Effectiveness of Play on Reducing Social Anxiety and Increasing the Emotional Insight of Children with Impairment Sensory-motor

Mitrasadat Mirmohamadi M. A.[1], Ziba Barghi Irani, Ph.D. [2]

Received: 10. 20.2019 Revised: 06.20.2020 Accepted: 02.8.2021

Abstract

Objective: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of play therapy on reducing social anxiety and increasing emotional insight in children with sensory-motor disorder in elementary school of Arak. **Method:** The method of this quasi-experimental research was pre-test, post-test and 2-month follow-up**.** The statistical population consisted of all children with sensory and motor disorders in Arak City who received educational and rehabilitation services in the academic year 2018-2019. The sample consisted of 26 students with sensory and motor disorders who were selected by simple random sampling method and divided into experimental and control groups. The experimental group received an eight-session intervention in 70 minute weekly sessions and the control group did not receive any intervention. Watson and Freund's Social Anxiety Scale and Shiring Emotional Insight Questionnaire were used to collect the required data. Repeated measures analysis of covariance was used to analyze the data. **Results:** The results of repeated measures analysis of covariance showed that play therapy can decrease social anxiety and increase emotional insight in children with sensory-motor disorder (P≤0/001). **Conclusion:** The results have important direct and implicit clinical applications in improving emotional insight and reducing social anxiety in children with physical and motor disabilities**.**

Keywords: *Play therapy, Social anxiety, Emotional insight, Children, Motor-sensory disorder*

1. M. A. in Psychology, Department of Psychology, Payam-.noor University, Tehran, Iran.
2. **Corresponding Author:** Assistant Professor improving Department of Psychology, Payame-noor University, Tehran, Iran. **Email**: kimia2010@gmail.com

اثربخشی بازی‌درمانی بر کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش هوش هیجانی کودکان دارای اختلال حسی حرکتی

میترا سادات میرمحمدی[۱]، زیبا برقی ایرانی[۲]

تاریخ دریافت.: ۱۳۹۸/۷/۲۸ تجدیدنظر: ۱۳۹۹/۳/۳۱
پذیرش نهایی: ۱۳۹۹/۱۱/۲۰

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی‌درمانی بر کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش هوش هیجانی کودکان دارای اختلال حسی- حرکتی مقطع ابتدایی شهر اراک بود. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه کودکان دارای اختلالات حسی و حرکتی ۸ تا ۱۱ ساله شهر اراک که در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ خدمات آموزشی و توانبخشی دریافت می‌کردند، تشکیل می‌دهند (N =۱۵۰). برای نمونه گیری ۲۶ نفر از دانش‌آموزان دارای اختلالات حسی و حرکتی که به **روش** نمونه‌گیری تصادفی ساده با توجه به ملاک‌های ورود و خروج به‌عنوان نمونه انتخاب و در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگذاری شدند. گروه آزمایش تحت مداخله هشت‌جلسه‌ای بازی‌درمانی به شیوه جلسه‌های گروهی ۷۰ دقیقه‌ای هفتگی قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. در این پژوهش به منظور جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس اضطراب اجتماعی واتسون و فرند و پرسشنامه هوش هیجانی شیرینگ استفاده شد. برای انجام تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است. **یافته‌ها:** نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بازی‌درمانی می‌تواند موجب کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش هوش هیجانی کودکان دارای اختلال حسی- حرکتی شود (P≤۰/۰۰۱). **نتیجه‌گیری:** این نتایج، کاربردهای بالینی مستقیم و ضمنی مهمی در زمینه پیشگیری و بهبود هوش هیجانی و کاهش اضطراب اجتماعی کودکان کم‌توان جسمی- حرکتی دارد.

واژه‌های کلیدی: *بازی‌درمانی، اضطراب اجتماعی، هوش هیجانی، کودکان، اختلال حسی- حرکتی.*

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی. دانشگاه پیام نور. تهران. ایران.
۲. **نویسنده مسئول:** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1399.20.4.4.1]

مقدمه

کودکان در فرایند تحول، مسیرهای رشدی متفاوتی را طی می‌کنند. در این میان عوامل اغلب ناشناخته و آسیب‌زایی که علم جهت پیشگیری به دنبال تبیین آن است، مسیر رشد برخی از کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و پیامدهای ناگوار جسمی و روان‌شناختی را در حوزه سلامت بر آنها به وجود می‌آورد (کافمن، هالاهان و پولن، ۲۰۱۱). آسیب مهارت حسی- حرکتی یکی از موارد قابل توجه فرایندهای تحولی در حوزه سلامت و پیشگیری است (منصور، ۱۳۸۸). در فرایند آغازین زندگی این مهارت‌ها، با توانایی کنترل بدن، مهارت چنگ‌زدن و وارسی اشیا شروع می‌شود و با پیچیده‌شدن آن در طی زمان امکان وارسی و کشف محیط و دستیابی به تجربه‌های جدید برای کودک فراهم می‌شود و از این راه توانایی‌های شناختی و ارتقا تسهیل می‌شود (منصور، ۱۳۸۸). در ادبیات پژوهشی مربوط به مسائل و مشکلات حرکتی، این مشکلات با عنوان، نشانگان خام حرکتی کودک (کافمن و همکاران، ۲۰۱۱؛ نعمتی، معتمدیگانه و شریفی، ۱۳۹۵)، بدکارکردی ادراکی- حرکتی بدون فلج مغزی (کافمن و همکاران، ۲۰۱۱)، بدکارکردی جزئی عصب‌شناختی یا ادراک‌پریشی کودکی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) توصیف شده است. در این گروه از کودکان آسیب‌های حرکتی بر توانایی کودکان برای انجام فعالیت‌های روزمره تأثیر می‌گذارد. این مهارت‌ها شامل عملکردهای تحصیلی و تکالیف خودمراقبتی است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[1] ۲۰۱۳). اختلال‌های حرکتی در کودکان نامتجانس است، به‌عبارتی برخی از این کودکان ممکن است در زمینه‌های مختلف مشکل داشته باشند، درحالی‌که برخی دیگر ممکن است در یک حوزه خاص دچار مشکل شوند (نعمتی، معتمدیگانه و شریفی، ۱۳۹۵) درصد بالایی از کودکان سنین مدرسه بین (۶ تا ۱۳ سال) به نوعی دچار مشکلات حرکتی بوده و نیازمند مداخله می‌باشند (هیلر، ۲۰۰۷). از سوی دیگر معلولیت واقعیتی است انکارناپذیر و به‌عنوان یک پدیده اجتماعی از دوره‌های گذشته تاکنون در جوامع وجود داشته است. با وجود این، مفهوم معلولیت به‌وسیله سازمان بهداشت جهانی[2] در طبقه‌بندی جهانی ناتوانی کارکردی و سلامت، به‌عنوان یک اصطلاح چتری برای آسیب‌ها، محدودیت‌های کارکردی و محدودیت‌های مشارکتی مطرح شده است (کاراسکو و همکاران، ۲۰۱۱). تخمین زده می‌شود که ۱۰ درصد جمعیت دنیا با یک معلولیت زندگی می‌کنند (اسپنسر، ۲۰۰۷). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که افراد دارای معلولیت جسمی حرکتی از وضعیت سلامت روان، عزت نفس پایین‌تر، رضایت‌مندی کمتر از سلامت، سطوح بالای افسردگی و سطوح پایین از حمایت‌های عاطفی و مشارکت و تعهدات اجتماعی برخوردار هستند (نوسک، هوکس و سوایدن، ۲۰۱۳).

یکی از عوامل روان‌شناختی که کودکان دارای اختلالات حسی حرکتی با آن درگیر هستند، هوش هیجانی است. هوش هیجانی[3]، جدیدترین تحول در زمینه فهم رابطه میان تعقل و هیجان است و از آن به‌عنوان ماشه‌چکان یک انقلاب بزرگ در زمینه ارتقای بهداشت روانی یاد می‌شود. درواقع مفهوم هوش هیجانی، یک حیطه چند عاملی از مجموعه مهارت‌ها و صلاحیت‌های اجتماعی است که بر توانایی‌های فرد برای تشخیص درک و مدیریت هیجان، حل مسئله و سازگاری تأثیر می‌گذارد و به طرز مؤثری فرد را با نیازها، فشارها و چالش‌های زندگی سازگار می‌کند (بار-آن، ۲۰۰۶). به عقیده گلمن (۱۹۹۵) هوش هیجانی، عبارتند از شناخت احساس‌های خویشتن و استفاده از آن برای اتخاذ تصمیم‌های مناسب در زندگی، توانایی اداره خلق و خوی، وضع روانی و کنترل تکانش‌ها است و درواقع عاملی است که زمان شکست ناشی از دست‌نیافتن به هدف در فرد ایجاد انگیزه و امید می‌کند و فرد را قادر می‌سازد تا ضمن شناخت خود و دیگران به ایجاد ارتباط‌های مناسب با مردم و

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1399.20.4.4.1]

سازگاری با محیط بپردازد (لاندو-کینگ و همکاران، ۲۰۱۵). خاستگاه نظری بیشتر پژوهش‌ها در زمینه مفهوم هوش هیجانی برگرفته از کارهای سالوی و مایر (۱۹۹۰) است. از نظر آنان هوش هیجانی به‌عنوان یک توانایی ناظر بر ظرفیت ادراک، ابراز، شناخت، کاربرد و کنترل هیجان‌ها در خود و دیگران است. شواهد بسیاری وجود دارد مبنی بر اینکه افراد با هوش هیجانی بالا در هر حیطه از زندگی موفقند؛ در زندگی خود خرسند و کارآمدند و عادت‌های فکری آنها باعث می‌شود که آنان به افرادی مولد و کارامد تبدیل شوند (به نقل از اورتیز، ۲۰۱۲). نتایج مطالعات نشان می‌دهد هوش هیجانی عنوان یک توانایی کلی با سازگاری عاطفی و اجتماعی رابطه مثبت دارد (انگلبرگ و سجوبرگ، ۲۰۰۴). آکسترا دوران و ری (۲۰۱۰) نوجوانانی که در رابطه با شناخت هیجان‌های خود دچار مشکل هستند و توانایی‌های لازم را برای تنظیم هیجانات خود ندارند، در شرایط پراسترس از کنترل خوبی برخوردار نبوده، ماهیت استرس را با شدت بالاتری درک می‌کنند و از سازگاری روان‌شناختی کمتری برخوردارند. همچنین مطالعه‌های باستین، بارون و نیت بک (۲۰۱۱) نشان می‌دهد که هوش هیجانی بالا با ارتباط بهتر با همسالان، ثبات عاطفی، شبکه‌های اجتماعی قوی‌تر، رابطه مستقیم و با ناسازگاری‌هایی همچون اعتیاد، مصرف الکل، اختلال شخصیت فرار از منزل، رابطه عکس دارد.

اختلال اضطراب اجتماعی[۴]یکی از جدی‌ترین مسائل کودکان و نوجوانان با اختلالات حسی-حرکتی است. وجود سطح معینی از اضطراب نه تنها شرط بقا بلکه برای انجام امور زندگی نیز ضروری است، اما این اضطراب در صورت بیشتر شدن از سطح معینی، نقش سازگاری خود را از دست می‌دهد و منجر به رفتارهای غیر انطباقی می‌شود که در این صورت می‌توان آن را بیمارگونه تلقی کرد (لیدوکس و فین، ۲۰۱۶). ویژگی اصلی اختلال اضطراب اجتماعی، ترس شدید و مستمر از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی است که موجب شرمساری فرد در حضور از این موقعیت‌ها می‌شود و در نهایت فرد از رویارویی با این موقعیت‌ها اجتناب می‌کند. باوجود اینکه فرد متوجه غیرمنطقی بودن ترس خود است، اما در کنترل این ترس ناتوان است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[۵]، ۲۰۱۳). افراد مبتلا به این اختلال از ارزیابی منفی دیگران در موقعیت‌های عملکردی و موقعیت‌های اجتماعی مانند رفتن به مهمانی‌ها می‌ترسند و در نتیجه اغلب سعی می‌کنند که از این موقعیت‌ها اجتناب کنند و یا با ناراحتی قابل‌توجهی این شرایط را تحمل کنند (ونزول و جاگر- هیمن، ۲۰۱۴). این پدیده بخش بزرگی از فعالیت‌های روزانه فرد را تخریب می‌کند و ممکن است به‌طور قابل‌توجهی سطح کیفیت زندگی را کاهش دهد (کاورت و اولندیک، ۲۰۱۲). افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی در مواجهه با رویدادها، رفتار اجتنابی و گریز را از خود نشان می‌دهند (کراسگ، نیلس، بورگلند، تیلور، ویلارداچ و آرچ، ۲۰۱۴). در این اختلال، موقعیت اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی درگیر انواعی از موقعیت‌هایی هستند که برانگیزاننده اضطراب هستند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این موقعیت‌ها شامل مهمانی، شرکت در همایش یا کلاس، سخنرانی، خوردن در جمع و مکالمات با افراد ناآشنا هست (تایلر، بومیا و امیر، ۲۰۱۰). شروع این اختلال از سنین کودکی و نوجوانی است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). شیوع این اختلال در طول عمر دامنه‌ای از ۲/۴ تا ۱۶ درصد دارد (کارلسن، کلنچ-آس، روی و راناس، ۲۰۱۴).

برای درمان اختلال‌های روان‌شناختی کودکان از روش‌های دارویی و غیردارویی متعددی بهره گرفته می‌شود. در این میان، برخی از درمانگران کودک بر این باورند که کودکان در بیان و ابراز احساسات و هیجان‌های خود از راه کلام به قدر بزرگسالان توانمند

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1399.20.4.4.1]

نیستند، از این رو روش‌های هنری و غیر رهنمودی همانند بازی‌درمانی که در آن اسباب‌بازی‌ها نقش کلمات و بازی نقش زبان کودک را ایفا می‌کنند (گالا و لاندرت، ۱۹۹۹). نقاشی درمانی و خلق آثار هنری (رضایی، خدابخشی کولایی و تقوایی، ۱۳۹۴)، شعرخوانی و اجرای حرکات آهنگین (خدابخشی کولایی و همکاران، ۱۳۹۴) و سایر روش‌های خلاقانه می‌تواند مؤثر باشد. بازی‌درمانی با ایجاد محیطی آرام، پذیرا و آزاد به کودک رنجور و آسیب‌دیده این امکان را می‌دهد تا بدون ساختار درمانی از پیش تعیین شده‌ای به کشف آزادانه باورها، احساسات خویش و دیگران بپردازد. این تجربه با بازی دوستان، همشیره‌ها و والدین متفاوت است (ری، ۲۰۱۰). براساس تعریف انجمن بازی‌درمانی بریتانیا (۲۰۰۹) «بازی‌درمانی فرایندی پویا بین کودک و درمانگر است که زمان اجرای آن، کودک فضای بازی خود را پیدا می‌کند و به‌طور خودآگاه یا ناخودآگاه به آن چیزی که زندگی گذشته و حال او را تحت تأثیر قرار داده است، می‌اندیشد». بازی‌درمانی، جایگزین درمانی روان‌شناختی مناسبی برای دامنه وسیعی از مشکلات روان‌شناختی کودکان و نوجوانانی است که در دامنهٔ سنی ۳ تا ۱۶ سال قرار دارند (هریس و لاندرت، ۱۹۹۷). نتایج مطالعات نشان می‌دهد بازی‌درمانی برای طیف وسیعی از اختلالات روان‌شناختی مثل اضطراب و افسردگی (پدرو و ردی، ۲۰۰۵)، اضطراب جدایی (لوینسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ یانگ و وانگ، ۲۰۱۹)، ترس‌های شبانه (ابراهیمی دهشیری، مظاهری و طهماسیان، ۱۳۹۰)، ترس‌های اجتماعی (هونگ، ۲۰۱۵)، کاهش اضطراب بیماری (چیل ماکوری، نوولا و سونگارو، ۲۰۱۴)، کودکان دچار تروما یا ضربه‌های روانی (باگرلی، ۲۰۱۷)، مشکلات رشدی و اختلالات تکلمی (گینسبرگ و همکاران، ۲۰۱۲)، بهبود مهارت‌های هیجانی و اجتماعی دانش‌آموزان پیش‌دبستانی (چینه‌کش و همکاران، ۲۰۱۴)، کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه (برزگری و زمینی، ۲۰۱۱) و کودکان مبتلابه اختلالات طیف اتیسم (لیلس و پاکمن، ۲۰۰۹) کاربرد دارد.

درمجموع با توجه به نتایج پژوهش‌ها، کمبود مهارت‌های هوش هیجانی در دانش‌آموزان با اختلال‌های حسی- حرکتی می‌تواند روی شاخص‌های سلامت روان تأثیر منفی بگذارد (جورج و اکپانگ، ۲۰۱۲) و موجب عملکرد روانی ضعیف مانند احساس گناه، خودپنداره منفی، ناامیدی، عزت نفس پایین، اضطراب اجتماعی، شایستگی پایین، انزوای اجتماعی و رضایت‌مندی پایین از زندگی شود (امرسون و لیولین، ۲۰۰۸). از این‌رو با توجه به ادبیات پژوهشی استنباط می‌شود که مطالعه‌های فراوانی درباره اثربخشی بازی‌درمانی بر کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش هوش هیجانی در گروه‌های مختلف و به صورت اختصاصی در کودکان با اختلالات حسی- حرکتی انجام شده است ولی پژوهش‌های بسیار اندکی در این زمینه به نوجوانان با کم‌توانی حرکتی اختصاص پیدا کرده است. از طرف دیگر، در بسیاری از مواقع عامل اصلی مشکلات نوجوانان با کم‌توانی حرکتی در برقراری ارتباط مؤثر و سازگار با محیط پیرامونی و استفاده درست‌نکردن از مهارت‌های اجتماعی در حیطه‌های مختلف (ارتباط، مراقبت از خود، زندگی در خانه، خودرهبری، سلامت و ایمنی و اوقات فراغت) است. بنابراین، رفتارهای سازش‌نایافته آنها منجر به مشکلات روان‌شناختی در همه ابعاد زندگی آنها می‌شود و تأثیر نامطلوبی بر تعامل آنها با سایر افراد می‌گذارد. بر این اساس به آموزش برنامه‌هایی تأکید شده است که عزت نفس، سلامت روان و توانایی مدیریت هیجانی کودکان با اختلالات حسی- حرکتی را به نحو مطلوبی بهبود بخشد (عاشوری، جلیل‌آبکنار؛ غباری‌بناب، حبیب‌پور، ۱۳۹۲). ازاین‌رو پیشنهادهای آموزشی مختلفی در زمینه بهبود مهارت‌های هوش هیجانی (تنظیم هیجانی)، سلامت روان، سازگاری هیجانی و کاهش سطوح اضطراب اجتماعی آنها به‌وسیله متخصصان ارائه شده است که بازی‌درمانی نمونه‌ای از این موارد به

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1399.20.4.4.1]

شمار می‌رود. بنابراین، هدف از این پژوهش اثربخشی بازی‌درمانی بر کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش هوش هیجانی کودکان دارای اختلال حسی حرکتی مقطع ابتدایی شهر اراک بود. سؤال‌های این پژوهش عبارتند از: ۱- آیا بازی‌درمانی تأثیری بر کاهش اضطراب اجتماعی کودکان دارای اختلال حسی حرکتی دارد؟؛ ۲- آیا بازی‌درمانی تأثیری بر افزایش هوش هیجانی کودکان دارای اختلال حسی حرکتی دارد؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نظر هدف یک پژوهش کاربردی و این پژوهش از نظر جمع‌آوری داده‌ها یک پژوهش نیمه‌آزمایشی است. طرح نیمه‌آزمایشی پژوهش حاضر پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری (۲ ماهه) با گروه گواه[۶] بود. در این پژوهش اثربخشی یک متغیر مستقل، یعنی بازی‌درمانی بر متغیرهای وابسته اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی بررسی شده است و شامل مراحل اجرایی زیر می‌باشد: ۱- جایگزین‌کردن تصادفی آِمودنی‌ها؛ ۲- اجرای پیش‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها؛ ۳- اجرای متغیر مستقل روی گروه آزمایش؛ ۴- اجرای پس‌آزمون و ۶- اجرای آزمون پیگیری و جمع‌آوری داده‌ها (با فاصله زمانی ۲ ماه).

جامعهٔ آماری، نمونهٔ آماری و روش نمونه‌گیری: جامعه این پژوهش شامل تمامی کودکان دارای اختلالات حسی و حرکتی ۸ تا ۱۱ سال شهر اراک بود که در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ در مراکز آموزشی شهر اراک خدمات آموزشی و توانبخشی دریافت می‌کردند (۱۵۰ = N). ۲۶ نفر از دانش‌آموزان ۸ تا ۱۱ ساله دارای اختلال‌های حسی- حرکتی از بین مرکز عارف به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و معیارهای ورود (زندگی با والدین و بستری‌نبودن، موافقت برای شرکت در طرح پژوهشی، دامنه سنی ۸ تا ۱۱ سال و نداشتن اختلال‌های هیجانی و رفتاری براساس ملاک‌های پنجمین ویرایش راهنمایی تشخیصی و آماری اختلالات روانی[۷](DSM-۵) (توکلی و فدایی، ۱۳۹۴) و خروج (غیبت در جلسه‌های آموزشی، داشتن اختلال‌های هیجانی و رفتاری و سایر اختلال‌های همبود مانند صرع که منجر به وقفه آموزشی شود و شرکت همزمان در جلسه‌های مشاوره و روان‌درمانی و روان‌پزشکی) برگزیده شدند. به منظور رعایت ملاحظه‌های اخلاقی، به مسئولان مراکز و والدین آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات به‌دست‌آمده از پژوهش به صورت محرمانه و بی‌نام استفاده شود. به منظور حفظ اسرار شخصی و تجاوزنکردن به حریم خصوصی افراد، نتایج در سطح کلی (میانگین) گروه‌ها گزارش شود و برای مقاصد تربیتی در اختیار روان‌شناسان، متخصصان آموزش و پرورش، بهزیستی و مراکز آموزش و توانبخشی کودکان با کم‌توانی حسی- حرکتی قرار گیرد. همچنین، درباره عدم ضرر و زیان ناشی از شرکت در پژوهش، اطلاعات کامل در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و آنها آزاد بودند که هر زمان که بخواهند از ادامه همکاری در پژوهش اجتناب کنند. در پایان پژوهش نیز یک کارگاه سه روزه برای گروه کنترل برگزار و درباره تأثیر بازی‌درمانی گروهی با آنها بحث شد. در همی‌ن راستا نیز یک جزوه آموزشی تهیه و در اختیار آنها قرار گرفت. لازم به توضیح است که برای جمع‌آوری داده‌ها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون از والدین و مربیان برای پرکردن گزینه‌ها استفاده شد.

ابزار

به منظور بررسی متغیرهای پژوهش حاضر از سه ابزار پژوهش زیر استفاده شد.

مقیاس اضطراب اجتماعی (SAQ)[۸]: پرسشنامه اضطراب اجتماعی به‌وسیله واتسون و فرند (۱۹۶۹) به منظور تشخیص و ارزیابی اضطراب اجتماعی ساخته شده است. این ابزار ۵۸ ماده‌ای دارای دو خرده‌مقیاس اجتناب و پریشانی اجتماعی[۹] و ترس از ارزیابی منفی[۱۰] است. خرده‌مقیاس اجتناب اجتماعی ۲۸ ماده و خرده‌مقیاس ترس از ارزشیابی منفی ۳۰ ماده است

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1399.20.4.4.1]

(۱۹۶۹؛ به نقل بساک‌نژاد، معینی و مهرابی‌زاده هنرمند، ۱۳۹۰). این مقیاس به صورت بلی و خیر نمره‌گذاری می‌شود. پایین‌ترین نمره ۱ و بالاترین نمره ۵۸ خواهد بود. خرده‌مقیاس اجتناب اجتماعی، ۲۸ ماده دارد که ۱۵ ماده پاسخ (+) و ۱۳ ماده پاسخ (-) دارند. دامنه نمره بین (۲۸-۰) می‌باشد که نمره‌های ۱۲ به بالا نشان‌دهنده اضطراب اجتماعی در سطح بالاست و نمرات بین (۳-۰) نشان‌دهنده اضطراب اجتماعی در سطح پایین است. خرده‌مقیاس ترس از ارزیابی منفی، ۳۰ ماده دارد که ۱۷ ماده آن پاسخ (+) و ۱۳ ماده آن پاسخ (-) دارد. دامنه این خرده‌مقیاس نیز بین (۰-۳۰) است. نمرات ۱۸ به بالا نشان‌دهنده افرادی است که ترس کمی از ارزیابی منفی دیگران دارند (وکیلیان و هاشم‌آبادی، ۱۳۸۸). نمره بالاتر نشان‌دهنده اضطراب اجتماعی بالاتر است. در بررسی واتسون و فرند، ضریب پایایی بازآزمایی آن، ۰/۷۸ و روایی ملاکی همزمان، ۰/۶۰ محاسبه شده است. در پژوهش برقی ایرانی و همکاران (۱۳۹۴) ضریب پایایی نمره کل با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و با روش‌های تنصیف اسپیرمن – براون و گاتمن ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسشنامه هوش هیجانی سیبر یا شرینگ (EISS)[11]: این پرسشنامه به‌وسیله شرینگ (۱۹۹۶) ساخته شده است. این پرسشنامه حاوی ۳۳ گویه است که با مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت درجه‌بندی شده است. فرم اصلی این آزمون دو قسمت و ۷۰ گویه داشته است. قسمت اول دارای ۴۰ گویه بوده است که ۷ گویه آن حذف شده و ۳۳ گویه باقی مانده است. قسمت دوم ۳۰ گویه بوده که قبل از هر گویه داستانی وجود داشته است و چون در آن با فرهنگ ایرانی همخوانی نداشته، به‌طور کامل حذف شده است. این آزمون، پنج خرده‌مقیاس خودانگیزی سؤال‌های (۳۱، ۲۷، ۲۶، ۲۴، ۲۱، ۲۰،۱۵، ۹، ۱)، خودآگاهی سؤال‌های (۶ ،۱۲، ۱۰، ۱۴، ۳۲، ۳۳)، خودکنترلی سؤال‌های (۲، ۵، ۱۱، ۱۶، ۱۸، ۲۳، ۳۰)، همدلی سؤال‌های (۳، ۴، ۱۷، ۲۲، ۲۵، ۲۹)، و مهارت‌های اجتماعی سؤال‌های (۷، ۸، ۱۳، ۱۹، ۲۸) را اندازه گیری می‌کند. آزمودنی با انتخاب ۱، بیشترین موافقت خو درا با عبارت مطرح‌شده، اعلام می‌کند و این موافقت با انتخاب سایر گزینه‌ها تا ۵ تقلیل پیدا می‌کند. نمره‌گذاری ۹ ماده از آزمون به صورت وارونه در نظر گرفته شده است. درمجموع هرآزمودنی، ۶ نمره جداگانه دریافت می‌کند که یکی نمره کلی و ۵ نمره آن مربوط به هریک از مؤلفه‌ها ست. کمترین نمره کسب‌شده در این آزمون ۳۳ و بیشترین آن ۱۶۵ است. نمره بالا در این آزمون، نشان‌دهنده هوش هیجانی بیشتر است. منصوری (۱۳۸۰) آلفای کرونباخ آزمون ۳۳ گویه‌ای را در حدود ۰/۸۴ گزارش کرده است. همچنین روایی سازه این آزمون را از طریق سنجش همبستگی نمرات آزمودنی‌ها در این آزمون و تست عزت نفس کوپر اسمیت r =۰/۶۳ به دست آورده است. در بررسی پایایی این آزمون، میزان همسانی درونی آزمون که روی یک نمونه ۴۰۰ نفری اجرا شد، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۴ به دست آمد که نشان‌دهنده پایابی مناسبی پرسشنامه هوش هیجانی شرینگ است (منصوری،۱۳۸۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های خودانگیزی ۰/۷۶، خودآگاهی ۰/۷۲، خودکنترلی ۰/۷۶، همدلی ۰/۷۰، و مهارت‌های اجتماعی ۰/۷۴ و کل پرسشنامه ۰/۸۰ به دست آمد.

روش اجرا: پس از بیان ضرورت پژوهش برای مدیران مراکز آموزشی و توانبخشی حرفه‌ای موردنظر، به کودکان و والدین آنان در رابطه با مطالعه اطلاعات لازم داده شد و از آنها رضایت‌نامه کتبی مبنی بر شرکت در پژوهش اخذ شد. نخست تمامی شرکت‌کننده‌ها پرسشنامه اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی را به کمک والدین و مربیان تکمیل کردند و نمره‌های آنها به‌عنوان پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. سپس به‌طور تصادفی در یکی از دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۳ نفر) قرار گرفتند. بازی‌درمانی به‌وسیله یک

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1399.20.4.4.1]

روان‌شناس دارای مدرک کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی در سه جلسه یک ساعتی فرا گرفته شد و با استفاده از روش ایفای نقش در ۸ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای در دو ماه و هفته‌ای دو جلسه کودکان گروه آزمایش را تحت مداخله آموزشی قرار داد، در صورتی که به گروه کنترل هیچ نوع آموزشی ارائه نشد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها: داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویراست ۲۴ و روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری با اندازه‌گیری مکرر و با توجه به رعایت مفروضه‌های زیربنایی آن و سطح خطای ۰/۰۵ انجام شد.

جدول ۱ خلاصه جلسه‌های آموزشی بازی‌درمانی

بازی‌درمانی	موضوع	دستورکار	زمان
جلسه اول	پیش‌آزمون	اجرای آزمون اضطراب اجتماعی فضاسازی درمان	۷۰
جلسه دوم	بازی بادکنک خشم	توضیح موضوع خشم و اجرای بازی بادکنک خشم به صورت انفرادی	۷۰
جلسه سوم	بازی بادکنک خشم	اجرای بازی بادکنک خشم[۱۲] با همکاری همدیگر (دو با دو)	۷۰
جلسه چهارم	بازی کلمات احساسی	توضیح درباره احساسات بیان، احساسات در قالب داستان یا اتفاق روزمره برای درمانگر	۷۰
جلسه پنجم	بازی کلمات احساسی	بیان احساسات در قالب داستان یا اتفاقات روزمره به صورت دو با دو یا گروهی	۷۰
جلسه ششم	بازی صندلی	چرخیدن به دور صندلی‌ها و نشستن روی صندلی‌ها بعد از قطع‌شدن آهنگ و برنده‌شدن افراد	۷۰
جلسه هفتم	بازی صندلی	چرخیدن به دور صندلی‌ها و نشستن روی صندلی‌ها بعد از قطع‌شدن آهنگ و برنده‌شدن گروهی	۷۰
جلسه هشتم	پس‌آزمون	اجرای پرسشنامه	۷۰

یافته‌ها

جدول ۲ میانگین (و انحراف استاندارد) خرده‌مقیاس‌های اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی در سه موقعیت پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایشی و گواه

		بازی‌درمانی		گواه	
متغیر	موقعیت	M	SD	M	SD
	پیش‌آزمون	۱۴/۵۳	۱/۳۳	۱۴/۲۳	۰/۹۲۶
اجتناب و آشفتگی اجتماعی	پس‌آزمون	۱۰/۵۳	۱/۰۵	۱۲/۶۹	۰/۶۳۰
	پیگیری	۹/۲۳	۰/۹۲۶	۱۲/۰۷	۰/۷۵۹
	پیش‌آزمون	۱۷/۶۹	۰/۹۴۷	۱۸/۱۵	۰/۹۸۷
ترس از ارزیابی منفی	پس‌آزمون	۱۳/۶۱	۱/۰۴	۱۶/۹۲	۱/۱۱
	پیگیری	۱۲/۲۳	۰/۹۲۶	۱۵/۷۶	۰/۹۲۶
	پیش‌آزمون	۳۲/۲۳	۱/۴۲	۳۲/۳۸	۱/۳۲
اضطراب اجتماعی	پس‌آزمون	۲۴/۱۵	۱/۳۴	۲۹/۶۱	۱/۱۹
	پیگیری	۲۱/۴۶	۰/۹۶۷	۲۷/۸۴	۱/۲۸
	پیش‌آزمون	۱۶/۱۵	۰/۹۸۷	۱۵/۷۶	۱/۰۹
خودانگیزی	پس‌آزمون	۱۹/۹۲	۰/۸۶۲	۱۷/۰۷	۱/۱۸
	پیگیری	۲۰/۷۶	۱/۰۹	۱۷/۶۹	۱/۳۷
خودآگاهی	پیش‌آزمون	۱۹/۰۷	۱/۱۱	۱۹/۱۵	۱/۳۴
	پس‌آزمون	۲۳	۱/۵۲	۲۰/۰۷	۱/۳۲
	پیگیری	۲۴/۰۷	۱/۶۰	۲۰/۴۶	۱/۳۹
خودکنترلی	پیش‌آزمون	۱۸/۲۳	۱/۰۹	۱۸/۴۶	۱/۰۵

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1399.20.4.4.1]

	پس‌آزمون	۲۲/۷۶	۱/۰۹	۱۹/۵۳	۰/۸۷۷
	پیگیری	۲۳/۴۶	۱/۱۹	۱۹/۹۲	۱/۲۵
همدلی	پیش‌آزمون	۱۵/۶۱	۱/۱۹	۱۵/۶۱	۱/۰۴
	پس‌آزمون	۱۹/۲۳	۱/۱۹	۱۶/۶۱	۱/۰۴
	پیگیری	۲۰/۲۳	۱/۱۲	۱۷/۵۳	۱/۰۵
مهارت اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۳	۰/۹۱۲	۱۳/۰۷	۰/۸۶۲
	پس‌آزمون	۱۶/۷۶	۱/۵۳	۱۴/۰۷	۱/۱۱
	پیگیری	۱۸/۰۷	۱/۶۰	۱۵/۱۵	۱/۳۴
هوش هیجانی	پیش‌آزمون	۸۲/۰۷	۲/۴۹	۸۲/۰۷	۲/۲۵
	پس‌آزمون	۱۰۱/۶۹	۲/۸۹	۸۷/۳۸	۱/۹۳
	پیگیری	۱۰۶/۶۱	۲/۵۳	۹۰/۷۶	۲/۹۱

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، گروه آزمایش پس از دریافت مداخله نسبت به گروه کنترل از اضطراب اجتماعی پایین‌تر و هوش هیجانی بالاتری در مقایسه با گروه گواه برخوردار است. نتایج آزمون مفروضه نرمال‌بودن شاپیرو ویلکز[۱۳] نشان داد که پس‌آزمون مؤلفه‌های اجتناب از اجتناب اجتماعی (P=۰/۲۹۱)، ترس از ارزیابی منفی (P=۰/۰۷۹)، اضطراب اجتماعی (P=۰/۵۴۵)، خودانگیزی (P=۰/۳۹۴)، خودآگاهی (P=۰/۷۸۰)، خودکنترلی (P=۰/۱۷۵)، همدلی (P=۰/۳۳۷)، مهارت‌های اجتماعی (P=۰/۱۳۱) و هوش هیجانی (P=۰/۲۶۰) تابع توزیع نرمال هستند؛ مفروضه آزمون ام باکس برای متغیر اضطراب اجتماعی (*P*=۰/۵۲۹، F= ۰/۹۴۷ و *BOX*= ۳۷/۴۱۹) و برای متغیر هوش هیجانی (*P*=۰/۳۵۶، F= ۰/۸۹۷ و *BOX*= ۴۲/۸۷۵) معنادار نبود و بیانگر این است که شرط همگنی ماتریس‌های واریانس- کواریانس برقرار است. نتایج مفروضه آزمون‌های همگنی واریانس‌های لون درباره مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری حاکی از برابری واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل است. مفروضه رابطه خطی بین پیش‌آزمون‌های اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی به‌عنوان متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها[۱۴]) و پس‌آزمون‌های آنها به‌عنوان متغیرهای وابسته تأیید شد. مفروضه عدم هم‌خطی بودن چندگانه[۱۵] بین متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) نشان داد که متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها یا پیش‌آزمون‌ها) با یکدیگر همبستگی بالای ۰/۹۰ ندارند و بالاخره، مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون، یعنی تعامل گروه و پیش‌آزمون (متغیر کوواریته) در متغیرهای بالا تأیید شد. همچنین نتایجی که برای آزمون کرویت موچلی شامل ضریب موچلی و مقدار و سطح آن برای مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی (P≤۰/۰۶۰، ۵/۶۲= کای اسکور، ۲ = DF) و هوش هیجانی (P≤۰/۰۶۲، ۵/۵۶۵= کای اسکور، ۲ = DF) معناداری به دست نیامده است. در اینجا می‌توان بیان کرد که فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی برای مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی رعایت شده است.

اطلاعات جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه‌ها (آزمایش و گواه) و تعامل (گروه × زمان) از لحاظ حداقل یکی از متغیر وابسته (اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی) تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین زمان‌های سنجش (پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معناداری وجود دارد. از آن‌جایی‌که بین گروه‌ها (آزمایش و گواه) و تعامل (گروه × زمان) از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد، برای بررسی نقطه تفاوت به انجام تحلیل واریانس‌های یک‌راهه در متن مانوای تکراری روی هریک از متغیرهای وابسته مبادرت شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1399.20.4.4.1]

جدول ۳ خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری با سنجش‌های تکراری روی نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی

متغیر	موقعیت	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	P	اتا
اضطراب اجتماعی	بین آزمودنی (گروه)	لمبدای ویلکز	۰/۲۰۳	۴۵/۲۴۴	۲	۲۳	P≤۰/۰۰۱	۰/۷۹۷
	درون آزمودنی (زمان)	لمبدای ویلکز	۰/۰۳۰	۱۷/۹۴۴	۴	۲۱	P≤۰/۰۰۱	۰/۹۷۰
	تعامل(گروه × زمان)	لمبدای ویلکز	۰/۱۳۰	۳۵/۰۵۱	۴	۲۱	P≤۰/۰۰۱	۰/۸۷۰
هوش هیجانی	بین آزمودنی (گروه)	لمبدای ویلکز	۰/۱۲۷	۲۷/۵۶۲	۵	۲۰	P≤۰/۰۰۱	۰/۸۷۳
	درون آزمودنی (زمان)	لمبدای ویلکز	۰/۰۰۶	۲۲۹/۳۹۹	۱۰	۱۵	P≤۰/۰۰۱	۰/۹۹۴
	تعامل(گروه × زمان)	لمبدای ویلکز	۰/۰۲۰	۷۱/۸۶۵	۱۰	۱۵	P≤۰/۰۰۱	۰/۹۸۰

جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه با سنجش‌های تکراری در متن مانوای تکراری روی نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی در گروه‌های آزمایش و گواه

منبع تغییرات	متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P	اتا
بین آزمودنی (گروه)	اجتناب اجتماعی	۴۷/۷۰۵	۱	۴۷/۷۰۵	۲۳/۴۰۳	P≤۰/۰۰۱	۰/۴۹۴
	تراز ارزیابی منفی	۱۱۵/۷۰۵	۱	۱۱۵/۷۰۵	۵۱/۱۳۳	P≤۰/۰۰۱	۰/۶۸۱
	اضطراب اجتماعی	۱۸۷/۵۶۷	۱	۱۸۷/۵۶۷	۷۵/۳۶۸	P≤۰/۰۰۱	۰/۷۲۱
درون آزمودنی زمان	اجتناب اجتماعی	۱۸۰/۹۴۲	۱	۱۸۰/۹۴۲	۳۵۵/۰۵۷	P≤۰/۰۰۱	۰/۹۳۷
	ترس از ارزیابی منفی	۲۰۰/۰۷۷	۱	۲۰۰/۰۷۷	۳۹۵/۰۸۸	P≤۰/۰۰۱	۰/۹۴۳
	اضطراب اجتماعی	۲۵۶/۴۱۲	۱	۲۵۶/۴۱۲	۴۱۰/۳۶۹	P≤۰/۰۰۱	۰/۹۶۲
تعامل: (گروه × زمان)	اجتناب اجتماعی	۳۲/۳۲۷	۱	۳۲/۳۲۷	۶۳/۴۳۴	P≤۰/۰۰۱	۰/۷۲۶
	تراز ارزیابی منفی	۳۰/۷۶۹	۱	۳۰/۷۶۹	۶۰/۷۵۹	P≤۰/۰۰۱	۰/۷۱۷
	اضطراب اجتماعی	۳۸/۷۵۶	۱	۳۸/۷۵۶	۷۴/۹۲۱	P≤۰/۰۰۱	۰/۷۲۹
بین آزمودنی (گروه)	خودانگیزی	۸۶/۲۰۵	۱	۸۶/۲۰۵	۲۹/۷۰۸	P≤۰/۰۰۱	۰/۵۵۳
	خودآگاهی	۹۰/۴۶۲	۱	۹۰/۴۶۲	۱۹/۴۷۴	P≤۰/۰۰۱	۰/۴۴۸
	خودکنترلی	۹۲/۶۲۸	۱	۹۲/۶۲۸	۳۰/۲۹۴	P≤۰/۰۰۱	۰/۵۵۸
	همدلی	۶۱/۰۳۸	۱	۶۱/۰۳۸	۲۰/۶۱۰	P≤۰/۰۰۱	۰/۴۶۲
	مهارت اجتماعی	۶۶/۴۶۲	۱	۶۶/۴۶۲	۱۶/۰۳۳	P≤۰/۰۰۱	۰/۴۰۰
	هوش هیجانی	۱۲۳/۷۴۱	۱	۱۲۳/۷۴۱	۴۲/۴۱۲	P≤۰/۰۰۱	۰/۵۱۲
درون آزمودنی زمان	خودانگیزی	۱۳۸/۹۴۲	۱	۱۳۸/۹۴۲	۲۳۸/۱۸۷	P≤۰/۰۰۱	۰/۹۰۸
	خودآگاهی	۱۲۹/۳۰۸	۱	۱۲۹/۳۰۸	۱۳۸/۶۳۹	P≤۰/۰۰۱	۰/۸۵۲
	خودکنترلی	۱۴۵/۵۵۸	۱	۱۴۵/۵۵۸	۳۹۸/۳۶۸	P≤۰/۰۰۱	۰/۹۴۳
	همدلی	۱۳۸/۹۴۲	۱	۱۳۸/۹۴۲	۳۳۳/۴۶۲	P≤۰/۰۰۱	۰/۹۳۳
	مهارت اجتماعی	۱۶۶/۳۲۷	۱	۱۶۶/۳۲۷	۳۶۵/۴۵۱	P≤۰/۰۰۱	۰/۹۳۸
	هوش هیجانی	۱۸۹/۳۵۱	۱	۱۸۹/۳۵۱	۴۳۶/۷۵۴	P≤۰/۰۰۱	۰/۹۵۱
تعامل: (گروه×زمان)	خودانگیزی	۲۳/۵۵۸	۱	۲۳/۵۵۸	۴۰/۳۸۵	P≤۰/۰۰۱	۰/۶۲۷
	خودآگاهی	۴۴/۳۰۸	۱	۴۴/۳۰۸	۴۷/۵۰۵	P≤۰/۰۰۱	۰/۶۶۴
	خودکنترلی	۴۶/۱۷۳	۱	۴۶/۱۷۳	۱۲۶/۳۶۸	P≤۰/۰۰۱	۰/۸۴۰
	همدلی	۲۳/۵۵۸	۱	۲۳/۵۵۸	۵۶/۵۳۸	P≤۰/۰۰۱	۰/۷۰۲
	مهارت اجتماعی	۲۹/۲۵۰	۱	۲۹/۲۵۰	۶۴/۲۶۸	P≤۰/۰۰۱	۰/۷۲۸
	هوش هیجانی	۵۷/۴۱۲	۱	۵۷/۴۱۲	۱۵۷/۳۸۴	P≤۰/۰۰۱	۰/۶۵۷

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که تحلیل کوواریانس‌های یک‌راهه با سنجش‌های تکراری مربوط به اثر زمان‌ها (از پس‌آزمون تا پیگیری) در هر دو متغیر اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی معنادار می‌باشند. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، تأثیر گروه بر نمره‌های اضطراب اجتماعی (P<۰/۰۰۱،

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1399.20.4.4.1]

۷۵/۳۶۸= (۱ و ۲۴) F)، و هوش هیجانی (P<۰/۰۰۱، ۴۲/۴۱۲= (۱ و ۲۴) F) معنادار است. بنابراین می‌توان بیان کرد که بین میانگین نمرات (اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی) بین دو گروه آزمایشی و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. تأثیر زمان بر نمره‌های اضطراب اجتماعی (P<۰/۰۰۱، ۴۱۰/۳۶۹= (۱ و ۲۴) F)، و هوش هیجانی (P<۰/۰۰۱، ۴۳۶/۷۵۴= (۱ و ۲۴) F) معنادار می‌باشد. بنابراین می‌توان بیان کرد که چشم پوشی کردن از گروه آزمایشی بین میانگین نمرات (اجتناب و آشفتگی اجتماعی و ترس از ارزیابی منفی اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی) گروه آزمایشی در سه موقعیت پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه برای نمره‌های اضطراب اجتماعی (P<۰/۰۰۱، ۷۴/۹۲۱= (۱ و ۲۴) F) و هوش هیجانی (P<۰/۰۰۱، ۱۵۷/۳۸۴= (۱ و ۲۴) F) معنادار می‌باشد. بنابراین می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود از تأثیر درون آزمودنی‌ها (زمان) بر نمره‌های اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی می‌توان نتیجه گرفت که چشم پوشی کردن از زمان اندازه‌گیری بین میانگین نمرات گروه آزمایشی در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. از آن‌جایی‌که اثر تعامل بین عامل درون گروهی زمان اندازه‌گیری و عامل بین گروهی معنادار بود، اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از تصحیح بنفرنی بررسی شد.

نتایج سطح *تصحیح بنفرونی* نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی گروه آزمایشی و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($P\leq$۰/۰۰۱). همچنین نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایشی در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری بین میانگین نمرات مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی و هوش هیجانی گروه آزمایشی تفاوت معناداری وجود دارد ($P\leq$۰/۰۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی بازی‌درمانی بر کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش هوش هیجانی کودکان دارای اختلال حسی حرکتی بود. نتایج پژوهش نشان داد که بازی‌درمانی بر کاهش اضطراب اجتماعی کودکان دارای اختلال حسی حرکتی مؤثر بوده است. این نتایج با مطالعه‌های دیگر مانند (پدرو و ردی، ۲۰۰۵؛ لوینسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ یانگ و وانگ، ۲۰۱۹؛ ابراهیمی دهشیری، مظاهری و طهماسیان، ۱۳۹۰؛ هونگ، ۲۰۱۵؛ چیل ماکوری، نوولا و سونگارو، ۲۰۱۴؛ باگرلی، ۲۰۱۷؛ گینسبرگ و همکاران، ۲۰۱۲؛ چینه‌کش و همکاران، ۲۰۱۴؛ برزگری و زمینی، ۲۰۱۱ و لیلس و پاکمن، ۲۰۰۹) همخوان است.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت بازی‌درمانی به کودک این امکان را می‌دهد تا بدون ترس از هیجان‌های منفی و سرکوب‌شده خود را در قالبی جامعه‌پسند همچون بازی ابراز کند. در این درمان، درمانگر کودک را بدون قید و شرط می‌پذیرد و زمانی که کودک نگران و عصبی است، صحبت‌های آنها را می‌شنود (واترز و همکاران، ۲۰۱۲). بازی فعالیتی لذت‌بخش و سرگرم‌کننده برای کودکان است و کودکان در زمان انجام آن هیجان‌های مثبت و منفی خود را بروز می‌دهند. ازاین‌رو، روش مناسبی برای درمان اضطراب‌های کودکان محسوب می‌شود تا از این راه کودک راهبردهای مناسب را برای رویارویی با فشارها و آشفتگی‌های زندگی خود بیاموزد (چیل ماکوری و همکاران، ۲۰۱۴). تجربه بازی‌درمانی به کودک احساس خودکارآمدی و تسلط بر محیط را می‌دهد و درنهایت او را در برابر مشکلات زندگی توانمند می‌سازد (باگرلی، ۲۰۱۷).

در تبیین دیگر این یافته می‌توان گفت که محتوای بازی‌های به‌کاربرده شده در پژوهش

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1399.20.4.4.1]

حاضر برای کودکان مبتلا به اختلال‌های حسی- حرکتی بیشتر روش‌هایی را در بر می‌گیرد که مشارکت و ارتباط اجتماعی کودکان را هدف قرار می‌دادند؛ به‌عنوان نمونه بادکنک خشم (سهرابی شگفتی، ۱۳۹۰) که انجام آن در جلسه‌های درمانی می‌تواند موجب همکاری و تعامل کودکان دارای مشکل حسی- حرکتی شود. بازی کلمات احساسی موجب آشنایی کودکان با احساسات خود از جمله اضطراب و اضطراب اجتماعی می‌شود (سهرابی شگفتی، ۱۳۹۰) و بازی معلم نیز موجب ابراز وجود کودکان و صحبت کردن آنها به‌عنوان معلم برای کودکان دیگر می‌شود که موجب تعامل و افزایش اعتمادبه نفس کودکان دارای مشکلات حسی- حرکتی می‌شود. بنابراین می‌توان گفت که این بازی‌ها نقش عمده‌ای در کاهش اضطراب اجتماعی کودکان دارای اختلال حسی-حرکتی داشته است. ذکر این نکته لازم است که پژوهش‌ها به دلیل اثربخشی بازی در کودکان به این صورت اشاره کرده‌اند که کودکان در جلسه‌های بازی‌درمانی از راه عمل (بازی)، هیجان‌های خود را رها می‌سازند؛ برای حل مشکلات از تفکر خلاق استفاده می‌کنند و با احساسات و توانایی‌های خود آشنا می‌شوند (امیرپور و همکاران، ۱۳۹۲). بنابراین بازی‌درمانی می‌تواند موجب آشنایی کودکان دارای اختلال حسی- حرکتی با احساسات و توانایی‌های خود شود که آنها از این راه می‌توانند اضطراب خود را ابراز کنند و این امر می‌تواند موجب کاهش اضطراب اجتماعی در آنان شود.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بازی‌درمانی بر افزایش هوش هیجانی کودکان دارای اختلال حسی حرکتی مؤثر بوده است این نتایج با مطالعه‌های دیگر برای مثال (پدرو و ردی، ۲۰۰۵؛ لوینسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ یانگ و وانگ، ۲۰۱۹؛ ابراهیمی دهشیری، مظاهری و طهماسیان، ۱۳۹۰؛ هونگ، ۲۰۱۵؛ چیل ماکوری، نوولا و سونگارو، ۲۰۱۴؛ باگرلی، ۲۰۱۷؛ گینسبرگ و همکاران، ۲۰۱۲؛ چینه‌کش و همکاران، ۲۰۱۴؛ برزگری و زمینی، ۲۰۱۱ و لیلس و پاکمن، ۲۰۰۹) همخوان است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که به دلیل اهمیت بازی در تحول هیجانی کودکان، بازی‌درمانی می‌تواند هوش هیجانی را ارتقا بخشد. انسان بازی می‌کند، زیرا بازی او را از گذشت زمان رها می‌سازد و در مواقعی که از فرد خواسته می‌شود خود را شخص دیگری تصور کند، او را از قید خودش نیز رها می‌سازد؛ خودی که دنیای اجتماعی با همه قید و بندها برای او ساخته است. این آزادشدن ذهن از قیود مکان، زمان، سطح اجتماعی، هوش و ... به فرد توانانی انجام هر کاری را می‌دهد و او اینگونه می‌تواند هیجان‌های نو را تجربه کند و تمایل بیشتری برای تجربه آنها داشته باشد (اکلر، ۲۰۱۹). در جلسه‌های بازی‌درمانی و در جریان بازی، کودک راغب می‌شود تا با ایفای نقش‌های به‌خصوص در قصه حالت احساسی و هیجانی کاراکتر در نظر گرفته شده را ابراز کند. شناخت و هوش از این موضوع که در وضعیت موردنظر کاراکترهای قصه چه احساسات و هیجاناتی دارند، می‌تواند هوش هیجانی کودک را افزایش دهد (ایوکوایچ و براکت، ۲۰۱۴).

بازی وسیله طبیعی کودک برای بیان و اظهار «خود» است. آدلر، روان‌شناس معروف می‌گوید که «هرگز نباید به بازی‌ها به‌عنوان روشی برای وقت‌کشی نگاه کرد.» کاینست اظهار می‌کند که «بازی‌کردن برای کودک مساوی است با صحبت‌کردن برای یک بزرگسال. بازی و اسباب بازی، کلمات کودکان هستند» . بازی، روش طبیعی شرکت کودکان در فعالیت‌هایی است که سرانجام سبب کسب مهارت‌های

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1399.20.4.4.1]

اجتماعی و ورزیدگی برای مقابله با مشکلات زندگی می‌شود. کودکان از راه بازی احساسات، ناکامی‌ها و اضطراب‌های خود را بیان می‌کنند و با دیگران به تعامل می‌پردازند. همه کودکان فارغ از رنگ پوست و مو یا تعلق به نژاد و قوم خاص در هر کجای دنیا که باشند، بازی می‌کنند و فعالیت بازی درواقع تلاش کودک برای کنارآمدن با محیط است که از این راه او خود را می‌شناسد و دنیا را درک می‌کند (اکلر، ۲۰۱۹).

در نهایت استفاده از برنامه‌های بازی‌درمانی با تأکید بر افزایش خودانگیزی، خودآگاهی، همدلی، مهارت‌های اجتماعی برای این افراد بسیار مفید خواهد بود. هدف کاربردی دیگر پژوهش حاضر، آگاه‌کردن معلمان، مربیان از سطوح مختلف هدف‌های آموزشی و نقش مهم عملیاتی‌کردن یادگیری مهارت‌های بازی‌درمانی است که تنها در این صورت بهبود چشمگیری در نتایج فعالیت‌های آموزشی و توانبخشی آنان حاصل خواهد شد و یادگیرنده فرصت پیدا می‌کند که مهارت‌های کاربردی را در خود پرورش دهد، درنتیجه این توانایی منجر به بهبود اضطراب اجتماعی و حرمت خود در آنها می‌شود. بنابراین، آگاهی دادن به والدین و مربیان درخصوص نقش و اهمیت آموزش مهارت‌های اجتماعی کاربردی، تأثیر به‌سزایی در بهبود مهارت‌های مدیریت هوش هیجانی به صورت درون‌فردی و بین‌فردی خواهد داشت.

پژوهش حاضر نیز مانند سایر پژوهش‌های حوزهٔ علوم رفتاری محدودیت‌هایی داشت از جمله اینکه نمونهٔ پژوهش حاضر فقط کودکان دارای مشکلات حسی حرکتی ۸ تا ۱۱ ساله شهر اراک بود که در تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌های سنی و سایر نقاط باید جوانب احتیاط را رعایت کرد. استفاده از ابزارهای خودگزارشی شاید موجب کاهش دقت و سوگیری در پاسخ‌ها شود، ازاین‌رو پیشنهاد می‌شود تا در مطالعه‌های آتی از ابزارهایی همچون مصاحبه و مشاهده برای ارزیابی میزان اضطراب اجتماعی استفاده شود. همچنین یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش کنترل نشدن متغیرهای جمعیت‌شناختی ازجمله وضعیت اجتماعی- اقتصادی و سطح تحصیلات والدین و نگرش به معلولیت به‌عنوان متغیرهای اثرگذار در پژوهش می‌باشد. اجرانشدن آزمون پیگیری طولانی‌مدت (۶ ماهه) به دلیل محدودیت زمانی، تعمیم‌پذیری نتایج این پژوهش را با دشواری مواجه می‌سازد. به هر حال، باید تعمیم نتایج این پژوهش به مراکز توانبخشی دیگر در سایر شهرستان‌ها یا استان‌ها با احتیاط انجام شود. در اینجا پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی به بررسی اثربخشی سایر برنامه‌های آموزشی بر رشد عاطفی، سلامت روان و حرمت خود افراد با معلولیت حسی- حرکتی بپردازند. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند مورد استفاده سازمان‌هایی همچون آموزش و پرورش، دانشگاه‌ها، مؤسسه‌های درمانی و مؤسسه‌هایی که با تربیت کودکان و نوجوانان سروکار دارند و مراکز توانبخشی به منظور ارائه خدمات بهتر به افراد با معلولیت جسمی- حرکتی قرار گیرد. شایسته است که تأثیر آموزش بازی‌درمانی بر سایر ویژگی‌های کودکان با معلولیت حسی-حرکتی بررسی شود. همچنین مطالعه حاضر در نمونه‌های دیگری نیز از جمعیت‌های اقتصادی- اجتماعی متفاوت انجام شود. برای بررسی ماندگاری در مداخله ارائه‌شده، مراحل زمانی مختلفی برای پیگیری میزان اثربخشی مداخله در نظر گرفته شود. با توجه به کوتاه‌بودن و مقرون به‌صرفه‌بودن و همچنین تمرین‌های رویکرد بازی‌درمانی نسبت به سایر رویکردهای درمانی (که ساده‌تر و قابل فهم‌تر است) پیشنهاد می‌شود تا متخصصان، روان‌شناسان، روانپزشکان و مشاوران در امر بهبود روابط والد و کودک، افزایش کیفیت زندگی و هوش هیجانی این آموزش را به‌عنوان شیوه‌ای نوین و مؤثر مدنظر داشته باشند. درنهایت پیشنهاد می‌شود که برنامه آموزش بازی‌درمانی به صورت خدمات آموزشی و روان‌شناختی

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1399.20.4.4.1]

تدوین و در مراکز توانبخشی به افراد با کم‌توانی حسی-حرکتی ارائه شود.

بازی بادکنک خشم: در این بازی، ترکاندن بادکنک‌ها کودک را قادر می‌سازد خشم خود را ببیند؛ بشنود و احساس کند. بنابراین به او فرصت داده می‌شود که خشم خود را لمس کرده و آن را بیان کند. ۱- به کودک یک بادکنک بدهید تا آن را باد کند، سپس بادکنک را گره بزنید یا به او کمک کنید که بادکنک را گره بزند. الف) برای کودک توضیح دادیم که بادکنک معرف بدن و هوای داخل آن معرف خشم است. ب) از کودک خواستیم سؤال کند (بعد از اینکه آن را گره زد)، آیا هوای آن بادکنک را می‌توان خارج کند یا هوایی به داخل آن وارد کند. از کودک پرسیدیم اگر مغزش بادکنک باشد و خشم هوای درون آن باشد، آیا جایی برای فکر کردن خالی و روشن خواهد داشت؛ ۲- سپس کودک بادکنک را فشرده می‌کند تا منفجر شود و تمام هوای آن بیرون بیاید. الف) از کودک پرسیدیم آیا این روش راحت بیرون‌ریختن خشم نیست؟ چون بعضی از کودکان ممکن است از ترکیدن بادکنک بترسند. راجع به این ترس صحبت کنید. ب) برای کودک توضیح دهید که اگر بادکنک یک آدم باشد، ترکیدن بادکنک یک عمل پرخاشگرانه مثل زدن یک فرد، یا یک شیء خواهد بود. بپرسید آیا این کار، روش مناسبی برای تخلیه خشم است؟ ۳- از کودک بخواهید بادکنک دیگری باد کند. این بار سر آن را نبندید، اما از او بخواهید سر آن را نگه دارد، طوری که هوای داخل آن خارج نشود، توضیح دهید که بادکنک بدن است و هوای داخل آن معرف خشم است. ۴- از او بخواهید به آرامی، کمی از هوای بادکنک راخالی کند، سپس با دست سر آن را بگیرد تا بسته شود. الف) از او بپرسید «آیا بادکنک کوچک‌تر شده است؟ آیا ترکیده است؟ آیا به نظر نمی‌رسد این روش برای بیرون ریختن خشم مناسب باشد، آیا بادکنک تا زمانی که خشم خارج شود، راحت می‌شود؟ برای کودک این واقعیت را برجسته کنید، تا زمانی که خشم تخلیه می‌شود، هم بادکنک و هم اطرافیان آن بادکنک در آرامش خواهند بود. ۵- از کودک بخواهید این کار را چندین بار تکرارکند تا زمانی که تمام هوای بادکنک خالی شود. دوباره توضیح دهید هوای داخل بادکنک معرف خشم است. با کودک درباره اینکه چه چیزهایی ما را عصبانی می‌کنند و راه‌های مناسب تخلیه آرام خشم چیست، صحبت کنید. به کودک بگویید اگر اجازه دهیم خشم درون ما انباشته شود، مثل بادکنک می‌تواند بزرگ شده و بترکد و به خودمان و دیگران آسیب برسانیم. سپس او شیوه‌های مختلفی را که بتواند خشم خود را به شکل مناسب تخلیه کند، مرور می‌کند.

۱۲-در این بازی، ترکاندن بادکنک‌ها کودک را قادر می‌سازد خشم خود را ببیند، بشنود و احساس کند. بنابراین به او فرصت داده می‌شود که خشم خود را لمس کرده و آن را بیان کند.

پی‌نوشت‌ها

1. American Psychiatric Association
2. World Health Organization
3. Emotional intelligence
4. Social anxiety
5. American psychiatry association
6. Goup design
7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
8. Social anxiety questionnaire (SAQ)
9. Social avoidance and distress (SAD)
10. Fear Negative evaluation (FNE)
11. Emotional Intelligence Cicero's or Shering's (EISS)
12. Shapiro Wilks
13. Covariate
14. Multicollinearity

منابع

ابراهیمی دهشیری و.، مظاهری م. ع.، طهماسیان ک. (۱۳۹۰) «اثربخشی بازی‌درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری در کاهش ترس از شب کودکان»، *مجله علوم رفتاری*، ۵ (۳)، ۲۵۳-۲۶۰.

امیرپور ب.، کلهرنیاگلکار م.، یوسفی م.، گلداری ن. (۱۳۹۲) «اثربخشی بازی‌درمانی گروهی بر کاهش علائم اختلال نارسایی توجه کودکان»، *دوفصلنامه روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان*، ۱ (۱): ۷۱-۸۶.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1399.20.4.4.1]

برقی ایرانی ز.، محمدی ا.، بگیان کوله‌مرز م. ج.، بختی م. (۱۳۹۴) «نقش اجتناب شناختی و تعلل‌ورزی تصمیم‌گیری در پیش‌بینی اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان». *فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۱۴ (۱۶): ۱۷-۳۷.

خدابخشی کولایی آ.، سبزیان م.، فلسفی‌نژاد م. ر. (۱۳۹۴) «تأثیر شعردرمانی و حرکات ریتمیک بر کاهش اضطراب و پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی»، *مجله پرستاری کودکان*، ۱(۴): ۱۱-۲۱.

رضایی س.، خدابخشی‌کولایی آ.، تقوایی د. (۱۳۹۴) «اثربخشی نقاشی درمانی بر کاهش اضطراب و پرخاشگری دانش‌آموزان دبستانی پسر دارای اختلالات برونی‌سازی شده»، *مجله پرستاری کودکان*، ۲ (۲): ۱۰-۱۹.

سهرابی شگفتی ن. (۱۳۹۰) «روش‌های مختلف بازی‌درمانی و کاربرد آن در درمان اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان»، *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۱(۴): ۴۱-۵۸.

عاشوری م.، جلیل آبکنار س. س.، غباری‌بناب ب، حبیب‌پور س. (۱۳۹۲) «تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهبود عزت نفس نوجوانان با کم‌توانی ذهنی»، *پژوهش در علوم توان‌بخشی*، ۹ (۶): ۹۵۵-۹۶۸.

منصور م. (۱۳۸۸) *روان‌شناسی ژنتیک: تحول روانی از تولد تا پیری*، تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت، مرکز تحقیق و توسعهٔ علوم انسانی، چاپ دهم.

منصوری ب (۱۳۸۰) *هنجاریابی آزمون هوش هیجانی سیسبر یا شرینگ در بین دانشجویان کارشناسی‌ارشد دانشگاه های دولتی شهر تهران پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.

نعمتی ش.، معتمد یگانه ن.، شریفی ع. (۱۳۹۵) «مروری بر آسیب مهارت‌های حسی حرکتی و پیامدهای روان‌شناختی آن در کودکان با ناتوانی‌های رشدی و ذهنی، کودکان با اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی و کودکان با اختلال یادگیری ویژه»، *مجله مطالعات ناتوانی*. ۶: ۳۶-۴۲.

وکیلیان س.، قنبری هاشم‌آباد ب. (۱۳۸۸) «بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر ترس از ارزشیابی منفی و اجتناب اجتماعی»، *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱ (۲): ۲۸-۱۱.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, revised*. Washington DC: American Psychiatric Association, p943.

Baggerly, J. (2017). The Effects of Child-centered Group Play Therapy on Self-concept, Depression, and Anxiety of Children who are Homeless. *International Journal of Play Therapy*. 13(2), 31-51.

Bar–on, R. (2006). The Bar-on model of emotional– social intelligence (ESI). Psicothema. 18, 1325.

Barzegary, L., Zamini, S. (2011). The Effect of Play Therapy on Children with ADHD. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 2216-2218.

Bastian, V. A., Burns, N. R., Nettelbeck, T. (2011). Emotional insight predicts life skills but not as well as personality and cognitive abilities. *Personality and Individual Differences*. 39, 113545.

British Association of Play Therapy [cited 2009 Oct 28] Available from: http://www.bapt.info/professionalinfo.htm

Carrasco, R., Eser, E., Hao, Y., Mcpherson, K. M., Green, A., Kullmann, L. (2011). The quality of care and support (QOCS) for people with disability scale: development and psychometric properties. *Research in Developmental Disabilities*. 32 (3), 1212-1225.

Chilamakuri, S., Nuvvula, S., Sunkara, N. (2014). Play Therapy in Pediatric Dentistry. *Journal of Pediatric Dentistry*, 2(1), 28.

Chinekesh, A., Kamalian, M., Eltemasi, M., Chinekesh, S., and Alavi, M. (2014). The Effect of Group Play Therapy on Social-Emotional Skills in Pre-School Children. *Global Journal of Health Science*, 6(2), 163–167.

Cowart, M. J., & Ollendick, T. H. (2011). Attention training in socially anxious children: a multiple baseline design analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(7), 972-977.

Craske, M. G., Niles, A. N., Burklund, L. J., Wolitzky, Taylor, K. B., Vilardaga, J. C. P., Arch, J. J., et al. (2014). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social phobia: outcomes and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82 (6), 1034-48.

Eckler, G. V. (2019). *Play and the discovery of new ideas*. Unpublished MA thesis. Georgia, Savannah College of Art and Design.

Emerson, E., & Liewellyn, G. (2008). Mental health of Australian mothers and fathers of young children at risk of disability. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 32, 53-59.

Engelberg E, Sjoberg L. (2004). Emotional insight, affect intensity, and social adjustment. *Personality and Individual Differences*, 37(3), 53342

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1399.20.4.4.1]

Extremera, N., Duran, A., Rey, L. (2010). Perceived emotional insight and dispositional optimism– pessimism analyzing their role in predicting psychogical adjustment. *Personality and Individual Differences.* 42, 106979.

George, N. I., & Ukpong, D. E. (2012). Adolescents' sex differential social adjustment problems and academic performance of Junior secondary school students in Uyo Metropolitan City. *International Journal of Business and Social Science*, 3 (19), 245-251.

Ginsburg, G.S., Becker K.D., Drazdowski T.K., Tein J.Y. (2012). Treating Anxiety Disorders in inner City Schools: Results from a Pilot Randomized Controlled Trial Comparing CBT and Usual Care. *Child Youth Care Forum,* 41(1), 1-19.

Goleman, D. (1995). *Emotional Insight.* New York: Bantam.

Harris, Z. L.; Landreth, G. L. (1997). Filial therapy with incarcerated mothers: A five week model. *International Journal of Play Therapy*, 6 (2), 53-73.

Hillier, S. (2007). Intervention for children with developmental coordination disorder: a systematic review. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice.* 5(3), 1-11.

Hong, G. H. (2015). The Effectiveness of Therapeutic Play Intervention in Reducing Preoperative Pain in Children under Going Elective Surgery: *A Systematic Review*, 3(16), 245-439.

Ivcevic, Z., & Brackett, M. (2014). Predicting school success: Comparing Conscientiousness, Grit, and Emotion Regulation Ability. *Journal of Research in Personality*, 52, 29-36.

Kale, A. L., Landreth, G. L. (1999). Filial therapy with parents of children experiencing learning difficulties. *International Journal of Play Therapy*, 8(2), 35-56.

Karlsen, B. S., Clench-Aas, J., Roy, B. V., Raanaas, R. K. (2014). Relationships between social anxiety and mental health problems in early adolescents from different socioeconomic groups: results from a crosssectional health survey in Norway. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3, 120-6.

Kauffman, J. M., Hallahan, D. P., Pullen, P. C. (2011). Editors. *Handbook of special education.* Routledge.

Lando-King, E., McRee, A. L., Gower, A. L., Shlafer, R. J., McMorris, B. J., Pettingell, S., et al. (2015). Relationships between Social-Emotional insight and Sexual Risk Behaviors in Adolescent Girls. *The Journal of Sex Research*, 4(6), 1-6.

LeDoux, J. E., & Pine, D. S. (2016). Using neuroscience to help understand fear and anxiety: a twosystem framework. *American Journal of Psychiatry*, 173(11), 1083-1093

Lewinsohn, P. M., Holm Denoma, J. N., Small, J. W., Secley, S. R., Jonier, T. E. (2008). Separation Anxiety Disorder in Childhood as a Risk Factor for Future Mental Illness. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(5), 549556.

Liles, E. E., Packman, J. (2009). Play Therapy for Children With Fetal Alcohol Syndrome. *International Journal of Play Therapy*, 18(4), 192-206.

Nosek, M. A., Hughes, R. B., Swdiund, N. (2013). Self- steem and women with disabilities. *Social Science & Medicine*, 56 (8), 1737-1747.

Ortiz, D. E. (2012). *The Association between Emotional insight and Sexual Risk Behavior among Undergraduate College Students in the Greater Los Angeles. (Senior Thesis).* California: Claremont Colleges, Faculty of Scripps.

Pedro, C. J., Reddy L. (2005). A Preventive Play Intervention to Foster Children Resilience in the After of Divorce in L Reddy, Files- Hall. Scaeferd (EDS). Empirically Based Play Intervention for Children, Washington, Dc. American Psychological Association, 51-75.

Rye, N. (2010). *Child-Centered Play Therapy. In: JH Stone, M Blouin, editors.* International Encyclopedia of Rehabilitation. Available online: http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/275.

Salovey, P., & Mayer, J. (1990). Emotional insight. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9(3), 185-211.

Spencer, T. (2007). The role of research in the lives of people with disability. Too little too late? The exceptional parent. *European Journal of Developmental Psychology*, 37(5), 78- 82.

Taylor, C. T., Bomyea, J., & Amir, N. (2010). Attentional bias away from positive social information mediates: The link between social anxiety and anxiety vulnerability to a social stressor. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(4), 403-408.

Taylor, J. J., Neitzke, D. J., Khouri, G., Borckardt, J. J., Acierno, R., Tuerk, P. W. & George, M. S. (2014). A pilot study to investigate the induction and manipulation of learned helplessness in healthy adults. *Psychiatry Research*, 219(3), 631-637.

Waters, A. M., Zimmer-Gembeck, M. J., Farrell, L. J. (2012). The Relationships of Child and Parent Factors with Children's Anxiety Symptoms: Parental Anxious Rearing as a Mediator. Journal of Anxiety Disorders, 26(7), 737-45.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1399.20.4.4.1]

Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(4), 448-457.

Wenzel, A., & Jager-Hyman, S. (2014). *Social Anxiety Disorder and Its Relation to Clinical Syndromes in Adulthood*. In Social Anxiety (Third Edition) (pp. 227251). 888.

Yang, F. R., Wang, I. J. (2019). Play Therapy on Separation Anxiety Children- a Case Study Report. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research (BJSTR)*, 13(1), 97823.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1399.20.4.4.1]