

اثربخشی مداخله بازی درمانی مبتنی بر والد- کودک بر پر خاشگری واکنشی کودکان پیش دبستانی

مریم قوی میدانی

کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان

نام نویسنده مسئول:

مریم قوی میدانی

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مداخله بازی درمانی مبتنی بر والد- فرزند بر پر خاشگری واکنشی کودکان پیش دبستانی بود. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) از کودکانی بود که بیشترین نمرات را در اختلالات رفتاری و پر خاشگری کسب کرده بودند. قبل از شروع آموزش در هر دو گروه پیش آزمون اجرا شد. سپس کودکان گروه آزمایش (بازی درمانی) در طی ۱۱ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای مورد آموزش قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات نیز، مجدداً میزان اختلال گوشه‌گیری و پر خاشگری هر دو گروه با استفاده از مقیاس‌های ذکر شده مورد سنجش قرار گرفت. داده‌های این پژوهش با استفاده از نرم افزار Spss 23 و از طریق تحلیل کواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که آموزش روش بازی درمانی والد- فرزند بر کاهش نشانه‌های اختلال گوشه‌گیری کودکان ($P < 0/001$ و $\eta^2 = 0/57$) و کاهش مؤلفه‌های پر خاشگری از قبیل تهاجم، خشم و کینه‌توزی ($P < 0/001$ و $\eta^2 = 0/66$) تأثیر چشمگیری داشته است. بنابراین استفاده از آموزش بازی درمانی جهت کاهش نشانه‌های این مشکلات توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی: بازی درمانی، گوشه‌گیری، پر خاشگری واکنشی، کودکان.

مقدمه

اختلال‌های رفتاری و روانی در کودکان بسیار شایع و ناتوان کننده است که برای معلمان، خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری ایجاد می‌کنند و بسیاری از معضلات اجتماعی را باعث می‌شوند. سازمان جهانی بهداشت مشکل برجسته در سراسر جهان را افزایش بیماری‌ها، اختلالات ومشکلات روانی در کودکان و نوجوانان می‌داند. تحقیقات ارائه شده توسط این سازمان نشان می‌دهد که ۲۰ درصد کودکان و نوجوانان از بیماری‌های روانی رنج می‌برند که می‌توان به مشکلاتی نظیر افسردگی، اضطراب، اختلال خلقی، اختلالات یادگیری و اختلالات بیش فعالی و نقص توجه اشاره کرد (اریکسون، ۱، ۲۰۱۴).

توجه به مشکلات شایع رفتاری کودکان یکی از موضوعات حائز اهمیت و شناسایی سریع و به موقع اختلالات، امکان درمان سریع تر آنان را مهیا می‌سازد. روش‌های درمانی متعددی در رابطه با کاهش گوشه‌گیری و پرخاشگری کودکان به کار گرفته شده است (ماهون، ودروف، هورن، مارجریسون و کل، ۲، ۲۰۱۲). از طرفی خانواده، یکی از عوامل مؤثر در رشد همه‌جانبه کودک است و کودکانی که از حضور تربیتی، روان‌شناختی و حمایت مؤثر والدین برخوردار می‌شوند، از رشد غنی‌تری برخوردارند. پژوهشگران همواره به دنبال راه‌هایی بوده‌اند تا به حداکثر اثرات مفید و حداقل عوارض و پیامدهای منفی در درمان این افراد دست یابند که از جمله آن روش‌ها می‌توان به بازی درمانی اشاره کرد.

بیان مسئله

دوره کودکی نقش و اهمیت بسزایی در پایه‌ریزی شخصیت فرد دارد. توجه به وضعیت جسمی، روانی، اجتماعی و فرهنگی کودکان در جامعه و فراهم آوردن یک زندگی پویا و سالم، زمینه سلامتی و ارتقای جامعه را در سال‌های آینده فراهم می‌کند (باس و پری، ۳، ۲۰۱۴). برای دستیابی به چنین هدف ارزشمندی، پیشگیری از بروز اختلالات عاطفی، اضطرابی و افسردگی امری لازم و اساسی است. یکی از مشکلات عمده که تأثیر بازدارنده و مهمی بر کارآمدی و پویایی کودکان دارد و از شکل‌گیری سالم هویت و نیز شکوفایی استعدادها در آنان جلوگیری می‌کند، مشکل در برقراری ارتباط اجتماعی است. ممکن است در کودک، حالت گوشه‌گیری و دوری جستن از جمع ایجاد شود که در نتیجه آن، توانایی فرد در برقراری ارتباط با دیگران ضعیف می‌شود. تحقیقی که توسط گرین وود (۲۰۰۷) انجام شد نشان داد که بین ۵ تا ۲۸ درصد کودکان پیش دبستانی با میانگین ۲۵ درصد جزء کودکان انزوا طلب به حساب می‌آیند. همین مطالعه روشن ساخت که بین ۱ تا ۳ درصد کل جمعیت در طبقه افراد گوشه گیر جای می‌گیرند. کودکانی که از لحاظ اجتماعی گوشه گیر هستند به احتمال زیاد توسط همسالان شان بعنوان افرادی گوشه گیر مضطرب در نظر گرفته می‌شوند و مورد علاقه آنها نیستند (اولندیک و همکاران، ۵، ۱۹۹۰). کودکانی که در این دوره سنی از جانب همسالان طرد می‌شوند، شکست خود را به علل درونی نسبت می‌دهند و خود را فردی ضعیف و بی کفایت می‌پندارند؛ این برداشت موجب می‌شود نسبت به برقراری ارتباط اجتماعی و تعامل با همسالان در دوره نوجوانی ذهنیت منفی پیدا کنند و از همسالان کناره‌گیری نمایند و همواره پرخاشگری می‌کنند (مهدخانی و ابراهیم زاده، ۱۳۹۲).

پرخاشگری از شکل ضعیف آن مانند آسیب‌رسانی در تمام ابعاد اجتماعی تا نابودسازی دیگران در حد گسترده، مسأله‌ای است که در بین افراد یک جامعه وجود دارد. پرخاشگری را می‌توان عملی گفت که هدف از اعمال آن، صدمه و رنج باشد (ارونسون، ۲۰۱۲). پرخاشگری و رفتارهای خشونت آمیز نوعی از اعمال خشونت علیه دیگران است که می‌تواند باعث آسیب یا صدمه به دیگران شود. عوامل روانشناختی، اجتماعی، بیولوژیکی و محیطی در ایجاد پرخاشگری نقش دارند. پرخاشگری بسته به نوع الگوی رفتاری، می‌تواند تقسیم بندی‌هایی داشته باشد (مثلاً حمله فیزیکی علیه خود، علیه اشیاء و دیگران) (سادوک و سادوک، ۶، ۲۰۱۳). پرخاشگری با حملات عمدی آزاردهنده و مضر برای قربانی بروز می‌کند که به شکل پرخاشگری فیزیکی (جسمانی) نظیر هل دادن، لگد زدن، پرتاب اشیاء و تهدید به انجام این اعمال، یا به شکل واکنشی به معنی پاسخ دفاعی به محرک‌های ادراک شده مبنی بر تهدید و ترس و یا محرک‌های تحریک کننده توأم با عناد و دشمنی و یا به شکل بیش فعال به معنی حضور رفتار پرخاشگرایانه در غیاب محرک اما به قصد اذیت و غلبه و زور تعریف شده است (دادج و کوئی، ۱۹۸۷). پرخاشگری واکنشی و پرخاشگری بیش فعال در برگیرنده رفتارهای کنترل شده توأم با عناد می‌باشد و پرخاشگری رابطه‌ای دارای الگوی رفتاری مشابه پرخاشگری جسمانی است که منجر به نوعی آسیب و صدمه به دیگران از طریق روابط می‌گردد. این نوع پرخاشگری که با

¹ Erickson

² Mahon, Wedrof, Horn, Marjrysvn & Kel

³ Bass & Perry

⁴ Green wood

⁵ olendic

⁶ Sadock & Sadock

مشکلات جدی سازگاری همراه است، با پخش شایعات و بدگویی یا با وادار کردن سایرین به قطع رابطه دوستانه به روابط دوستانه صدمه وارد می شود (موری و همکاران، ۱، ۲۰۱۰).

بازی افکار درونی کودک را با دنیای بیرونی ارتباط می دهد و باعث می شود کودک اشیای خارجی را تحت کنترل خود درآورد و وسیله ای برای برقراری ارتباط با دیگران باشد (فینتز، ۲، ۲۰۱۲). بازی درمانی یک روش صحیح و درست برای درمان کودک است. زیرا کودکان اغلب در بیان شفاهی احساسات با مشکل روبه رو هستند و از این طریق کودک می تواند احساسات آزاددهنده و مشکلات درونی خود را به نمایش بگذارد (دریز، ۳، ۲۰۰۹؛ وینگتون و همکاران، ۴، ۲۰۰۸؛ مایر، ۵، ۲۰۱۵). بازی موجب می شود که کودک احساسات و ارتباط بیرونی اش را بیان کند و همچنین موجب توسعه تمایلات، مهارت های ارتباطی و هیجانی و افزایش شادی و سازگاری کودک با محیط اطرافش می شود (ری، براتون و لندرت، ۶، ۲۰۰۹؛ استومکیر و رأی، ۷، ۲۰۱۵). در بازی درمانی اسباب بازی ها مثل کلمات کودک و بازی زبان کودک است، که کودک به کمک آن احساسات خود را بیان می کند (لندرت، ۸، ۲۰۱۰؛ ری، اسکتل، کرب و تسای، ۹، ۲۰۰۷).

بازی درمانی مبتنی بر ارتباط والد - کودک می تواند اضطراب کودکان و گوشه گیری آنها را کاهش دهد. مطالعه ی جدیدی که توسط توفام^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۱) انجام شده، حاکی از اثربخشی بالای این روش در والدین و کودکان دارای مشکلات عاطفی و هیجانی است؛ بطوریکه والدین، پذیرش و همدلی بیشتری نسبت به کودکان شان بدست می آورند و می توان بهبود معناداری را در این خانواده ها پیش بینی کرد (توفام، وامپلر^{۱۱}، تیتوس^{۱۲} و رولینگ^{۱۳}، ۲۰۱۱). تمرکز درمان مبتنی بر ارتباط والد - کودک بر بهبود رابطه ی والد - کودک، خود درونی کودک و توانایی های بالقوه ی او برای بزرگ شدن است و عمده ی اهداف برای والدین عبارتند از: درک و پذیرش جهان عاطفی کودک، کسب نگرش واقع بینانه و صبورانه نسبت به خود و کودک، افزایش بینش و آگاهی والدین نسبت به خود در ارتباط با کودک، تغییر ادراکات والدین از رفتارهای کودک، یادگیری مهارت های بازی درمانی کودک محور و چگونگی ایجاد جوی غیر قضاوتی، پذیرنده و همراه با درک متقابل برای کودک و نهایتاً کمک به والدین جهت لذت بردن از ایفای نقش والدینی (لندرت، ۲۰۰۶). نتایج پژوهش آریاپوران و اسکندری (۱۳۹۵) حاکی از آن است که بازی درمانی گروهی باعث کاهش علائم بیش فعالی، نافرمانی مقابله ای و اختلال رفتار در پسران ۶ تا ۹ ساله کودکان دارای علائم بیش فعالی/ نقص توجه می شود.

در مجموع پژوهش های انجام شده در داخل و خارج از کشور نشان می دهند بازی درمانی را می توان به عنوان یک روش اثربخش در کنار سایر روش های درمانی جهت کاهش اختلالات رفتاری کودکان استفاده نمود، لذا سوال پژوهش حاضر این است که آیا بازی درمانی مبتنی بر ارتباط والد - کودک بر گوشه گیری کودکان پیش دبستانی مؤثر است یا خیر؟

روش تحقیق

الف) جامعه آماری

جامعه آماری شامل کلیه کودکان دختر پیش دبستانی در رده سنی ۵ تا ۷ ساله در سال ۱۳۹۶ در شهر سمنان می باشد که تعداد آنان ۴۰۲۹ نفر بود.

ب) حجم نمونه و روش نمونه گیری

نمونه این پژوهش، شامل ۳۰ نفر از کودکان دختر پیش دبستانی شهر سمنان بود و نمونه گیری به صورت خوشه ای تصادفی ساده انجام شد (از این جهت که مشکلات بررسی گوشه گیری و پر خاشگری کودکان در هر دو جنسیت ویژگی های خاص خود را می طلبد، در این پژوهش فقط به بررسی جنسیت دختران اکتفا نمودیم). به این ترتیب که در مرحله نخست از بین ۲۴ پیش دبستانی شهر سمنان، پژوهشگر به ۱۵

¹ Murray Close, Ostrov, Nelson, Crick, Coccaro

¹ Fintez

² Drewes

³ Vyngtvn et al

⁴ Mayer

⁵ Ray, braton & Landreth

⁶ Stumaker & Ray

⁷ Landreth

⁸ Ray, Asktr, carbon & Tsai

¹⁰ Ttoofam

¹¹ Vampler

¹² teetuth

¹³ roling

پیش دبستانی مراجعه نمود و پس از اجرای پرسشنامه پرخاشگری واکنش‌های کودکان و مشکلات رفتاری کودکان بر روی والدین آنها، در نهایت ۳۰ نفر از کودکان که در پرسشنامه‌های مذکور نمرات بالایی کسب نمودند به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. آموزش گروه آزمایش طی ۱۱ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و هر هفته ۲ جلسه به وسیله پژوهشگر انجام شد و ۲ ماه به طول انجامید، در حالیکه گروه گواه هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکرد.

ملاک‌های ورود به گروه‌ها شامل این موارد بودند: داشتن سن ۵ تا ۷ سال، کسب بیشترین نمره ملاک‌های تشخیصی در مقیاس پرخاشگری واکنش‌های کودکان و چک لیست مشکلات رفتاری کودکان، داشتن وضعیت جسمانی سالم، رضایت کودک و والدین از شرکت کودک در پژوهش. همچنین عدم شرکت در جلسات به صورت مداوم، بیماری جسمانی در حین اجرای بازی درمانی و عدم تمایل والدین و کودکان به ادامه جلسات بازی درمانی به عنوان ملاک‌های خروج در نظر گرفته شدند.

ج) ابزار پژوهش

پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی: این ابزار دارای ۲۷ ماده می باشد. در این ابزار، عامل اول پرخاشگری نام گرفت که ۵۸٪ واریانس را به خود اختصاص داده است و دارای ارزش ویژه ۰/۳۹ می باشد. وزن عاملی پرخاشگری از ۰/۷۲ تا ۰/۳۳ در تغییر می باشد. عامل دوم، بی توجهی و رفتارهای بچه گانه نام گرفت که واریانس آن ۰/۲۴/۳٪ و ارزش ویژه ی آن نیز ۰/۶۸ است. وزن عاملی پرسش ها در این عامل از ۰/۷۹ تا ۰/۲۶ در تغییر بوده است. عامل سوم، گوشه گیری و اضطراب نام گرفت که واریانس آن ۰/۱۷/۷٪ و ارزش ویژه ی آن نیز ۰/۶۵ بوده است. وزن عاملی پرسش های این عامل از ۰/۶۰ تا ۰/۳۲ متغیر بوده است. ضریب همبستگی پیرسون نیز بین سه بخش پرسشنامه، محاسبه گردید. این ضرایب در تمام موارد مثبت و در سطحی متوسط، معنی دار بود. این پرسشنامه دارای روش نمره گذاری سه گزینه ای است و در آن، نمره صفر معرف گزینه ی هرگز، نمره ۱ معرف گزینه گاهی اوقات و نمره ۲ معرف گزینه بیشتر اوقات می باشد. هر قدر نمره آزمودنی در این پرسشنامه بیشتر باشد، معرف آن است که از مشکلات رفتاری بیشتری برخوردار می باشد. از چند روش استفاده شده است. برای بررسی اعتبار پرسشنامه به روش بازآزمایی، ۳۸ کودک به طور تصادفی انتخاب گردیدند و ۴ تا ۶ هفته پس از ارزیابی اولیه، مجدداً توسط همان مربیان، ارزیابی شدند. ضریب اعتبار پرسشنامه برای عوامل اول تا سوم به ترتیب، ۰/۶۷، ۰/۴۴ و ۰/۵۸٪ و برای کل پرسشنامه، ۰/۶۴٪ است. بر این اساس می توان گفت در تمام موارد معنی دار و برای اعتبار پرسشنامه های رفتاری کودکان خردسال ضرایب مطلوبی است. ضریب آلفا نیز برای عوامل سه گانه، محاسبه گردید. این ضرایب برای عامل پرخاشگری ۰/۸۹٪، برای عامل بی توجهی و رفتارهای بچه گانه ۰/۸۰٪ و برای عامل گوشه گیری و اضطراب، ۰/۷۰٪ است. این یافته ها نشانگر اعتبار مطلوب پرسشنامه می باشد. برای این پرسشنامه، اعتبار ارزیابی نمره گذاران نیز محاسبه شده است. در یک مهد کودک از مربیان و کمک مربیان ۳۸ کودک خواسته شد بطور مستقل، رفتارهای این کودکان را ارزیابی کنند. ضرایب همبستگی بین ارزیابی مربیان از رفتار کودکان در کل ۰/۷۰٪ و برای سه عامل، به ترتیب ۰/۷۶٪، ۰/۵۵٪ و ۰/۷۲٪ بوده است. جدول زیر، معرف ضرایب همبستگی فوق می باشد.

د) روش اجرای پژوهش

سوالات مربوط به گوشه گیری از پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی : ۵-۶-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۵-۱۷-۱۸-۲۰-۲۱-۲۴-۲۷؛ نمره سؤالات ۴-۸-۹-۱۰-۱۱ در پرسشنامه گوشه گیری بصورت معکوس محاسبه گردید. در پژوهش حاضر میزان پایایی ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شد.

یافته ها

الف) بررسی توصیفی

در جدول شماره ۴-۱ شاخص‌های توصیفی مربوط به تحصیلات مادر، جدول ۴-۲ شاخص‌های توصیفی مربوط به تحصیلات پدر و در جدول ۴-۴ شاخص‌های توصیفی مربوط به ترتیب تولد کودکان ارائه شده است.

جدول ۱ توزیع فراوانی میزان تحصیلات مادر

منابع	فراوانی	درصد
زیردیپلم	۵	۱۶/۶۶
دیپلم	۱۶	۵۳/۳۳

کارشناسی و بالاتر	۹	۳۰
کل	۳۰	۱۰۰

بر اساس نتایج جدول ۱ بیشترین میزان تحصیلات مادران مربوط به طبقه دیپلم با ۱۶ نفر (۵۳/۳۳ درصد) و کمترین آن متعلق به طبقه زیر دیپلم با ۵ نفر (۱۶/۶۶ درصد) است.

جدول ۲ توزیع فراوانی میزان تحصیلات پدر

منابع	فراوانی	درصد
زیر دیپلم	۵	۱۶/۶۶
دیپلم	۲۱	۷۰
کارشناسی	۴	۱۳/۳۳
کل	۳۰	۱۰۰

نتایج جدول ۲ حاکی از آن است که بیشترین میزان تحصیلات پدران نیز مربوط به طبقه دیپلم با ۲۱ نفر (۷۰ درصد) و کمترین آن متعلق به طبقه کارشناسی با ۴ نفر (۱۳/۳۳ درصد) می باشد.

جدول ۳ توزیع فراوانی ترتیب تولد کودکان

منابع	فراوانی	درصد
اول	۱۲	۴۰
وسط	۴	۱۳/۳۳
آخر	۱۴	۴۶/۶۶
کل	۳۰	۱۰۰

بر اساس نتایج جدول ۳ بیشترین فراوانی گروه نمونه مربوط به ترتیب تولد کودکان در فرزندان آخر با ۱۴ نفر (۴۶/۶۶ درصد) و کمترین آن متعلق به فرزندان وسط با ۴ نفر (۱۳/۳۳) می باشد. در این قسمت به بررسی یافته های توصیفی متغیرهای گوشه گیری و پرخاشگری پرداخته می شود.

جدول ۴ یافته های توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک دو گروه آزمایشی و گواه

منابع	گروه	میانگین پیش آزمون	انحراف معیار پیش-آزمون	میانگین پس آزمون	انحراف معیار پس-آزمون
گوشه گیری	آزمایش	۲۱/۱۸	۲/۳	۱۵/۷۸	۵/۳۴
	کنترل	۱۹/۱۷	۴/۶۱	۱۸/۱۱	۴/۷۲
خشم	آزمایش	۱۹/۷۷	۲/۶۸	۷/۳۸	۲/۷۸
	کنترل	۱۹/۴۵	۲/۹۲	۱۷/۸۲	۱/۸۵
تهاجم	آزمایش	۳۲/۴۱	۴/۹۲	۱۳/۷۳	۲/۲۷
	کنترل	۳۱/۸۲	۴/۰۵	۳۲/۷۲	۲/۹۵
کینه توزی	آزمایش	۱۹/۵۳	۳/۰۲	۹/۳۷	۱/۸۹
	کنترل	۲۰/۰۹	۳/۳۵	۱۷/۸۲	۳/۴۷

در جدول فوق آمار توصیفی میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون در متغیرهای پژوهش ارائه شده است. همانطور که مشاهده می شود میانگین و انحراف استاندارد نمرات خرده مقیاس های پرخاشگری در سه گروه به هم نزدیک است اما در پس آزمون گروه

آزمایش، پایین تر از گروه کنترل است و این نشان می دهد گوشه گیری و پرخاشگری گروه آزمایش با دریافت اثر آزمایش پایین آمده و مطلوب است. لذا برای تعیین معناداری این آزمون از آزمون مانکوا استفاده شده است.

ب) آمار استنباطی و آزمون فرضیه ها

فرضیه : «بازی درمانی مبتنی بر ارتباط والد- کودک در کاهش پرخاشگری کودکان پیش دبستانی مؤثر است.»
به منظور ارزیابی این فرضیه پژوهش، ابتدا مفروضه های آزمون مانکوا بررسی و سپس نتایج آن گزارش شده است. یکی از مفروضه های آزمون مانکوا یکسانی ماتریس کوواریانس است. برای بررسی این مفروضه از آزمون ام باکس استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۱۰ نتایج آزمون ام باکس برای بررسی یکسانی ماتریس کواریانس

آزمون ام باکس	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۲۵/۴۶	۳/۶۲	۶	۳۵۰۶/۳۸	۰/۰۵۴

همانطور که در جدول فوق مشاهده می شود، آزمون ام باکس در سطح $0/01$ معنی دار نمی باشد؛ لذا نتیجه گرفته می شود که فرضیه برابری واریانس ها برقرار بوده و استفاده از آزمون مانکوا بلامانع است.
در مرحله بعد به منظور بررسی یکسانی واریانس خطا از آزمون لون استفاده شد. نتایج در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۱۱ نتایج آزمون لون برای بررسی یکسانی واریانس خطا

مولفه ها	مقدار F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	سطح معنی داری
خشم	۱/۲۲	۲	۴۲	۰/۳۰
اضطراب	۴/۰۷	۲	۴۲	۰/۰۲
انفعال	۰/۹۴	۲	۴۲	۰/۴۰

نتایج جدول مذکور نشان می دهد که مفروضه یکسانی واریانس خطا ($p > 0/01$) برقرار می باشد.
به منظور بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع داده ها از آزمون کولموگراف اسمیرنوف استفاده شد.

جدول ۱۲ نتایج آزمون کولموگراف اسمیرنوف

گروه	پرخاشگری واکنشی	
	پیش آزمون	پس آزمون
آزمایش Z	۰/۴۵۶	۰/۴۴۵
سطح معناداری	۰/۹۸۵	۰/۹۸۹
کنترل Z	۰/۷۳۴	۰/۶۹۰
سطح معناداری	۰/۶۵۴	۰/۷۲۸

با توجه به سطح معناداری های به دست آمده نرمال بودن توزیع داده های متغیر پرخاشگری واکنشی تأیید شد.

جدول ۱۳ نتایج آزمون مانکوا برای ارزیابی فرضیه پژوهش

گروه	آزمون	مقدار F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
لامبدای ویلکز	۰/۱۳۶	۳۷/۲۲	۱۷	۳	۰/۰۰۱	۰/۶۶

پس از بررسی مفروضه ها و حصول اطمینان لازم از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) استفاده شد. نتایج نشان داد $P \leq 0.001$ ؛ $F=37/22$ بین گروه های آزمایش و کنترل در متغیرهای مورد بررسی تفاوت معنی داری وجود دارد. به منظور تعیین اینکه در کدامیک از متغیرها بین گروه ها تفاوت معنی داری وجود دارد، از آزمون تحلیل واریانس تک متغیری (آنکوا) استفاده شد.

جدول ۱۴ نتایج آزمون آنکوا برای مقایسه مؤلفه های پرخاشگری در بین گروه آزمایش و کنترل

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجات آزادی	مجزور میانگین	F	سطح معناداری	مجزور اتا
گروه	تهاجم	۱۸۵۳/۲۱۸	۱	۱۸۵۳/۲۱۸	۹۵/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۸۳۴
	خشم	۲۲۸/۸۴۴	۱	۷۴۸/۲۴	۹۵/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۸۳۵
	کینه توزی	۱۰/۷۱۱	۱	۵/۳۵۶	۵۵/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴۶

نتایج جدول فوق نشان می دهد که در هر سه مؤلفه پرخاشگری بین گروه ها تفاوت معنی داری وجود دارد. لذا نتیجه می گیریم که بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری واکنشی کودکان پیش دبستانی اثر معناداری داشته است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر والد- کودک بر پرخاشگری کودکان پیش دبستانی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که بازی درمانی تأثیر مطلوب و معناداری بر کاهش گوشه گیری و پرخاشگری کودکان می گذارد. به طوری که موجب کاهش هر سه مؤلفه پرخاشگری شامل تهاجم، خشم و کینه نوزی می شود.

در ادامه به بررسی دقیق تر فرضیه پژوهش پرداخته می شود.

«بازی درمانی مبتنی بر ارتباط والد - کودک در کاهش پرخاشگری کودکان پیش دبستانی مؤثر است.»

با توجه به یافته ها و نتایج بدست آمده از پژوهش، بازی درمانی باعث کاهش نمرات مربوط به پرخاشگری کودکان شده است. این یافته با تحقیقات پیشین همسو بود (آریان پور و همکاران، ۱۳۹۵؛ ترابی مخصوص و همکاران، ۱۳۹۵؛ نظری و همکاران، ۱۳۹۵؛ اسکوگان و همکاران، ۲۰۱۵؛ نجفی و همکاران، ۱۳۹۴؛ بخشایش و میرحسینی، ۱۳۹۳؛ نرمانی و همکاران، ۱۳۸۸؛ لوریا و مایکنبام، ۲۰۱۲؛ لارا و همکاران، ۲۰۱۱). در تبیین این یافته می توان گفت در انجام بازی، کودکان فرصت مناسبی برای تخلیه هیجانی خود می یابند، از طرفی در حین بازی با افزایش تعامل با سایر کودکان و یادگیری تعامل و برقراری ارتباط مؤثر، رعایت نوبت و پذیرش مناسب از سوی مربی و حتی سایر کودکان به همان شکلی که هستند، با مثبت بودن تجربه ارتباطی با دیگران زمینه ی درونی سازی رفتارهای مناسب و جدیدی را که یاد می گیرند فراهم می سازد. بازی درمانی یک روش صحیح و درست برای درمان کودک می باشد زیرا کودک راحت تر در قالب بازی احساساتش را بیان می کند و ارتباطات بیرونی خود را توسعه می بخشد که باعث افزایش شادی و سازگاری کودک با محیط اطرافش می شود (مرادیان و همکاران، ۱۳۹۲؛ پوشکارانا، ۲۰۱۴؛ رأی، ۲۰۱۵؛ ری و همکاران، ۲۰۰۹؛ استومکیر؛ ری، ۲۰۰۸؛ جنتیان و همکاران، ۱۳۹۰) و این به نوبه خود باعث کاهش مشکلات پرخاشگری و افزایش ظرفیت های درونی آن ها برای انطباق با محیط بیرونی می شود.

بحث و تفسیر نتایج

به طور کلی با توجه به شیوع بالای مشکلات رفتاری در کودکان پیش دبستانی، این تعداد از جمعیت کشور ما نیازمند توجه و حمایت بیشتری در زمینه بهداشت روان هستند و این امر مستلزم یک برنامه ریزی جامع و دقیق در زمینه بهداشت روان می باشد. لذا امر غربالگری رفتاری در شروع سال تحصیلی و هنگام ثبت نام توسط مربیان بهداشت مدارس و از طرق مصاحبه و پر کردن فرم ها توسط والدین به منظور پیشگیری از بروز اختلالات رفتاری مانند پرخاشگری که در این پژوهش بررسی شدند و تشخیص و درمان به موقع آنان در کودکان ضروری می باشد.

منابع و مراجع

- [۱] آریاپوران، سعید. و اسکندری، آرزو. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی گروهی بر علایم نافرمانی مقابله‌ای و اختلال رفتار در کودکان ۶ تا ۳ ساله دارای علائم بیش‌فعالی/کاستی توجه. نشریه پرستاری کودکان، ۲(۴)، ۴۴-۵۰.
- [۲] آزادی منش، پگاه؛ حکیم جوادی، منصور. و وطن خواه، محمد. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی عروسی بر پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه. مجله علوم پزشکی ارومیه، ۲۸(۲)، ۸۳-۹۰.
- [۳] آذرنوش، مهری. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی مداخله‌ی نروپیدیک و ریتالین بر مشکلات سلوک و شاخص‌های بیش‌فعالی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان، ۱۸(۴)، ۱۴۲-۱۳۲.
- [۴] اصغری نکاح، محسن. (۱۳۸۸). کاربردهای آموزشی و ترمیمی بازی‌های بومی ایران در آموزش و توان‌بخشی کودکان دارای نیازهای ویژه. مجله تعلیم و تربیت استثنایی، ۳(۶)، ۹، ۱۵-۳.
- [۵] بابایی، مهناز؛ منورزیدی، سیده. و حسینیان، سیمین. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی بازی درمانی گروهی با رهنمود بر اختلال سلوکی دانش‌آموزان دبستانی. پایان نامه کارشناسی ارشد(چاپ نشده)، دانشگاه الزهرا.
- [۶] بزمی، نعیمه. و نرسی، مهرنوش. (۱۳۹۱). اثر تکنیک‌های بازی درمانی در کاهش اضطراب و افزایش احساس عزت نفس و سطح سازگاری عمومی کودکان ۹-۱۲ ساله مبتلا به سرطان خون. مطالعه روانشناختی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهرا، ۸(۴)، ۴۸-۳۲.
- [۷] پیاز، ژان. (۱۳۸۷). روانشناسی کودک. ترجمه زینب توفیقی. تهران: نی.
- [۸] ترابی، سهیلا؛ رحمانیان، مهدیه؛ فرخزاد، پگاه. و علیبازی، هوشنگ. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی بازی درمانی انفرادی و بازی درمانی همراه با خانواده درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه. دو فصلنامه مشاوره کاربردی، ۲(۵)، ۳۶-۲۳.
- [۹] جنتیان، سیما؛ نوری، ابوالقاسم؛ شفتی، عباسی؛ مولوی، حسن. و سماواتیان، حسین. (۱۳۹۰). اثر بخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر شدت علایم اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه در دانش‌آموزان پسر ۹ تا ۱۱ ساله مبتلا به ADHD. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۶(۲)، ۶۰-۵۵.
- [۱۰] جعفری، علیرضا. (۱۳۹۴). اثربخشی بازی درمانی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش دبستانی. مجله روانشناسی آموزشی، ۹(۳۳)، ۶۸-۵۸.
- [۱۱] حسنی، راحله؛ میرزائیان، بهرام. و خلیلیان، علیرضا. (۱۳۹۲). اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر اضطراب و عزت نفس کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی. مجله علوم شناختی، ۸(۲۹)، ۱۸-۱.
- [۱۲] حشمتی، رسول؛ اصل اناری، روح اله. و شکرالهی، رقیه. (۱۳۹۵). اثربخشی تکنیک‌های بازی درمانی گروهی بر اضطراب حالت احساسات مثبت و سطح سازگاری عمومی کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری خاص. مجله ناتوانی یادگیری، ۵(۴)، ۲۴-۷.
- [۱۳] خسروشیری، سمیه. (۱۳۹۱). اثربخشی بازی درمانگری شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش مشکلات درونی سازی شده و برونی سازی شده کودکان بی سرپرست و بد سرپرست. پایان نامه کارشناسی ارشد(چاپ نشده)، دانشگاه فردوسی مشهد.
- [۱۴] خدیوی زند، سمیه. (۱۳۹۱). بررسی بازی درمانی گروهی در کاهش پرخاشگری پسران پیش دبستانی شهر مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد(چاپ نشده)، دانشگاه بیرجند.
- [۱۵] رادبخش، ناهید؛ محمدی‌فر، محمدعلی. و کیان ارثی، فرحناز. (۱۳۹۱). اثربخشی بازی و قصه‌گویی بر افزایش خلاقیت کودکان. فصلنامه خلاقیت و ابتکار در علوم انسانی، ۴(۲)، ۱۹-۱.
- [۱۶] ساعتچی، محمود؛ کامکاری، کامبیز؛ عسگریان، مهناز؛ اسدی، پروا؛ معاشری، امین و محمدی تقوی، سید محمد. (۱۳۹۳). آزمون‌های روانشناختی. تهران: ویرایش.
- [۱۷] سهرابی شگفتی، نادره. (۱۳۹۰). روش‌های مختلف بازی درمانی و کاربرد آن در درمان اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان. مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۴، ۴۳-۴۵.
- [۱۸] صفدری، سمیه؛ فرامرزی، سالار. و عابدی، احمد. (۱۳۹۳). تأثیر بازی درمانی شناختی و رفتاری بر نشانه‌های رفتاری دانش‌آموزان نافرمان. مجله روانپزشکی ارومیه، ۲۵(۳)، ۲۶۷-۲۵۸.

- [۱۹] صریحی، نفسیه؛ پور نسایی، غزل سادات. و نیک اخلاق، مهناز. (۱۳۹۴). اثربخشی بازی درمانی گروهی بر مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی. فصلنامه روانشناسی تحلیل شناختی، ۶(۲۳)، ۳۵-۳۸.
- [۲۰] طبسی، فاطمه؛ عابدی، علی؛ زارعی، محمد؛ قربانی، مریم. و رستمی، رسول. (۱۳۹۵). بررسی مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال خاص. مجله توانبخشی ایران، ۵(۲۱)، ۱۶۷-۶.
- [۲۱] عموزاده فرشته؛ حسنونند، صبا؛ هاشمیان، کیانوش. و حمایت طلب، رسول. (۱۳۹۵). مقایسه تأثیر بازی درمانی و دارودرمانی بر رشد مهارت های حرکتی و دامنه توجه کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی / نقص توجه. مجله رفتار حرکتی، ۸(۲۳)، ۹۷-۱۱۰.
- [۲۲] عسکری زاده، قاسم. (۱۳۹۰). روانشناسی بازی. تهران: امیر کبیر.
- [۲۳] فرزاد فرد، آفرین. (۱۳۹۴). اثربخشی روش ترکیب بازی و قصه ی هدفمند بر توجه و تمرکز کودکان پیش دبستانی. ۱۷(۵)، ۲۲-۲۸.
- [۲۴] کرمی، ابراهیم. و افلاکی، حسین. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر بازی و اسباب بازی در پرورش ذهن و خلاقیت کودکان دوره ابتدایی. نخستین همایش ملی علوم تربیتی و روان شناسی، مرودشت، شرکت اندیشه سازان مبتکر جوان.
- [۲۵] کادسون، هیری. و شیفر، چارلز. (۱۳۹۳). ۱۰۱ تکنیک دیگر بازی درمانی. ترجمه الهه محمد اسماعیل. تهران: دانژه.
- [۲۶] گنجی، کامران؛ ذبیحی، رزیتا؛ خدابخش، روشنک. و گراسکیان، آدیس. (۱۳۹۲). تأثیر بازی درمانگری کودک محور بر کاهش نشانه های رفتاری کودکان با اختلال بیش فعالی و نقص توجه و تمرکز. مجله روانشناسی بالینی، ۴(۱۲)، ۶۶-۷۹.
- [۲۷] محمد اسماعیل، الهه. (۱۳۸۹). بازی درمانی: نظریه ها، روش ها و کاربردهای بالینی. تهران: شابک.
- [۲۸] محمدخانی، شهرام، ابراهیم زاده، ناهید. (۱۳۹۲). مشکلات روانی و رفتاری دانش آموزان. شناسایی و مداخله. ناشر ورای دانش.
- [۲۹] موسوی، هدی سادات. و خدابخشی کولایی، آناهیتا. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی گروهی به شیوه مراجع محوری بر ترس و اضطراب کودکان پیش دبستانی. مجله مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، ۳(۴)، ۲۶۹-۲۶۱.
- [۳۰] نجفی، راضیه؛ تیموری، سعید. و کشاورز، رزیتا. (۱۳۹۴). اثر بخشی بازی درمانی گروهی بر کاهش مشکلات سلوک و بیش فعالی / نقص توجه کودکان. مجله علوم پزشکی قم، ۵(۱۲)، ۳۳-۲۵.
- [۳۱] نجفی، محمود. و سرپولکی، بیتا. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر پرخاشگری و اختلال املاء در کودکان دبستانی. فصلنامه افراد استثنایی، ۶(۲۱)، ۴۵-۳۰.
- [۳۲] ناظمی، زهرا. (۱۳۹۳). بررسی اثر بخشی بازی درمانی مبتنی بر ارتباط والد- کودک (CPRT) بر افزایش خودکارآمدی و فرزند پروری مادران و کاهش شدت کلی دشواری و مشکلات رفتاری کودکان، با خلق و خوی دشوار. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده (چاپ نشده). دانشگاه فردوسی مشهد.
- [۳۳] نادری، فاطمه؛ امامی، آناهیتا؛ یاسمی، محمد تقی؛ بیتا، مهدی. و محمودی، جواد. (۱۳۹۰). اثر بخشی بازی درمانی بر کاهش مشکلات سلوک و بیش فعالی در کودکان ۸-۱۲ ساله. مجله روانشناسی آموزشی، ۱(۲)، ۶۶-۶۰.
- [۳۴] واحدی، شهین. (۱۳۹۰). بررسی اثر بخشی بازی درمانی و نمایش عروسکی بر افزایش مهارت های اجتماعی کودکان بیش فعال. پایان نامه کارشناسی ارشد (چاپ نشده). دانشگاه بیرجند.
- [۳۵] هالاهان، دانیل. و کافمن، جیمز. (۱۳۹۳). یادگیرندگان استثنایی: مقدمه ای بر آموزش های ویژه. ترجمه نادر باقری و همکاران. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- [۳۶] هیوز، فرگاس. پیتز. (۱۳۸۹). روان شناسی بازی کودکان. ترجمه کامران گنجی. تهران: رشد
- [37] American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR, 4th edition text revision. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- [38] Barkey, L. T. (2012). The Practice of Child Therapy. New York: John Wiley & Sons.
- [39] Chorpita, F. (2009). Modular Cognitive-behavioral Therapy for Childhood Anxiety Disorders, New York: Guilford Press.
- [40] Drewes, A. A. (2009). Blending Play Therapy with Cognitive Behavioral Therapy: Evidence Based and Other Effective Treatments and Techniques, New Jersey.

- [41] Dodge KA, Coie JD, Lynam D. Aggression and antisocial behavior in youth. In: Damon W, Lerner R M, Eisenberg N. (editors). Handbook of child psychology: social, emotional, and personality development. 6th ed. New York, Wiley 2006: 719-88.
- [42] Dodge KA, Coie JD. Social information processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *J Pers Soc Psychol* 1987; 53(6): 1146-50.
- [43] Eriksson, S. (2014). Children in play therapy: what significance does this have for their parents perceived health? Thesis Dissertation in Public Health Science. Sweden: The University of Gavle.
- [44] Elizabeth, J. Danielle, J.M. (2013). Maternal BIS sensitivity, overprotective parenting, and children's internalizing behaviors. *Personality and Individual Differences*, 53(3), 257-262.
- [45] Fintez, J. M. (2012). The Assessment of Phonological Memory Skills in Preschool Children. *Journal of Educational Psychology*, 65(14), 155-164.
- [46] Friedberg, R. D. and Wilt, L. H. (2010). Metaphors and Stories in Cognitive Behavioral Therapy with Children. *Journal Rat-Emo Cognitive-Behavior Therapy*, 28(6), 100-113.
- [47] Jordan, N.; Glutting, J. & Ramineni, C. (2010). The importance of number sense to mathematics achievement in first and third grades. *Journal of Learn Individl Differ*, 20(5), 8-28.
- [48] Halgin, R.; Krauss, S. & Bourne, W. (2013). [Abnormal psychopathology clinical perspectives on psychological]. Mohammadi SY. Tehran: Ravan Publications. 4th ed.
- [49] Hughes, F.P. (2012). Play psychology, children, play and development. 3 ed. Tehran: Journal of Roshd Publications, 12(6), 112-120.
- [50] Geary, D. (2010). Mathematical disabilities. reflections on cognitive neuropsychological, and genetic. *Journal of Learn Individual Differ*, 2(11), 25-30
- [51] Greenwood R, Rothwell J, Gresty MA, Bronstein AM. Lateropulsion, pushing and verticality perception in hemisphere stroke: a causal relationship? (2007) *Brain*. 131 (Pt 9):2401-13.
- [52] Kenny, P. J. (2007). Brain reward systems and compulsive drug use. *Journal of Trends in pharmacological sciences*, 28(9), 135-141.
- [53] Kumperscak, H.G. (2012). ADHD Through Different Developmental Stages. chapter of book "Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents", edited by Somnath Banerjee. INTECH
- [54] Malka, M. (2010). Lonely children and adolescent: Self-perception and social exclusion and hope, in 1st (eds). Springer: New York.
- [55] Mahon, A.D.; Woodruff, M.E.; Horn, M, P.; Marjerrison, A.D. & Cole, A.S. (2012). Effect of stimulant medication use by children with adhd on heart rate and perceived exertion. *Journal of Adapt Phys Activ Q*, 29(2), 151-60.
- [56] Mash, E. & Barkely, R. (2007). Child psychology (3 rd ed), New York: Guilford Press.
- [57] Meyer, L.; Salimpoor, N.; Geary, C. and Menon, V. (2011). Differential Contribution of specific working memory components to mathematical achievement in 2nd and 3rd graders. *Journal of Learn Individl Differ*; 20(8), 9-101.
- [58] Mazzocco, L. (2011). Math achievement, numerical processing, and executive functions in girls with Turner Syndrome: Do girls with ts have math learning disability? *Journal of Learn Individl Differ*, 20(2), 70-81.
- [59] Michaelene, M. O. and Hedda, M. (2010). Helping Children Play and Learn Together. the journal of the national association for the ducation of young children, 17(6), 104-108.
- [60] Moseley, G. L. and Moseley, G. L. (2009). Painful yarns: metaphors & stories to help understand the biology of pain. *Painful Yarns*.
- [61] Novontny, C. J. (2012). Treating traumatized children through puppet play. *American Journal of Psychotherapy*, 55(12), 251-272.
- [62] Okada, M.A. (2012). Improving Information Problem Solving skills in Secondary Education through embedded instruction. *Journal of Computers in Human Behavior*, 28(2), 515-526.

- [63] Prasko, J.; Diveky, T.; Grambal, A.; Kamaradova, D.; Latalova, K. & Mainerova, B. et al. (2011). Narrative cognitive behavior therapy for psychosis. *Act Nerv Super Rediviva*, 52(1), 135-146.
- [64] Teubert, D. & Pinquart, M. (2011). A meta-analytic review on the prevention of symptoms of anxiety in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disord*. 25(10),50-59.
- [65] Tekin, G. & Sezer, O. (2011). Applicability of play therapy in Turkish early childhood education system: today and future. *Proced Soci Behav Sci*,5(15), 50-4. DOI: 10.1016/j.sbspro.2011.07.049.
- [66] Ray, D.C. (2008). Impact of play therapy on parent-child relationship stress at a mental health training setting .*Br J Guid Counc*, 36(2), 165-87.
- [67] Ray, D.; Schottelkorb, A. & Tsai, M. (2007). Play therapy with children exhibiting symptom Of attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of play Therapy*,16(6),95-111.
- [68] Ray, D.C.; Blanco, P.J.; Sullivan, J.M. & Holliman, R. (2009). An Exploratory study of child centered play therapy with Aggressive children. *Univercity of North Texas*. In *ternational Journal of Play Therap*, 3(8), 162-175.
- [69] Raymond, S. (2008). Digital Storytelling in the Classroom: New Media Pathways to Literacy, Learning, and Creativity. *Computers and Composition*, 25(4), 449-452.
- [70] Rapoport, E. M. (2009). ADHD and social skills: A Step by Step Guide for Teachers and Parents. Rowman & Littlefield Education.
- [71] Sadock, B. J.& Sadock, V. A. (2007). Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/ Clinical psy-chiatry (10th Ed.). New York, NY: Lippincott Williams and Wilkins.
- [72] Sadock, B.J. and Sadock, V.A. (2014). synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins.
- [73] Seligman, L.D. & Ollendick, T.H. (2012). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Journal of Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*, 20(2), 217-38.
- [74] Stulmaker, H.L.& Ray, D.C. (2015). Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Children Youth Serv Rev*; 57(2), 127–33.
- [75] Topham, G. L., Wampler, K. S., Titus, G., Rolling, E. (2011). Predicting Parent and Child Outcomes of a Filial Therapy Program. *International Journal of Play Therapy*, 20(2), 79–93.
- [76] Wu, S.Y. & Gau, S.S. (2013). Correlates for academic performance and school functioning among youths with and without persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. *Research in developmental disabilities*,34(1),505-515.
- [77] Wethington, H. R.; Hahn, R.A.; Fuqua-Whitley, D.S.; Sipe, T.A. and Crosby A. E. (2008). The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. *Journal of Am Prev Med*, 35(3), 287-313.
- [78] Woo, S. M. and Keatinge, C. (2013). *Diagnosis and treatment of mental disorders across the*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- [79] Wergeland G.J.; Fjermestad, K.W.; Marin, C.E.; Bjelland, I.; Haugland, B.S. and Silverman, W.K. (2016). Predictors of treatment outcome in an effectiveness trial of cognitive behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Behav Res Ther*.;76:1-12. DOI: 10.1016/j.brat.2015.11.001 PMID: 26583954
- [80] Wethinton, H. R.; Hahn, R. A.; Fugua-Whiteley, D. S.; Pe, T. A. and Crosloy, A. E. et al. (2010). The effectiveness of interventions to reduce psychology harm form traumatic events among child and adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(3), 287-373.
- [81] Zhao, J., KONG, F. & Wang, Y. (2012). Self – steem and humor style as mediators of the effects of shyness on loneliness among Chinese college students. *Journal of personality and individual differences*, 52, 686-690.
- [82] 3.Philadelphia: Lippincott Williams & Wikins , 3189-3198. 8. Biederman, J.

- [83] Achenbach, T. M., & McConaughy, S.H.(2001) School-Based Practitioners' Guide for the Achenbach
- [84] Achenbach, T. M., & Rescorla, L.A. (2001)Manual of behavioral problems scale. Vermont university
- [85] Assessment, 5(2), 164-172.
- [86] associated with ADHD than with general school problems. J Atten Disord, 2(4):
- [87] Dahl, A.A.(2013).The link between personality problems and cancer. Future Oncology, 6, 691-707.