مطالعات ارزشمندی در زمینه متغیرهای مورد بررسی پژوهش حاضر در داخل و خارج از ایران به انجام رسیده است که از آن جمله می‌توان به برخی پژوهش‌های زیر اشاره نمود. باگرلی و پارکر (۱۹) در پژوهشی نشان دادند که بازی‌درمانی بر عزت‌نفس، و اضطراب مؤثر است. مطالعات لندرث، ری و براتون (۲۰) نشان دادند که بازی‌درمانی تأثیر مثبتی بر روی رفتار و هیجانات کودکان دارد. همچنین هات-بوکز و اسکیتینی (۲۱) نشان دادند که بازی‌درمانی گروهی سبب مشخص شدن پرخاشگری کودکان پیش دبستانی و بهبود مهارت‌های اجتماعی آنها مؤثر است. کریستین، میانی-والین و تلینگ (۲۲) نیز در پژوهشی اثربخشی بازی‌درمانی آدلری را بر بهبود مهارت‌های اجتماعی نشان داده‌اند. سالتز، بیمیش و دیویس (۲۳) هم در پژوهشی تأثیر بازی‌درمانی کودک محور را بر رشد اجتماعی و عاطفی کودکان نشان دادند. همچنین، پژوهش‌هایی در داخل همچون اثربخشی بازی‌درمانی گروهی بر اضطراب، احساسات مثبت و سازگاری (۲۴)؛ تأثیر بازی‌درمانی گروهی به شیوه مراجع محوری بر ترس و اضطراب کودکان (۱۳)؛ اثر بازی درمانی بر عزت‌نفس (۲۵)؛ اثربخشی بازی‌درمانی گروهی بر علائم لجبازی- نافرمانی کودکان؛ تأثیر بازی‌درمانی بر توانایی و مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال بیش جنبشی توأم با کاستی توجه (۲۶) و اثربخشی بازی‌درمانی در بهبود باورهای خودکارآمدی و مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان (۲۷)، اثربخشی روش بازی‌درمانی بر متغیرهای مورد پژوهش را تأیید کرده‌اند؛ با اینحال به رغم پیدایش و پیامدهای مثبت موج سوم روان درمانی هنوز بازی درمانی‌های موج سوم گسترش نیافته‌اند. یکی از

مقیاس اضطراب اسپنس دارای زیر مقیاس‌هایی است که به شرح زیر می‌باشند. ۱. هراس و ترس از فضای باز ۲. اضطراب جدایی ۳. ترس از آسیب فیزیکی ۴. ترس اجتماعی (فوبی)، ۵. وسواس فکری - عملی؛ و ۶. اضطراب عمومی. روش نمره‌گذاری به صورت لیکرتی (هرگز: صفر تا همیشه: ۳) انجام می‌گیرد. نمره کلی تست از مجموع نمرات زیر مقیاس‌ها بدست می‌آید. که حداکثر نمره در این مقیاس ۱۱۴ می‌باشد. در بسیاری از کشورها مثل هلند، بلژیک، آلمان و انگلیس از این مقیاس استفاده شده و روایی و پایایی بالایی را آن گزارش کرده‌اند (۳۱). در ایران نیز این مقیاس توسط موسوی و همکاران بر روی ۴۵۰ نفر از دانش‌آموزان دختر و پسر هنجاریابی شده است که حاکی از روایی و پایایی بالایی این مقیاس است و ضریب آلفای کرونباخ برای حالت کلی اضطراب ۰/۸۹ گزارش شده است. همچنین برای مؤلفه‌های ترس از فضای باز، اضطراب جدایی، ترس از آسیب فیزیکی، اضطراب اجتماعی، وسواس عملی-فکری و اضطراب فراگیر ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۵؛ ۰/۶۹؛ ۰/۶۵؛ ۰/۶۷؛ ۰/۶۲؛ ۰/۷۲ گزارش شده است.

۲- پرسشنامه عزت‌نفس کوپر اسمیت: این پرسشنامه توسط کوپر اسمیت (۳۲) تهیه شد. کوپر اسمیت این پرسشنامه را برای کودکان و نوجوانان سنین ۸ تا ۱۹ سال مناسب می‌داند. این پرسشنامه دارای ۵۸ ماده است که بصورت بلی (به من شبیه نیست) یا خیر (به من شبیه نیست) پاسخ داده می‌شود و در مجموع شامل ۴ خرده مقیاس اصلی شامل مقیاس عمومی (۲۶ ماده)، مقیاس اجتماعی (۸ ماده)، مقیاس خانوادگی (۸ ماده)، مقیاس تحصیلی یا شغلی (۸ ماده) و یک زیر مقیاس دروغ‌سنج (۸ ماده‌ای که نمره‌گذاری نمی‌شود) می‌باشد. بدیهی است که حداقل نمره‌ای که یک فرد می‌تواند بگیرد صفر و حداکثر آن ۵۰ خواهد بود. هرچه نمره فرد به ۵۰ نزدیکتر باشد نشان‌دهنده عزت‌نفس بالاتر است. چنانچه پاسخ دهنده از ۸ عبارت دروغ‌سنج بیش از ۴ نمره بیاورد، نشان دهنده آن است که سعی کرده خود را بهتر از آن چیزی که هست جلوه دهد. نتایج پژوهش بیانگر آن است که این آزمون اعتبار و روایی مقبولی دارد. ضریب

کودکان به همراه آموزش مادرانشان، به عنوان متغیر مستقل، و اضطراب، عزت‌نفس و خودکارآمدی متغیرهای وابسته بودند.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری کلیه کودکان دبستانی کلاس چهارم و پنجم دبستانی شهر فارسان بودند. ابتدا ۳۰۰ نفر از دانش‌آموزان کلاس‌های چهارم و پنجم شهر فارسان به شیوه تصادفی انتخاب و در مورد متغیرهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. و از میان آنها ۴۵ نفر که بالاترین میزان اضطراب را در میان افراد نمونه انتخاب شده داشتند و نیز تمایل خود را برای شرکت در پژوهش اعلام نمودند انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. ملاک‌های ورود شامل داشتن سن ۱۰ و ۱۱ سال، داشتن اضطراب نسبی بالاتر از سایر افراد نمونه اولیه و داشتن رضایت از سوی والدین کودکان برای طی همه مراحل پژوهش بود. ملاک‌های خروج شامل ابتلاء به بیماری‌های خاص ناتوان‌کننده برای شرکت در جلسات یا دریافت مداخلات روانشناختی دیگری جز مداخله پژوهش حاضر در نظر گرفته شد. پس از آن اعضای گروه‌های آزمایش پس از توضیح کامل در مورد پژوهش و اعلام رضایت از جانب والدین‌شان، به مدت هشت جلسه، به صورت هر هفته یک جلسه ۷۵ دقیقه‌ای وارد درمان شدند. گروه آزمایش اول، بازی‌درمانی مبتنی بر اکت^۱ را دریافت نمودند، گروه آزمایش دوم، بازی‌درمانی مبتنی بر اکت کودکان را همراه با آموزش مادران دریافت کردند و گروه کنترل نیز جلسات گفتگو را به عنوان کنترل فعال گذرانده و هیچ آموزشی دریافت نکردند. محتوای جلسات بازی‌درمانی و درمان ترکیبی توسط نیک‌راهان ایجاد شد و روایی آن از سوی صاحب نظران اکت در ایران با شاخص روایی بسیار مناسب مورد تأیید قرار گرفت (۱۵). کلیه آزمودنی‌ها تمام ابزار پژوهش را در نوبت پیش‌آزمون، پس‌آزمون (یک هفته پس از اتمام ۸ جلسه مداخله گروهی) و پیگیری (یک و نیم ماه بعد از پس‌آزمون) تکمیل کردند.

ابزار

۱- مقیاس اضطراب کودکان اسپنس (SCAS): این مقیاس توسط اسپنس (۳۰) طراحی و از ۴۵ عبارت تشکیل می‌شود که ۳۸ عبارت آن نمره‌گذاری شده و شش عبارت آن که عبارت‌های پرسشی مثبت هستند، محاسبه نمی‌شوند.

1- ACPT (Acceptance and commitment play therapy)

است و توانایی آزمودنی را در موقعیت‌های مختلف می‌سنجد. موریس (۳۵) ساختار سه عاملی مقیاس در سه حیطه اجتماعی، تحصیلی و هیجانی را نشان داد. پایایی مقیاس نیز مطلوب گزارش شده و ثبات درونی آن ۰/۸۰ محاسبه شده است. در مطالعه موریس (۳۵) علاوه بر بررسی روایی همگرا و واگرایی مقیاس، پایایی کل مقیاس ۰/۷۰؛ خودکارآمدی اجتماعی ۰/۷۸؛ خودکارآمدی هیجانی ۰/۸۰؛ خودکارآمدی تحصیلی ۰/۸۷ گزارش شده است. در مطالعه طهماسیان (۳۶) همسانی درونی کل مقیاس ۰/۷۳؛ خودکارآمدی اجتماعی ۰/۶۶؛ خودکارآمدی هیجانی ۰/۸۴ و خودکارآمدی تحصیلی ۰/۷۴ گزارش شد. پایایی بازآزمایی نیز برای کل مقیاس ۰/۸۹؛ خودکارآمدی اجتماعی ۰/۸۱؛ خودکارآمدی هیجانی ۰/۸۸ و خودکارآمدی تحصیلی ۰/۸۷ گزارش شده است.

اعتبار این آزمون در ایران بر روی ۶۰۰ نفر دانش‌آموز دختر و پسر با روش بازآزمایی با فاصله چهار هفته و ۱۲ روز به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۸۰ گزارش شده است. ضریب همسانی درونی گزارش شده بین ۰/۸۹ تا ۰/۸۳ در مطالعات مختلف متغیر بوده است (۳۳). در مطالعه امانی (۳۴) ضریب پایایی این آزمون با روش بازآزمایی با فاصله چهار هفته و دوازده روز به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۸۰ گزارش شده است.

۳- پرسشنامه خودکارآمدی کودکان و نوجوانان (SEQ-C): پرسشنامه خودکارآمدی کودکان و نوجوانان توسط موریس (۳۵) و با اقتباس از پرسشنامه خودکارآمدی بندورا، باربارانلی، کاپارا، پاستورلی در سال ۱۹۹۶ ساخته شده است. پرسشنامه خودکارآمدی کودکان و نوجوانان شامل ۲۳ ماده است که از سه خرده آزمون خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و خودکارآمدی هیجانی تشکیل شده

جدول (۱) محتوای جلسات بازی‌درمانی مبتنی بر شیوهی اکت

جلسه	اهداف	توصیف
اول	ذهن‌آگاهی و آشنایی با دنیای درون	بازی شناساندن احساس: در ابتدای جلسه در مورد احساسات مثبت و منفی صحبت شد و در مورد خاطرات و امیال، بحث شد و به آموزش بازی خاطره‌ی خوب و بد و پس از آن اجرای بازی توسط شرکت‌کنندگان پرداخته شد.
دوم	شفاف‌سازی ارزش‌ها	بازی کشتی و ناخدا: تقسیم کردن شرکت‌کنندگان به دو گروه و انجام بازی کشتی و ناخدا با اجرای دستور نجات کشتی‌های کاغذی از خیس خوردن و غرق شدن برای یک گروه و یک دستور بی ارتباط با سرنوشت کشتی‌ها برای گروه دیگر. سپس بررسی هدف‌های مهم شرکت‌کنندگان و بحث در مورد داشتن هدف در زندگی و دنبال کردن آن هدف‌ها
سوم	معرفی راهبردهای کنترلی ناکارآمد، عمل متعهدانه	ببر بادکنکی: بحث در مورد ترس‌ها، اضطراب‌ها و ناراحتی‌های شرکت‌کنندگان، و تشبیه آنها به ببر بادکنکی و شروع بازی با باد کردن بادکنک توسط درمانگر و شرکت‌کنندگان و نیز بحث در مورد چگونگی برخورد با اضطراب و ترس‌ها
چهارم	پذیرش، گسلش، عمل متعهدانه	بازی اتوبوس: انجام بازی توسط درمانگر و تقسیم کردن شرکت‌کنندگان به دو گروه و انجام بازی اتوبوس و بحث در مورد سر و صداهای دنیای درون به عنوان مسافران اتوبوس و چگونگی برخورد با آنها
پنجم	ذهن‌آگاهی و تماس با لحظه‌ی اکنون	بچه‌های آرام: آموزش تکنیک‌های مراقبه به بچه‌ها و آموزش طریقه‌ی استفاده از حواس پنج‌گانه در موقعیت‌های مختلف
ششم	تماس با لحظه‌ی اکنون	بازی زندگی در لحظه اکنون: آموزش خوردن پسته یا کشمش با ذهن‌آگاهی به بچه‌ها و بحث در مورد لذت بردن از اطراف خود با ذهن‌آگاهی و حواس پنج‌گانه
هفتم	من متعالی یا خود به عنوان زمینه	بازی من رویین تن و من آینه: انجام بازی من رویین تن با شمشیرهای کاغذی و بی‌خطر احساسات، بحث در مورد احساسات بد و خوب و انجام بازی من آینه توسط شرکت‌کنندگان و مشاهده رنگ‌ناپذیری آینه از تصاویر، بحث در مورد تأثیر نیافتن من متعالی از طریق من رویین تن و من آینه
هشتم	یادآوری و سازماندهی هر شش فرآیند اکت برای رسیدن به انعطاف‌پذیری روانشناختی	بازی چه کسی می‌تواند داستان بهتری از بازی‌ها بگوید: از بچه‌ها خواسته شد تا داستانی شامل همه بازی‌ها را به صورت نمایش اجرا کنند به نحوی که در آن همه بازی‌ها با هم مرتبط شده بودند. در پایان برای بچه‌ها توضیح داده شد که وقتی خستگی، اضطراب، دلشوره و نگرانی به سراغمان می‌آید، آنچه اهمیت دارد این است که این احساسات و حالات درونی نباید ما را از اهدافمان دور کنند.

جلسه به توصیف هر بازی و نیز اهداف مرتبط با هر بازی پرداخته شده است.

جدول ۱ محتوای هشت جلسه بازی‌درمانی گروهی مبتنی بر شیوه اکت را نشان می‌دهد چنانچه ملاحظه می‌گردد در هر

جدول ۲) محتوای جلسات آموزش ترکیبی مادران به شیوهی اکت

جلسه	اهداف	توصیف
اول	پذیرش؛ گسلش، عمل متعهدانه	استعاره اتوبوس + بازی اتوبوس: آموزش استعاره اتوبوس بر اساس درمان اکت توسط درمانگر، بحث در مورد دنیای درون و چگونگی برخورد با آنها، آموزش بازی اتوبوس برای مادران
دوم	ذهن‌آگاهی و آشنایی با دنیای درون	بازشناساندن احساس: بحث در مورد اضطراب کودکان و دلایل و آثار آن، بحث در مورد احساسات و افکار، بحث در مورد خاطرات و امیال و آموزش بازی شناساندن احساس به مادران
سوم	شفاف‌سازی ارزش‌ها	استعاره کشتی و ناخدا + بازی کشتی و ناخدا: آموزش استعاره اتوبوس بر اساس درمان اکت، بررسی هدف‌های مهم شرکت‌کنندگان در بحث در مورد اهمیت داشتن هدف در زندگی و دنبال کردن آن هدف‌ها، آموزش بازی کشتی و ناخدا
چهارم	معرفی راهبردهای کنترلی ناکارآمد، عمل متعهدانه	استعاره ببر بادکنکی + بازی ببر بادکنکی: بحث در مورد ترس‌ها، اضطراب و ناراحتی‌های شرکت‌کنندگان، بحث در مورد راهبردهای کنترلی ناکارآمد، عمل متعهدانه، آموزش استعاره ببر همراه با آموزش بازی ببر بادکنکی به مادران، بحث در مورد چگونگی برخورد با ترس‌ها
پنجم	من‌متعالی یا خود به عنوان زمینه	استعاره صفحه شطرنج + بازی من رویین‌تن و من آینه: آموزش استعاره صفحه شطرنج به مادران بر اساس درمان اکت، بحث در مورد عدم ارزش‌گذاری احساسات بد و خوب، بحث در مورد امکان تأثیر نداشتن غم‌ها، اضطراب‌ها و نگرانی‌ها، آموزش بازی من رویین‌تن و من آینه به مادران
ششم	ذهن‌آگاهی و تماس با لحظه اکنون	ذهن‌آگاهی + استعاره بچه‌های آرام: آموزش تکنیک‌های مراقبه و آموزش طریقه‌ی استفاده از حواس پنج‌گانه در موقعیت‌های مختلف، آموزش بازی بچه‌های آرام به مادران
هفتم	تماس با لحظه اکنون	زندگی در لحظه اکنون: آموزش خوردن کشمش با ذهن‌آگاهی، بحث در مورد لذت بردن از اطراف خود با ذهن‌آگاهی و حواس پنج‌گانه و آموزش بازی زندگی در لحظه اکنون به مادران
هشتم	یادآوری و سازماندهی هر شش فرآیند اکت برای رسیدن به انعطاف روان‌شناختی	چه کسی می‌تواند داستان بهتری از بازی بگوید: از مادران خواسته شد تا ارتباط همه مؤلفه‌های مطرح شده در جلسات گذشته را بیابند و بگویند. سپس داستانی از همه بازی‌ها را به صورت نمایش اجرا کنند و آن را به صورت بازی با کودکان‌شان در منزل اجرا کنند. در جمع‌بندی برای مادران توضیح داده شد که وقتی خستگی، اضطراب، دلشوره و نگرانی به سراغ ما و کودکان‌مان می‌آید ما و آنها باید بیاموزیم در چنین موقعیت‌هایی نباید از اهدافمان دور شویم، از زندگی لذت ببریم و به آینده‌ی روشن نرسیم. آنچه اصالت دارد حرکت به سمت هدف است.

توزیع نمرات متغیرهای عزت‌نفس، خودکارآمدی و اضطراب در هر سه گروه بازی‌درمانی مبتنی بر اکت کودکان، درمان ترکیبی (بازی‌درمانی مبتنی بر اکت کودکان توأم با آموزش مادران) و گروه کنترل در دامنه آماره شاپیرو ویلک برابر با $p=0/053$ و $df=15$ تا شاپیرو ویلک برابر با $0/94$ و $df=15$ و $p=0/89$ قرار داشت و به عبارت دیگر، توزیع نمونه‌ای نمرات همه مقیاس‌ها دارای توزیع نرمال است. لذا تحلیل حاضر جهت استفاده از آزمون‌های پارامتریک با محدودیتی مواجه نیست.

جدول ۲ نیز محتوای هشت جلسه ترکیب بازی‌درمانی گروهی با آموزش مادران مبتنی بر رویکرد اکت را نشان می‌دهد و چنانچه ملاحظه می‌شود در هر جلسه نوع استعاره و آموزش بازی و نیز اهداف هر جلسه را نشان می‌دهد.

یافته‌ها

داده‌ها در پژوهش حاضر با روش تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند؛ لذا ابتدا آماره‌های توصیفی، سپس پیش‌فرض‌های اساسی مثل آزمون موخلی، آزمون همگنی و واریانس‌کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت.

مفروضه نرمال بودن از طریق آزمون شاپیرو ویلک بررسی شد) به علت تعداد کم گروه‌ها این آزمون توان بالاتری در بررسی نرمال بودن نسبت به آزمون کالموگروف اسمیرنوف دارد) که نتایج بدست آمده نشان داد پیش‌فرض نرمال بودن

جدول ۳) میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های عزت‌نفس، اضطراب و خودکارآمدی در گروه‌های آزمایش و فعال

مقیاس	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
عزت‌نفس	بازی‌درمانی مبتنی بر اکت کودکان (ACPT)	۲۷/۲۰	۸/۱۶	۳۵/۳۳	۲/۲۵	۳۵/۵۳	۲/۴۴
	ترکیبی (ACPT + آموزش مادر)	۲۸/۴۶	۵/۶۱	۳۷/۴۶	۴/۰۵	۳۶/۳۶	۴/۲۲
	کنترل توجه	۲۹/۷۳	۵/۵۷	۲۸/۶۰	۵/۶۶	۲۸/۶۶	۳/۲۲
اضطراب	بازی‌درمانی مبتنی بر اکت کودکان (ACPT)	۵۱/۱۳	۱۱/۲۹	۴۷/۳۳	۳/۱۷	۴۴/۱۳	۶/۱۳
	ترکیبی (ACPT + آموزش مادر)	۴۴/۲۰	۳/۸۳	۳۰/۴۰	۶/۵۸	۲۷/۶۰	۹/۹۰
	کنترل توجه	۴۷/۷۳	۶/۷۰	۴۹/۷۳	۳/۴۷	۴۷/۲۶	۷/۱۰
خودکارآمدی	بازی‌درمانی مبتنی بر اکت کودکان (ACPT)	۶۱/۷۶	۱۲/۸۶	۷۶/۰۶	۹/۴۵	۸۲/۵۳	۹/۴
	ترکیبی (ACPT + آموزش مادر)	۶۲/۹۷	۱۲/۴۷	۷۹/۹۳	۱۲/۷۴	۸۱/۰۶	۱۳/۲۱
	کنترل توجه	۶۵/۵۲	۱۳/۷۲	۶۴/۸۰	۹/۱۲	۶۱/۸۶	۱۲/۰۱

متغیری مربوط به این متغیرها استفاده می‌شود. با وجود اینکه گزارش اصلاح اپسیلون هیون-فلدت فقط برای عزت‌نفس ضروری است اما بمنظور احتیاط بیشتر برای هر سه متغیر گزارش شده است. خلاصه نتایج آزمون تک-متغیری اندازه‌گیری مکرر در جدول ۴ گزارش شده است.

با توجه به جدول ۴، صرف نظر از نوع مداخله، بین زمان‌های اندازه‌گیری در هر سه متغیر عزت‌نفس، اضطراب و خودکارآمدی در سطح خطای کمتر از ۰/۰۱ تفاوت معنادار وجود دارد و به ترتیب حدود ۳۲ و ۲۸ و ۳۰ درصد از واریانس این سه متغیر توسط زمان اندازه‌گیری تبیین می‌شود. همچنین، با توجه به قسمت تعامل جدول ۴، در هر سه شاخص عزت‌نفس، اضطراب و خودکارآمدی در سطح خطای کمتر از ۰/۰۱ بین نوع مداخله (گروه بازی‌درمانی مبتنی بر اکت کودکان و گروه درمان ترکیبی اکت کودکان توأم با آموزش مادرانشان و گروه کنترل) (و زمان اندازه‌گیری) پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تعامل وجود دارد؛ به عبارت دیگر میزان تفاوت در زمان‌های اندازه‌گیری بستگی به نوع مداخله دارد.

همچنین، آزمون مقابله‌های درون گروهی نشان داد که اثرات زمان و اثرات تعامل زمان و گروه برای تمام متغیرهای عزت‌نفس، اضطراب و خودکارآمدی در تمام مقابله‌های زوجی زمان‌ها (مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیش‌آزمون و پیگیری) معنادار بود. با توجه به معناداری اثر بین آزمودنی (گروه) در هر سه متغیر عزت‌نفس اضطراب و خودکارآمدی، مقایسه زوجی گروه‌ها از طریق آزمون تعقیبی LSD در جدول ۵ ارائه شده است.

آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (اثر درون آزمودنی) نشان داد در تحلیل واریانس چند متغیری اثر زمان با مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰/۳۰، معنادار ($\eta^2=0/69$ ، $p=0/001$)، $F(6, 37)=13/94$ است که به معنای وجود تفاوت بین سه اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است، بدین معنی که گروه‌ها در زمان با تغییراتی همراه بوده‌اند. همچنین نتایج اثر زمان×گروه با مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰/۳۱، معنادار ($\eta^2=0/43$)، $F(12, 34)=4/80$ ، $p=0/001$ بود که این معناداری با توجه به معناداری زمان بدین معنی است که این تغییرات صورت گرفته در طی زمان، برای گروه‌های مداخله و کنترل متفاوت بوده است. مقدار لامبدای ویلکز مربوط به اثر گروه برابر با ۰/۲۰، معنادار ($\eta^2=0/54$)، $p=0/001$ ، $F(6, 15)=15/89$ است که به معنای وجود تفاوت بین سه گروه بازی‌درمانی مبتنی بر اکت کودکان، بازی‌درمانی مبتنی بر اکت کودکان توأم با آموزش مادران و گروه کنترل است که حاکی از مؤثر بودن حداقل یکی از آنهاست.

نتایج آزمون موخلی درباره فرض کرویت که از پیش فرض‌های تحلیل واریانس مختلط است، نشان می‌دهد که این آماره تنها برای متغیر خودکارآمدی ($p=0/44$)، $df=2$ ، $X^2=1/64$ ، $w=0/96$ و اضطراب ($p=0/051$)، $df=2$ ، $X^2=5/95$ ، $w=0/86$ برآورده شده است. اما مفروضه کرویت در عامل زمان در مورد متغیر عزت‌نفس ($p=0/00$)، $df=2$ ، $X^2=24/39$ ، $w=0/55$ رعایت نشده است. بنابراین، با توجه به رهنمود بریس، کمپ و سنلگار (۱۳۸۸) و کم بودن حجم نمونه از اصلاح اپسیلون هیون-فلدت برای آزمون تک-

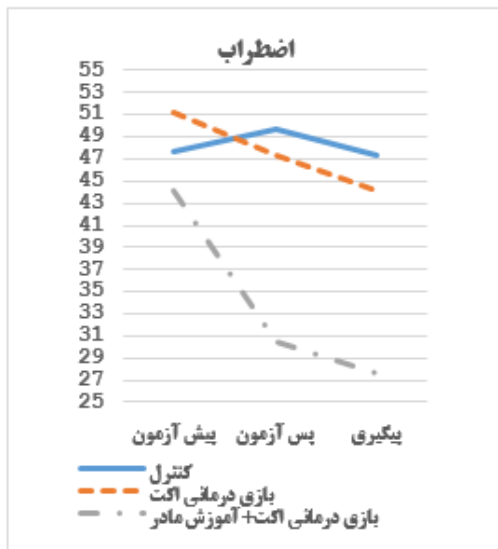
جدول ۴) خلاصه آزمون تک‌متغیری اندازه‌گیری مکرر برای زمان و تعامل زمان و نوع مداخله

منبع تغییرات	متغیر وابسته	نوع آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	اتا	توان آزمون
درون آزمودنی (زمان)	عزت‌نفس	با فرض کرویت	۸۰۹/۶۱	۲	۴۰۴/۸۰	۲۰/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۱/۰۰
		اپسیلون هیون-فلدت	۸۰۹/۶۱	۱/۴۸	۵۴۶/۸۲	۲۰/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۱/۰۰
	اضطراب	با فرض کرویت	۱۴۹۰/۴۱	۲	۷۴۵/۲۰	۱۶/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۱/۰۰
		اپسیلون هیون-فلدت	۱۴۹۰/۴۱	۱/۹۲	۷۷۶/۰۷	۱۶/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۱/۰۰
	خودکارآمدی	با فرض کرویت	۳۷۹۳/۵۸	۲	۱۸۸۹۶/۷۹	۲۱/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۱/۰۰
		اپسیلون هیون-فلدت	۳۷۹۳/۵۸	۲	۱۸۸۹۶/۷۹	۲۱/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۱/۰۰
تعامل زمان و نوع مداخله	عزت‌نفس	با فرض کرویت	۶۰۱/۵۴	۴	۱۵۰/۳۸	۷/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۲۶	۰/۹۹
		اپسیلون هیون-فلدت	۶۰۱/۵۴	۲/۹۶	۲۰۳/۱۵	۷/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۲۶	۰/۹۹
	اضطراب	با فرض کرویت	۱۲۹۸/۶۹	۴	۳۲۴/۶۷	۷/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۹۹
		اپسیلون هیون-فلدت	۱۲۹۸/۶۹	۳/۸۴	۳۳۸/۱۲	۷/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۹۸
	خودکارآمدی	با فرض کرویت	۳۰۷۲/۷۵	۴	۷۶۸/۱۸	۸/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۹۹
		اپسیلون هیون-فلدت	۳۰۷۲/۷۵	۴	۷۶۸/۱۸	۸/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۹۹
خطای درون آزمودنی	عزت‌نفس	با فرض کرویت	۱۶۶۴/۱۷	۸۴	۱۹/۸۱	-	-	-	-
		اپسیلون هیون-فلدت	۱۶۶۴/۱۷	۶۲/۱۸	۲۶/۷۶	-	-	-	-
	اضطراب	با فرض کرویت	۳۷۰۶/۸۸	۸۴	۴۴/۱۳	-	-	-	-
		اپسیلون هیون-فلدت	۳۷۰۶/۸۸	۴۵/۹۵	۸۰/۶۵	-	-	-	-
	خودکارآمدی	با فرض کرویت	۷۵۶۷/۴۵	۸۴	۹۰/۰۸	-	-	-	-
		اپسیلون هیون-فلدت	۷۵۶۷/۴۵	۸۴	۹۰/۰۸	-	-	-	-
بین آزمودنی (گروه)	عزت‌نفس	۲۰۷/۳۲	۲	۱۰۳/۶۶	۹/۰۵	۰/۰۰	۰/۳۱	۰/۹۷	
	اضطراب	۱۹۱۴/۳۳	۲	۹۵۷/۱۶	۴۹/۴۲	۰/۰۰	۰/۷۰	۱	
	خودکارآمدی	۱۰۳۷/۷۴	۲	۵۱۸/۸۷	۸/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۹۵	
خطای بین آزمودنی	عزت‌نفس	۴۵۷/۹۸	۴۲	۱۰/۹۰	-	-	-	-	
	اضطراب	۸۱۳/۴۳	۴۲	۱۹/۳۶	-	-	-	-	
	خودکارآمدی	۲۶۲۶/۴۰	۴۲	۶۲/۵۳	-	-	-	-	

جدول ۵) خلاصه آزمون تعقیبی LSD برای عزت‌نفس، اضطراب و خودکارآمدی

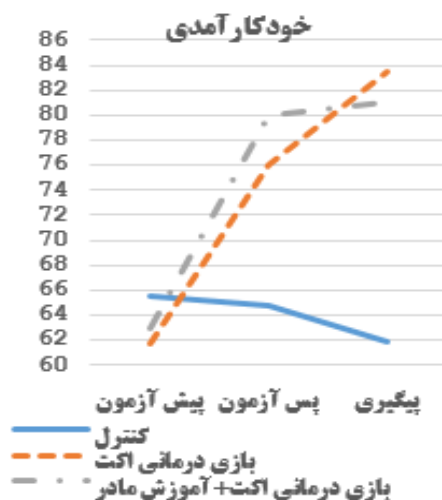
Sig	خطای استاندارد تفاوت	تفاوت میانگین‌ها	گروه‌های مورد مقایسه		متغیر وابسته
			کنترل	بازی درمانی	
۰/۰۰۴	۱/۲۰	۳/۶۸	کنترل	بازی درمانی مبتنی بر اکت	عزت‌نفس
۰/۰۰۱	۱/۲۰	۵/۰۸	کنترل	بازی درمانی اکت + آموزش مادر	
۰/۲۵	۱/۲۰	-۱/۴۰	بازی درمانی اکت توأم با آموزش مادر	بازی درمانی مبتنی بر اکت	
۰/۶۶	۱/۶۰	-۰/۷۱۱	کنترل	بازی درمانی مبتنی بر اکت	اضطراب
۰/۰۰۱	۱/۶۰	۱۴/۱۷	کنترل	بازی درمانی اکت توأم با آموزش مادر	
۰/۰۰۱	۱/۶۰	۱۳/۴۶	بازی درمانی اکت توأم با آموزش مادر	بازی درمانی مبتنی بر اکت	خودکارآمدی
۰/۰۰۲	۲/۸۸	۹/۷۲	کنترل	بازی درمانی مبتنی بر اکت	
۰/۰۰۱	۲/۸۸	۱۰/۵۹	کنترل	اکت توأم با آموزش مادر	
۰/۷۶	۲/۸۸	-۰/۸۷	بازی درمانی اکت توأم با آموزش مادر	بازی درمانی اکت	
		(۳)=۳۳/۵۱	(۲)=۳۳/۸۰	(۱)=۲۸/۴۶	میانگین عزت‌نفس (در زمان)
		(۳)=۳۹/۶۶	(۲)=۴۲/۴۸	(۱)=۴۷/۶۸	میانگین اضطراب (در زمان)
		(۳)=۷۵/۴۸	(۲)=۷۳/۶۰	(۱)=۶۳/۴۱	میانگین خودکارآمدی (در زمان)

با بازی‌درمانی مبتنی بر اکت به تنهایی، بیشتر است ولی این برتری در مرحله پیگیری کاهش می‌یابد.



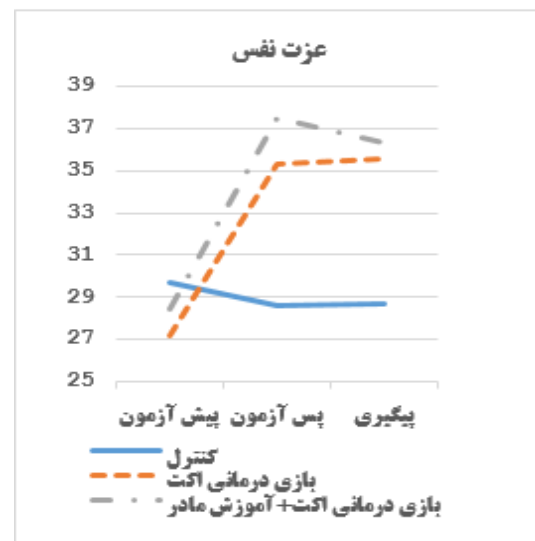
شکل ۲) تغییرات اضطراب در گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

چنانچه در شکل ۲ ملاحظه می‌گردد در متغیر اضطراب، گروه کنترل و بازی‌درمانی مبتنی بر اکت برای کودکان در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تغییرات قابل ملاحظه‌ای را نشان نمی‌دهند. همانگونه که مشاهده می‌شود اثر مداخله برای گروه مداخله بازی‌درمانی مبتنی بر اکت توأم با آموزش مادر در مقایسه با گروه مداخله بازی‌درمانی مبتنی بر اکت برای کودکان در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری بیشتر است و برتری درمان ترکیبی در کاهش اضطراب را نشان می‌دهد.



شکل ۳) تغییرات خودکارآمدی در گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که مداخله بازی‌درمانی مبتنی بر اکت در مقایسه با گروه کنترل توجه باعث افزایش عزت‌نفس و خودکارآمدی شده اما تأثیر معناداری بر کاهش اضطراب نداشته است. در حالیکه درمان ترکیبی (بازی‌درمانی مبتنی بر اکت توأم با آموزش مادر) توانسته است در هر سه متغیر وابسته مؤثر بوده و به طور معناداری به کاهش اضطراب و افزایش عزت‌نفس انجامیده است. همچنین، بین دو گروه آزمایش بازی‌درمانی مبتنی بر اکت کودکان و بازی‌درمانی مبتنی بر اکت کودک توأم با آموزش مادر در افزایش عزت‌نفس و خودکارآمدی تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود اما درمان ترکیبی (بازی‌درمانی مبتنی بر اکت کودک توأم با آموزش مادر) در مقایسه با بازی‌درمانی مبتنی بر اکت از کارآمدی بهتری برای کاهش اضطراب برخوردار است.



شکل ۱) تغییرات عزت‌نفس در گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

با توجه به معناداری اثر متقابل زمان با گروه‌بندی و نیز معنی‌داری اثر گروه، برای اطلاع از ماهیت اثر متقابل و اثر گروه، نمودار مربوط به متغیر عزت‌نفس در شکل ۱ ارائه شده است. چنانچه در شکل ۱ ملاحظه می‌گردد در متغیر عزت‌نفس، گروه کنترل در سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تغییرات محسوسی ندارد. دو گروه مداخله در پس‌آزمون تفاوت اساسی ندارند، اما در پس‌آزمون هر دو گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل افزایش قابل ملاحظه‌ای در عزت‌نفس نشان داده و اثر مداخله برای گروه مداخله ترکیبی (بازی‌درمانی مبتنی بر اکت توأم با آموزش مادر) در مقایسه

بازی‌هایی از قبیل شناسایی افکار و احساسات و آشنایی با دنیای درون- به ویژه افکار و احساسات- با تأکید بر افکار معطوف به هدف، با مفهوم حقیقی عزت‌نفس آشنا می‌شوند که در نتیجه، عزت‌نفس این کودکان ارتقا می‌یابد. در همین راستا باگرلی و پارکر (۳۷) در پژوهشی نشان دادند که بازی‌درمانی بر عزت‌نفس، و اضطراب مؤثر است. پست (۲۵) نیز با هدف بررسی اثر بازی‌درمانی بر عزت‌نفس، جایگاه کنترل و اضطراب کودکان به نتایج مشابهی دست یافت.

همچنین، نتایج حاکی از تأثیر بازی‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به کودکان بر خودکارآمدی آنان است. این یافته همسو و مرتبط با نتایج پژوهش‌های فال (۲۷)؛ کریستین و همکاران (۴۰)؛ سیو (۴۱) هات-بوکز و اسکیتینی (۴۲)؛ می-باشد. در بازی‌درمانی مبتنی بر اکت، کودکان با انجام بازی‌هایی از قبیل بازی اتوبوس، ک با یک مفهوم کلیدی در درمان پذیرش و تعهد یعنی "توانایی شنیدن آنچه افکار می‌گویند اما انجام دادن آنچه که باید انجام دهیم" آشنا می‌شوند. در حین اجرای این بازی، کودکان گروه آزمایش ترغیب می‌شوند مسیری را که با اتوبوس طی می‌کنند، متجلی ارزش‌های برگزیده خود، و "مسافران اخلاک‌گر" را به مثابه محتوای روان‌شناختی مسأله‌ساز در نظر بگیرند، محتوایی که در طی مسیر باید به ناچار با آن روبرو شوند. به عبارت دیگر این بازی برای نمونه قابلیت آن را دارد که تأثیر منفی خود‌گویی‌های منفی را بر کاهش خودکارآمدی خنثی سازد که در مقابل تشویق‌های درونی کودک قرار دارند.

از سوی دیگر بررسی درمان ترکیبی بازی‌درمانی اکت همراه با آموزش مادران در این تحقیق نتایج امیدوارکننده‌ای در بر داشت و نشانگر کاهش اضطراب و بهبود خودکارآمدی و عزت‌نفس کودکان بود. این یافته همسو و مرتبط با نتایج پژوهش‌های باگرلی و پارکر (۳۷)؛ حشمتی و همکاران (۲۴)؛ ال ناچر (۲۶)؛ انباردار (۱۳۹۵)؛ ریسی و صفوی (۱۳۹۵)؛ سادات موسوی و خدابخشی کولایی (۳۸)؛ مرشد و همکاران (۴۳) و پژوهش گرگانی (۱۵) می‌باشد. به نظر می‌رسد مداخله ترکیبی مادران و کودکان توانسته است به مادران و کودکان مورد پژوهش برای کاهش اضطراب و استرس‌های زندگی و دستیابی به زندگی پر نشاط، هدفمند و با معنا کمک کند و همچنین، به صورت مؤثری انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کودکان را بالا برده و توانمندی آنان را برای

همانگونه که در شکل ۳ مشاهده می‌شود در متغیر خودکارآمدی نیز، گروه کنترل در سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، نسبتاً وضعیت ثابتی داشته و حتی در زمان پیگیری اندکی کاهش را نشان می‌دهد که می‌تواند به دلیل دریافت توجه در گروه کنترل فعال و یا تغییرات تصادفی باشد. دو گروه مداخله در پس‌آزمون افزایش قابل توجه خودکارآمدی را نشان می‌دهند با این وجود، تفاوت اساسی ندارند. اثر مداخله برای گروه بازی‌درمانی مبتنی بر اکت توأم با آموزش مادر بیشتر است ولی این برتری در مرحله پیگیری کاهش می‌یابد. برای گروه بازی‌درمانی مبتنی بر اکت کودکان، وضعیت برعکس است. به گونه‌ای که در پس‌آزمون اثر کمتری مشاهده می‌شود ولی در پیگیری افزایش اثر دیده می‌شود و در مقایسه با درمان ترکیبی اثرات ماندگارتر و افزایش در طول زمان دارد.

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که بازی‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عزت‌نفس و خودکارآمدی کودکان دبستانی مؤثر بوده اما بر اضطراب آنان مؤثر نبوده است. این یافته در مورد متغیرهای عزت‌نفس (۲۵) و خودکارآمدی (۲۷) با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو و در مورد متغیر اضطراب با برخی از پژوهش‌های پیشین از جمله با نتایج پژوهش‌های باگرلی و پارکر (۳۷)، سادات موسوی و خدابخشی کولایی (۳۸) و گرگانی (۱۵) ناهماهنگ و ناهمسو می‌باشد. در تبیین نتایج بدست آمده از این یافته می‌توان چنین بیان نمود که همانگونه که پژوهش‌های پیشین هم موید این مطلب هستند (۲۸) شاید بازی‌درمانی گروهی به اندازه بازی‌درمانی ترکیبی نتواند اضطراب کودکان را تخفیف دهد و احتمالاً نیاز است که در کنار آموزش و درمان کودکان از آموزش والدین نیز غافل نشویم، چنانچه روش ترکیبی این پژوهش شامل بازی‌درمانی کودکان و استعاره-های اکت در آموزش والدین توانسته است از میزان اضطراب کودکان بکاهد.

در خصوص تأثیر مثبت بازی‌درمانی اکت بر عزت‌نفس و خودکارآمدی کودکان دبستانی، یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش‌های باگرلی و پارکر (۳۷) می‌باشد، این یافته همچنین با نتایج پژوهش‌های سالتر و (۳۹) همکاران و لندرت و همکاران (۴) هماهنگ است. به نظر می‌رسد کودکان با انجام

تیین این یافته می‌توان یادآور شد که بازی‌درمانی مبتنی بر اکت بر اضطراب تأثیر نداشته و گروه درمانی ترکیبی به صورت معناداری بر کاهش اضطراب کودکان دبستانی مورد پژوهش مؤثر واقع شده است. بنابراین همانگونه که انتظار می‌رفته است در حالت ترکیبی فواید مضاعفی عاید شرکت کنندگان گردیده است. برخی پژوهش‌ها (۲۸، ۲۹) حاکی از آن هستند که درمان ترکیبی که علاوه بر کودکان مضطرب، مادران آنها را در فرآیند درمان وارد می‌کند نسبت به بازی‌درمانی به تنهایی، بهتر می‌تواند در کاهش اضطراب کودکان مؤثر واقع شود. طبق دیدگاه سیستمی می‌توان خانواده را به عنوان یک سیستم در نظر گرفته و پویایی‌های بین اعضای خانواده را در عملکرد تک تک اعضای سیستم مؤثر دانست. از این رو، هنگامی که مشکل اضطراب در کودک به وجود می‌آید کل سیستم خانواده که شامل والدین نیز می‌باشد باید در فرآیند درمان وارد شوند. بنابراین قابل تبیین است که درمان ترکیبی که زیرمنظومه والدین را نیز درگیر درمان کودکان مضطرب می‌کند بهتر و متفاوت‌تر از بازی‌درمانی در کاهش اضطراب کودکان مؤثر واقع گردد. و بالاخره اینکه در خصوص متغیرهای عزت‌نفس و خودکارآمدی به نظر می‌رسد بازی‌درمانی مبتنی بر اکت و درمان ترکیبی مادران هر دو به یک اندازه می‌توانند مؤثر واقع شوند.

در زمینه محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت نمونه پژوهش، محدود به کودکان دبستانی کلاس چهارم و پنجم شهر فارسان بود و باید در تعمیم نتایج آن به جوامع دیگر احتیاط کرد. با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌گردد از آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به ویژه شیوه ترکیبی آن برای افزایش عزت‌نفس و خودکارآمدی کودکان و کاهش اضطراب کودکان در مراکز درمانی و مدارس استفاده شود. یافته‌های این پژوهش، می‌تواند جایگاه بازی‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را در میان مداخلات بالینی بگشاید و از این منظر دارای نوآوری است.

تماس با لحظه لحظه‌های زندگی و تغییر رفتار اضطراب‌آور بالا ببرد و در نتیجه از اضطراب این کودکان بکاهد. بدیهی است درمان ترکیبی درمانی کل‌گرا و جامع‌گراست که تمام اعضای خانواده از جمله مادر و کودک را همزمان وارد درمان می‌کند. بنابراین، درمان ترکیبی به مادران آموزش‌هایی می‌دهد که منجر به کاهش اضطراب مادر شد و به تبع آن به کاهش اضطراب کودک می‌انجامد و نیز در حیطه کودکان نیز اثرات مستقیم مؤلفه‌های شش گانه اکت مورد انتظار است.

در خصوص تأثیر آموزش ترکیبی بر عزت‌نفس و خودکارآمدی بدیهی است که در مداخله ترکیبی، مادر و کودک همزمان در رشد و شکوفایی حرکت می‌کنند. درمان ترکیبی متناسب با اطلاعات و توانمندی‌های مادر و کودک فرآیندی پویا دارد که می‌تواند اعتماد به نفس و عزت‌نفس کودک را رقم زند.

به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر انعطاف‌پذیری، شفاف‌سازی ارزش‌ها و بحث روی این موضوع که حرکت به سمت اهداف در هر شرایطی امکان‌پذیر است و همچنین انجام موفقیت‌آمیز تمرینات مختلف، می‌تواند به افزایش خودکارآمدی و پذیرش مسئولیت در راستای ایفای نقش‌هایی که به خودکارآمدی این کودکان می‌انجامد مؤثر باشد. در این راستا ماسودا، هایس، ساکت و توهیگ (۴۴) در پژوهشی تأثیر گسلش شناختی بر افکار خود انتسابی منفی، که یک نمونه از این افکار، افکار مربوط به خودکارآمدی است، را بررسی کردند و نتایج کاهش چشمگیری در مقدار این افکار با استفاده از تکنیک‌های گسلش شناختی نشان داد. احتمال می‌رود خودشناسی مبتنی بر ارزش‌ها و بازسازی آنها در کاهش افکار خود انتسابی منفی مؤثر بوده است. بدیهی است که در خانواده نقش مادر در شکل‌دهی به رفتارهای بهنجار یا نابهنجار کودک فوق العاده مؤثر است و از آنجائی که خودکارآمدی کودک تا حدود زیادی متأثر از روابط الگوبرداری شده از والدین و به ویژه مادر است می‌تواند در راستای خودکارآمدی یا عدم خودکارآمدی کودک مؤثر واقع گردد.

در واقع نتایج نشانگر این است که دو روش درمانی از نظر تأثیرگذاری بر اضطراب کودکان با هم متفاوت‌اند و درمان ترکیبی نسبت به بازی‌درمانی تنها، مؤثرتر است. در خصوص

model of behavior change. *Couns. Psychol.* 2012; 40(7): 976-1002.

18- Bauer, A.C., *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice.* *Psychiatr. Serv.* 2005/ 56(9): 1166.

19- Baggerly, J. and M. Parker, Child-centered group play therapy with African American boys at the elementary school level. *J. Couns. Dev.* 2005; 83(4): 387-96.

20- Landreth, G.L., D.C. Ray, and S.C. Bratton, Play therapy in elementary schools. *Psychol Sch.* 2009; 46(3): 281-9.

21- Huth-Bocks, A., A. Schettini, and V. Shebroe, Group play therapy for preschoolers exposed to domestic violence. *J Child Adol G Ther.* 2001; 11(1): 19-34.

22- Meany-Walen, K.K. and S. Teeling, Adlerian play therapy with students with externalizing behaviors and poor social skills. *Int. J. Play Ther.* 2016; 25(2): 64.

23- Salter, K., W. Beamish, and M. Davies, The effects of child-centered play therapy (CCPT) on the social and emotional growth of young Australian children with autism. *Int. J. Play Ther.* 2016; 25(2): 78.

24- Heshmati, R., R.O. Asl, and R. Shokrallahi, The effectiveness of group play therapy techniques on state anxiety, positive emotions and general compatibility level in special students with learning disabilities. *J. Learn. Disabil.* 2016; 5(4): 141-7.

25- Post, P., Impact of child-centered play therapy on the self-esteem, locus of control, and anxiety of at-risk 4th, 5th, and 6th grade students. *Int. J. Play Ther.* 1999; 8(2): 1-18.

26- El-Nagger, N., M. Abo-Elmagd, and H. Ahmed, Effect of applying play therapy on children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Nurs Educ Pract.* 2017; 7(5): 104.

27- Fall, M., et al., A play therapy intervention and its relationship to self-efficacy and learning behaviors. *Professional School Counseling.* 1999; 2(3): 194-204.

28- Haine-Schlagel, R. and N. Walsh, A review of parent participation engagement in child and family mental health treatment. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.* 2015; 18(2): 133-50.

29- Silverman, W., A. Pina, and C. Viswesvaran, Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.*, 2008; 37(1): 105-30.

30- Spence, S.H., A measure of anxiety symptoms among children. *Behav Res Ther.* 1998; 36(5): 545-66.

31- Spence, S.H., et al., The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behav Res Ther.* 2001; 39(11): 1293-316.

32- Smith, S.C., Measures attitudes toward Self in multiple contexts. *Stanley Coopersmit.* 1967.

33- Sabet, M., Scientific Evaluation of reliability, validity and test software issue Esteem in 19 districts

منابع

1- Mash, E.J. and R.A. Barkley, *Child psychopathology.* 2014: Guilford Publications.

2- Schwartz, C., et al., *Treating anxiety disorders.* *Child. Ment. Health.* 2012; 6: 1-12.

3- Waters, A.M., et al., Baseline and affective startle modulation by angry and neutral faces in 4–8-year-old anxious and non-anxious children. *Biol. Psychol.* 2008; 78(1): 10-9.

4- Joiner, K.D. and G.L. Landreth, Play therapy instruction: A model based on objectives developed by the Delphi technique. *Int J Play Ther.* 2005; 14(2): 49.

5- Karami, A.A. and M.H. Amirtaimori, The Effect of Cognitive and Metacognitive Strategies Training on Elementary boy Students' test anxiety and Self-Steem. *Journal of New Thoughts on Education.* 2013; 9(2): 85-107.

6- Lorr, M. and W.W. More, Four dimensions of assertiveness. *Multivar. Behav. Res.* 1980; 15(2): 127-38.

7- Ni, C., et al., Relationship between coping, self-esteem, individual factors and mental health among Chinese nursing students: A matched case-control study. *J Nurs Educ.* 2010; 30(9): 338-43.

8- Salimi, S., et al., The effect of group bibliotherapy on the self-esteem of girls living in dormitory. *JHA.* 2016; 19(64): 73-82.

9- Schultz, D.P. and S.E. Schultz, *Theories of personality.* 2016: Cengage Learning.

10- ZarezadehKheibari, S. and P. Rafienia, the effectiveness of Expressive Art Group Therapy on Interactive Self- Efficacy of Foster Children. *Dev Pschol.* 2014; 10(40): 371381.

11- Bandura, A., On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. 2012, Sage Publications Sage CA: Los Angeles, CA.

12- Raggi, A., et al., Social support and self-efficacy in patients with Myasthenia Gravis: a common pathway towards positive health outcomes. *Neurol sci.* 2010; 31(2): 231-5.

13- Mosavi, H. and A.K. Koolae, Effectiveness of Client-centered Play Therapy on Fear and Anxiety in Preschool Children. *J Community Health Res.* 2016; 3(4): 261-9.

14- Kale, A.L. and G.L. Landreth, Filial therapy with parents of children experiencing learning difficulties. *Int. J. Play Ther.* 1999; 8(2): 35.

15- Gorgani, H., Effect of acceptance and commitment play therapy on anxiety and depression of working children in Tehran. 2016, Islamic Azad University of Isfahan Khorasgan.

16- Hayes, S., et al., *Association for Contextual Behavioral Science. Acceptance & Commitment Therapy (ACT).* 2009.

17- Hayes, S.C., J. Pistorello, and M.E. Levin, Acceptance and commitment therapy as a unified

- of Tehran Measuring. 2007, Allameh Tabatabai University.
- 34- Amani, R., Happiness in the Elderly: The Role of Self-Esteem. *Aging Ment Health*. 2015; 2(1): 73-80.
- 35- Muris, P., A brief questionnaire for measuring self-efficacy in youths. *J. Psychopathol. Behav. Assess*. 2001; 23(3): 145-49.
- 36- Tahmasian, C., et al., Modeling of Physical Self-Efficacy in Adolescence Depression: Bandura's Agentic Model of Depression. *jrehab*. 2007; 8: 34-9.
- 37- Baggerly, J. and M. Parker, Child-centered group play therapy with African American boys of the elementary school level. *J Couns Devt*. 2005; 83(4): 387-96.
- 38- Mosavi, H. and A.K. Koolae, Effectiveness of Client-centered Play Therapy on Fear and Anxiety in Preschool Children. *j Community Health*. 2016; 3(4): 261-9.
- 39- Salter, K., W. Beamish, and M. Davies, The effects of child-centered play therapy (CCPT) on the social and emotional growth of young Australian children with autism. *Int. J. Play Ther*. 2016; 25(2): 78-90.
- 40- Kristin, K., W. Meany, and S. Teeling, Adlerian play therapy with students with externalizing behaviors and poor social skills. *Int. J. Play Ther.*, 2016. 25(2): 67-77.
- 41- Siu, A.F.Y., Effectiveness of Group Theraplay on enhancing social skills among children with developmental disabilities. *Int. J. Play Ther*. 2014; 23(4): 187-203.
- 42- Huth-Bocks, A. and A. Schettini, Group play therapy for preschooler exposed to domestic violence. *J Child Adol G Ther*. 2001; 11(1): 19-34.
- 43- Morshed, N., I. Davoodi, and M. Babamiri, Effectiveness of Group Play Therapy on Symptoms of Oppositional Defiant Among Children. *J Educ Community Health*. 2015; 2(3): 12-8.
- 44- Masuda, A., et al., Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behav. Ther*. 2004; 24(4): 477-85.