اثربخشی شن‌بازی‌درمانی بر مهارت‌های اجتماعی، اضطراب و پرخاشگری کودکان با نشانگان داون

سحر رضایی[۱] و دکتر آراس رسولی[۲]

تاریخ دریافت:: ۱۳۹۷/۱۰/۸ تجدیدنظر: ۱۳۹۸/۴/۲۵
پذیرش نهایی: ۱۳۹۸/۹/۲۷

چکیده

هدف: هدف این مطالعه، بررسی اثربخشی شن بازی‌درمانی بر مهارت‌های اجتماعی، اضطراب و پرخاشگری کودکان مبتلا به نشانگان داون است. **روش:** این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعهٔ آماری پژوهش، شامل کلیهٔ کودکان مبتلا به نشانگان داونِ شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۶ بود که تحت حمایت ادارهٔ بهزیستی این شهر بودند. ۳۰ کودک مبتلا به نشانگان داون با روش نمونه‌گیری در دسترس در دو گروه مساوی آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایشی در ۸ جلسه شرکت کردند، در حالی که گروه کنترل شرکت نکردند. جهت جمع‌آوری داده‌های پژوهش از پرسشنامهٔ مهارت اجتماعی (ماتسون، ۱۹۸۳)، پرسشنامهٔ اضطراب کودکان (اسپنس، ۱۹۹۹) و پرسشنامهٔ پرخاشگری (پرخاشگری باس و پری، ۱۹۹۲) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس و با نرم‌افزار ۲۱- SPSS انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات مهارت اجتماعی و مؤلفه‌های آن شامل مهارت اجتماعی مناسب، جسارت نامناسب، تکانشی/سرکشی، اطمینان زیاد به خود، و حسادت/گوشه‌گیری وجود دارد (P<۰/۰۵). همچنین، بین میانگین نمرات پرخاشگری و اضطراب دو گروه در مرحلهٔ پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده گردید (P<۰/۰۵). **نتیجه‌گیری**: نتایج نشان داد که در کنار سایر روش‌های درمانی رفتاری می‌توان از بازی‌درمانی جهت افزایش مهارت اجتماعی و کاهش هیجانات منفی کودکان با نشانگان داون استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: *بازی‌درمانی، مهارت اجتماعی، اضطراب، پرخاشگری، نشانگان داون*

۱. کارشناس ارشد رشتهٔ مشاورهٔ خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۲. **نویسندهٔ مسئول:** استادیار گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

The Effectiveness of Sand Play Therapy on Social Skills, Anxiety, and Aggression in Children with Down Syndrome

Sahar Reza[1]'ee, M.A , Aras Rasouli[2], Ph,D

Received: 12. 29.2018 Revised: 07.16.2019
Accepted: 12.18.2019

Abstract

Objective: The study aims to evaluate the effectiveness of sand play therapy on social skills, anxiety and aggression in children with Down syndrome **.Method:** This is a quasi-experimental study with pre-test and post-test design and control group. The population of the study included all the children with Down syndrome who were under the protection of Kermanshah Welfare Organization in 2018. On the whole, 30 children with Down syndrome were selected by random sampling and were divided into two equal experimental and control groups (each group consisting of 15 children). The experimental group participated in 8 sessions, while the control group did not. To collect the research data, Social Skills Questionnaires (Matson, 1983), Children's Anxiety Questionnaire (Spence, 1999), and Aggression Questionnaire (Bass & Perry's aggression, 1992) were used. The data were analyzed using covariance analysis and SPSS-21. **Results:** The results showed that there is a significant difference between the experimental and control groups in the social skills scores and in each of the components including: proper social skills, inappropriate courage, impulsivity / rebellion, high self-confidence, and jealousy / 05/0> P). There was also a significant difference between the mean scores of aggression and anxiety in the two groups in the post-test (P> 0.05). **Conclusion:** The results showed that sand play therapy accompanied by other behavioral therapies can be used to increase the social skills and decrease the negative emotions of children with Down syndrome.

Key words: *Sand play therapy, Social skills, Anxiety, Aggression, Down syndrome*.

1. M.A in Family Counselling, Islamic Azad University, Kermanshah Branch, Kermanshah, Iran
2. **Corresponding Author:** Assistant Professor in the Department of Counselling, Islamic Azad University, Kermanshah Branch, Kermanshah, Iran, E-mail: aras.1357@yahoo.com

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

[DOR: 20.1001.1.16826612.1398.19.4.14.4]

مقدمه

نشانگان داون در طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی [1] به عنوان یکی از معلولیت‌های ذهنی معرفی شده است و افراد دارای این نشانگان، یک کروموزوم اضافی در جفت ۲۱ کروموزوم‌های خود دارند، ناتوانی ذهنی‌شان در حد متوسط تا شدید است و هوش‌بهر آنها بین ۳۵ تا ۵۵ می‌باشد (گنجی و گنجی، ۱۳۹۴). نشانگان داون شایع‌ترین علت آسیب هوشی است و تقریباً از هر ۸۰۰ تا ۱۰۰ کودکی که متولد می‌شود، یک نفر دارای این نشانگان است. اکثر افراد مبتلا به نشانگان داون در برقراری ارتباط شفاهی مشکل دارند و کیفیت صوت ناهنجار در این کودکان به دلیل شیوع اختلالات صوت، فرصت برقراری ارتباط مناسب را برای آنها کاهش می‌دهد (اکسو، کاین و نگ، ۲۰۱۰). کم‌توانی یا معلولیت ذهنی موضوع تازه و جدیدی نیست، بلکه همیشه افرادی در اجتماع وجود داشته‌اند که از نظر فعالیت‌های ذهنی در حد طبیعی نبوده‌اند (حداد کاشانی، دورودیان، نادری و سیف نراقی، ۱۳۹۱). نشانگان داون، نخستین بار به وسیلهٔ پزشکی انگلیسی به نام داون در سال ۱۸۶۶ معرفی شد. این پزشک، خصوصیات فیزیکی و عملکرد روانی زیرهنجار را در افراد مبتلا به این نشانگان توصیف کرد. کم‌توانی ذهنی خصوصیت عمدهٔ نشانگان داون است که اکثر افراد مبتلا، به گروه کم‌توان ذهنی متوسط و شدید تعلق دارند و فقط بهرهٔ هوشی معدودی از آنها بالاتر از ۵۰ است (بیارد، ۲۰۰۷).

رشد اجتماعی یکی از جنبه‌های مهم رشد انسان است. ذاتی بودن زندگی جمعی در انسان‌ها، ضرورت تماس با دیگران و توجه به این جنبه از رشد را امری گریزناپذیر جلوه می‌دهد.(اسلامرسکی و دان ؛۱۹۹۶، به نقل از موسی ،زینعلی،خسروجاوید و سیاه نهری، ۱۳۹۲).اجتماعی‌شدن را فرآیندی می‌دانند که کودکان را قادر می‌سازد تا رفتار دیگران را درک و پیش‌بینی کنند، رفتار خود را کنترل و تعامل با دیگران را تنظیم کند. براین اساس، مهارت اجتماعی عبارت است از مجموعه‌ای از رفتارهای فراگرفتهٔ قابل قبول که فرد را قادر می‌سازد تا با دیگران رابطهٔ مؤثر داشته و از عکس‌العمل‌های نامعقول اجتماعی خودداری کند (عابدی دهکردی و وزیری، ۱۳۹۲). یکی از عوامل و مشکلات اساسی افراد کم‌توان ذهنی و نشانگان داون، فقدان توانایی‌های لازم و اساسی در برقراری مهارت‌های اجتماعی است. مهارت‌های اجتماعی کودکان در موفقیت‌های تحصیلی و سازش-یافتگی بعدی آنها نقش بسیار مهمی دارد (گلیام و شاهر، ۲۰۰۶؛ موسی، زینعلی، خسروجاوید و میاه نهری، ۱۳۹۲). در دوران کودکی و نوجوانی به جهت این که ارتباط با همسالان افزایش و وابستگی به والدین کاهش می‌یابد، سازگاری اجتماعی اهمیت زیادی پیدا می‌کند. شواهد تجربی نشانگر این واقعیت است که کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری، مهارت و سازگاری اجتماعی پایین‌تری نسبت به کودکان عادی دارند (گارتلند و استروسنیدر، ۲۰۱۴).

از جمله هیجانات مرتبط با کودکان به ویژه کودکان مبتلا به نشانگان داون می‌توان به اضطراب و پرخاشگری اشاره نمود. اضطراب، احساس ناخوشایند و مبهمی است که علت مشخصی ندارد و اغلب با نشانه‌هایی از سیستم عصبی خودکار همراه است. اگر اضطراب افراد شدید باشد و فرد مدت زمان طولانی درگیر آن باشد، برای وی زیان‌آور بوده و باعث آسیب‌های متعدد روانی و اجتماعی خواهد شد (امبرهات، ۲۰۰۹). اضطراب وابسته به زمان و یا فرهنگ خاصی نیست و تجربهٔ آن از بدو تولد آغاز و همواره در طول زندگی ادامه دارد و با تجربه‌های جدید فرد مانند ورود به مدرسه، شغل و یا موقعیت-های جدید دیگر بروز پیدا می‌کند (رفیعی و سیفی، ۱۳۹۲). با این‌که اضطراب به میزان مناسب، طبیعی است و بخشی از زندگی تلقی می‌شود، اما اضطراب بیمارگونه در زندگی عادی و امور تحصیلی و اجتماعی باعث بروز مشکل می‌شود و نوع مزمن و نابهنجار آن، اثرات مخربی بر سلامت روانی و جسمی فرد می‌گذارد

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

[DOR: 20.1001.1.16826612.1398.19.4.14.4]

(فرگوسن و همکاران، ۱۹۹۳). هیجان خشم به طور گسترده‌ای به عنوان یک پدیدهٔ عمومی شناخته شده است (نواکو، ۲۰۰۲). خشم و پرخاشگری از هیجان-های طبیعی انسان می‌باشد و موضوعی مهم و درخور توجه است که جایگاه خاصی در مؤلفه‌های هیجانی دارد. با توجه به نقش پرخاشگری در روابط اجتماعی، اهمیت توجه به آن بیشتر آشکار می‌شود. گرچه عصبانیت، یک احساس طبیعی است، اما پرهیز از تبدیل آن به خشمی مهارگسیخته یا پرخاشگری موضوعی است که باید به آن توجه شود (کانگر، کانگر، ادموندسون، تاچر و اسمولین، ۲۰۰۳). پرخاشگری از هیجانات جهان شمول است که با پیامدهای مخربی همراه است و از دیرباز مورد توجه دانشمندان و متخصصان بوده است. همهٔ انسان‌ها به نحوی خشم را تجربه کرده‌اند و می‌دانند که نمی‌توان از افراد و چیزهایی که آنها را خشمگین می‌کند، اجتناب نمود و یا آنها را تغییر داد (دلوکیو و الیری، ۲۰۰۳). در متن راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، برای خشم طبقهٔ مجزایی وجود ندارد، اما شماری از محققان اتفاق نظر دارند که اختلالات خشم باید در این متن وارد شود. هم اکنون احساس خشم یا مشکلات مربوط به خشم، یک ویژگی است که در شماری از طبقه‌بندی‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی از قبیل اختلال شخصیت، اختلال اضطراب و افسردگی قرار گرفته است (ملک پور، زنگنه و آقابابایی، ۱۳۹۱). گرچه خشم و پرخاشگری هیجانی، طبیعی و گاه مفید است، اما خطرهایی نیز به همراه دارد. وقتی خشم خارج از کنترل و مخرب باشد، می‌تواند به مشکلاتی در کار، روابط بی فردی و کیفیت کلی زندگی منجر شود (انجمن روان‌پزشکی امریکا، ۲۰۰۰).

از آنجا که بازی می‌تواند بسیاری از جنبه‌های رشدی کودک را به گونه‌ای مثبت تحت تأثیر قرار دهد، لذا شاید در کودکان دارای نشانگان نیز مؤثر باشد. بازی، عملی کودکانه و ترکیبی از انجام فعالیت-های تفریحی و سرگرمی است که پاداش‌های روانی-حرکتی، اجتماعی و رفتاری را به دنبال دارد. بازی توسط کودک هدایت می‌شود و پاداش‌های آن از درون کودک نشأت می‌گیرد. بازی، قسمت مهمی از رشد کودکی است. کودکان در جریان بازی مطالب زیادی را در مورد اندام‌های خود، اشکال، رنگ‌ها و رابطهٔ علت و معلولی اشیاء یاد می‌گیرند که از این طریق رشد شناختی کودک افزایش می‌یابد (دمریل، ۲۰۱۰). بازی علاوه بر رشد شناختی، به کودک کمک می‌کند تا مهارت‌های روانی- حرکتی و اجتماعی را یاد بگیرد و راهی را برای بازگو کردن لذت، ترس، غم و اضطراب بگشاید (ماتسون و ولدوریل-بروگان، ۲۰۱۰). بازی همچنین تمرینی برای بزرگ شدن است (دمریل، ۲۰۱۰).

استفاده از شن و ماسه، سابقهٔ بسیار طولانی در فرآیند درمان و التیام بخشی داشته است. شن‌بازی-درمانی نوعی تکنیک روان‌درمانگری به شمار می‌رود که نخستین بار به وسیله مارگارت لانگفیلد[۲] معرفی شد. در شن‌بازی‌درمانی، کودک می‌تواند اشکال مینیاتوری را در یک جعبهٔ شنی به گونه‌ای بچیند که «جهان شنی» خود را مطابق با ابعاد مختلف و واقعیت اجتماعی خود خلق کند (دیل و وانگر، ۲۰۰۳) . شن‌بازی‌درمانی نوعی طبیعت‌درمانی است و یک روش درمانی خلاق به‌شمار می‌رود و زبانی نمادین برای ارتباط است (بویک و گادوین، ۲۰۰۰). شن‌بازی در یک محدودهٔ مشخص انجام می‌شود و کودک در آن احساس امنیت و راحتی می‌کند. بازی با شن می‌تواند با آب یا بدون آن، به کمک اشیاء یا بدون آنها انجام شود (دمریل، ۲۰۱۰). استفاده از شن و نمادها، بازتاب معانی چندگانه‌ای را از خودآگاه و ناخودآگاه امکان‌پذیر ساخته است که به دنبال آن، مسائل برای کودکان روشن، واضح و حل می‌شود (پیرسون، ۲۰۰۱). هم‌چنین، شن‌بازی‌درمانی پلی بین درمان‌های کلامی و غیرکلامی به حساب می‌آید (بویک و گادوین، ۲۰۰۰). ازآنجاکه پژوهش‌های انجام

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

[DOR: 20.1001.1.16826612.1398.19.4.14.4]

شده در زمینهٔ بازی‌درمانی، در ایران و سایر کشورها بیشتر متوجه کودکان مبتلا به اختلال‌های روانی همچون پرخاشگری، اختلال سلوک، افسردگی، اضطراب و بیش‌فعالی بوده است و کمتر به کودکان با اختلالات یادگیری پرداخته‌اند و با توجه به اینکه تحقیقات محدودی در زمینهٔ رشد خودکنترلی و مهارت‌های ارتباطی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری صورت گرفته است، ضرورت این گونه پژوهش‌ها بیش از پیش احساس می‌شود. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی به روش شن‌درمانی بر مهارت‌های اجتماعی، اضطراب و پرخاشگری در کودکان دارای نشانگان داون انجام شد.

روش

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعهٔ آماری پژوهش شامل کلیهٔ کودکان مبتلا به نشانگان داونِ شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۶ بود که تحت حمایت ادارهٔ بهزیستی این شهر بودند. در این تحقیق با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به طرح پژوهش، حجم نمونه‌ای به اندازهٔ ۳۰ نفر (برای هر گروه حداقل ۱۵ نفر) محاسبه شد. جمع‌آوری داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه‌های زیر انجام شد:

الف- پرسشنامهٔ مهارت اجتماعی: در این پژوهش، برای سنجش مهارت اجتماعی از مقیاس مهارت اجتماعی که به‌وسیلهٔ ماتسون (۱۹۸۳) به منظور سنجش در افراد ۴ الی ۱۸ ساله ساخته شده است، استفاده شد. این مقیاس دارای ۶۲ عبارت است که مهارت‌های اجتماعی کودکان را توصیف می‌کند. برای پاسخ‌گویی به آن، آزمودنی باید هر عبارت را بخواند و سپس پاسخ خود را براساس یک شاخص ۵ درجه‌ای از نوع لیکرت با دامنه‌ای از نمرهٔ ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) مشخص نماید. برای این مقیاس، ۵ مؤلفهٔ فرعی شامل مهارت اجتماعی مناسب، جسارت نامناسب، تکانشی عمل کردن و سرکش بودن، اطمینان زیاد به خود و حسادت/گوشه‌گیری ذکر شده است. علاوه بر نمراتی که پاسخ گو در هر کدام از عوامل یاد شده به دست می آورد، جمع نمرات ۶۲ عبارت موجود، یک نمرهٔ کلی را به دست می‌دهد که بیانگر مهارت اجتماعی آزمودنی است. روایی و پایایی این مقیاس در مطالعات متعدد، بالا و مطلوب گزارش شده است (به نقل از یوسفی و خیر،۱۳۸۱). در هنجاریابی ایرانی مقیاس که توسط یوسفی و خیر (۱۳۸۱) انجام شد، آلفای کرونباخ کل مقیاس، ۰/۹۱ و زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ای بین ۰/۷۸ الی ۰/۸۹ گزارش شده است.

ب- پرسشنامهٔ اضطراب کودکان: این پرسشنامه توسط اسپنس (۱۹۹۷) و برای ارزیابی نشانه‌های اضطراب در کودکان ۸ الی ۱۵ ساله ساخته شده است (ضرغامی،حیدری نسب، شعیری، شهریور، ۱۳۹۴). گویه‌های این مقیاس تا حد ممکن مطابق مقیاس اضطراب کودک اسپنس[۳] (SCAS) فرمول بندی شده است. ازآنجاکه این مقیاس خودگزارشی است، برای تبدیل آن به فرم والدین، گویه‌هایی که به حالات درونی اشاره دارند (مثل گویهٔ چهارم«من می‌ترسم») به صورت رفتارهای قابل مشاهده برای والدین بازنویسی شده است (فرزند من از احساس ترس شکایت می‌کند). این مقیاس شامل ۳۸ گویه است که سوالات در یک مقیاس لیکرت (هرگز، گاهی اوقات، بیشتر اوقات، همیشه) پاسخ داده می‌شود و پاسخ‌ها به ترتیب از ۵ (هرگز) تا ۳ (همیشه) نمره گذاری می‌شوند (ناتا، اسکولینگ، راپی، آبوت، اسپنس، واترز، ۲۰۰۴). این پرسشنامه، اضطراب را مطابق با طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی (نسخهٔ پنجم) به اختلالات جداگانه‌ای تقسیم‌بندی می‌کند. این پرسشنامه دارای شش زیرمقیاس است که عبارتند از: ۱) اضطراب جدایی که دارای شش گویه است (فرزند من نگران است که برای یکی از اعضای خانوادهٔمان اتفاق بدی بیفتد)، ۲) اضطراب فراگیر دارای شش گویه است (فرزند من اغلب نگران است)، ۳) اضطراب

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

[DOR: 20.1001.1.16826612.1398.19.4.14.4]

اجتماعی شامل شش گویه است (فرزند من از اینکه جلوی دیگران کار احمقانه‌ای انجام دهد، می‌ترسد)، ۴) حملهٔ هراس و ترس از فضاهای باز که دارای نه گویه است (فرزند من کاملاً ناگهانی و بدون دلیل خاصی واقعاً احساس ترس می‌کند)، ۵) وسواس فکری–عملی که دارای شش گویه است (فرزند من مجبور است به چیزهای خاصی فکر کند، مثل اعداد یا کلمه‌ها)، ۶) فوبی و ترس‌های جراحت بدنی که شامل پنج گویه است (فرزند من از تاریکی می‌ترسد) (ناتا و همکاران، ۲۰۰۳). برای نمره‌گذاری این مقیاس، پاسخ‌ها از ۰ (هرگز) تا ۳ (همیشه)، «هرگز، گاه‌گاهی، غالباً، همیشه» نمره‌گذاری می‌شوند، به‌طوری‌که حداکثر نمره، ۱۱۴ و حداقل نمره، صفر است. علاوه بر زیرمقیاس‌ها این پرسشنامه یک نمرهٔ کل که معرف اضطراب کل است، نیز بدست می‌دهد که قابل کاربرد است. ناتا و همکاران (۲۰۰۴) پیشنهاد کرده‌اند که استفاده از نمرهٔ کلی مقیاس به عنوان شاخصی از اضطراب کلی کودک می‌تواند مفید باشد. این پرسشنامه برای دامنهٔ سنی ۳ تا ۱۷ سال به کار گرفته شده است (ناتا و همکاران، ۲۰۰۴). در این پژوهش، از نمرهٔ کلی مقیاس به عنوان شاخصی برای سنجش اضطراب کودک استفاده شده است. پرسشنامهٔ اضطراب اسپنس نسخهٔ کودکان، از ۴۵ عبارت تشکیل می‌شود که ۳۸ عبارت آن، نمره‌گذاری شده و شش عبارت آن که عبارت‌های پرسشی مثبت هستند، محاسبه نمی‌شوند.

ج- *پرسشنامهٔ پرخاشگری*[۴] (AQ): از موفق‌ترین پرسشنامه‌های خودگزارشی پرخاشگری، پرسشنامهٔ پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲) است. این پرسشنامه دارای ۲۹ سئوال با ۴ زیرمقیاس است که شامل پرخاشگری کلامی (۵ سئوال)، پرخاشگری جسمانی (۹ سئوال)، خشم (۷ سوال) و خصومت (۸ سئوال) می‌باشد. این عوامل در سه مؤلفهٔ حرکتی یا ابزاری (پرخاشگری بدنی و کلامی)، هیجانی (خشم) و شناختی (خصومت) طبقه‌بندی می‌گردند. در این پرسشنامه، گزینه‌ها به شیوه‌ای تنظیم شده‌اند که جایگاه فرد را در هر پرسش، روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای طیف لیکرت، از ۱ (کاملاً من را توصیف نمی‌کند) تا ۵ (کاملاً من را توصیف می‌کند)، مشخص می‌شود. نتایج تحلیل روان‌سنجی باس و پری (۱۹۹۲) نشان داده است که پرسشنامه از همسانی درونی بالایی (۰/۸۹) برخوردار است. همچنین، همبستگی زیرمقیاس‌های این پرسشنامه با یکدیگر و با کل مقیاس، که بین ۰/۶۰ تا ۰/۷۸ متغیر است، بیانگر روایی مناسب این ابزار بوده است. محمدی (۱۳۸۵) نیز ضرایب اعتبار این پرسشنامه را به روش بازآزمایی برای کل پرسشنامه، ۰/۷۸ و برای زیرمقیاس‌های آن بین ۰/۶۱ تا ۰/۷۴ متغیر اعلام کرده است. همچنین، روایی همزمان این پرسشنامه با به‌کارگیری مقیاس آسیب روانی عمومی، مطلوب گزارش شده است. چندین مطالعه نشان داده است که پرسشنامه پرخاشگری باس و پری از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است(کامگاری ،۱۳۹۱).

شن‌بازی:

در این پژوهش از یک جعبه به ابعاد ۶۰ × ۷۰ سانتی‌متر با عمق ۱۰ سانتی‌متر استفاده شده است. دیواره‌ها و کف این جعبه با رنگ آبی رنگ‌آمیزی شده که عمق آن تا ۵ سانتی‌متر پر از شن است. از تعدادی عروسک و اسباب‌بازی کوچک به شرح زیر نیز استفاده شده است:

- عروسک‌های انسان (پدر، مادر، پسربچه، دختربچه، پزشک، پرستار و غیره)
- عروسک‌های فانتزی (سوپرمن، بتمن، میکی موس و غیره)
- عروسک‌های سرباز و وسایل جنگی (تانک، سنگر، پرچم و غیره
- عروسک‌های حیوانات اهلی (سگ، گربه، پرنده و غیره)
- عروسک‌های حیوانات وحشی (شیر، کرگدن، زرافه و غیره)

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

[DOR: 20.1001.1.16826612.1398.19.4.14.4]

- خانهٔ بزرگ با وسایل و لوازم داخل آن
- خانهٔ کوچک با لوازم و وسایل داخل آن
- وسایل نقلیه گوناگون نظیر تریلی، شن‌کش، لودر، ماشین آتش نشانی و غیره
- علایم راهنمایی و رانندگی نظیر ایست، ورود ممنوع و غیره
- درخت‌ها و حصارها

روش اجرا: آزمونگر با جعبهٔ شن و اسباب‌بازی‌هایی که فهرست آنها ذکر شد، در اتاقی حضور داشت. آزمودنی‌ها بعد از آشنایی اولیه با آزمونگر و شرح اینکه آنها به قصد بازی به این اتاق خواهند رفت، وارد می‌شدند. آزمونگر به این ترتیب دستوالعمل را بیان می‌کرد: «ما اینجا جعبهٔ شن و تعدادی اسباب‌بازی متفاوت داریم. من از تو می‌خواهم که با دقت به اسباب‌بازی‌ها نگاه کنی و با کمک آنها در این جعبه برای من یک منظره بسازی. تو می‌توانی از همهٔ این اسباب‌بازی‌ها استفاده کنی، مثلاً می‌توانی از حیوانات در منظره‌ات استفاده کنی و یا اینکه می‌توانی منظره‌هایت را با خانه‌ها بسازی.» این بار نیز آزمونگر خانه‌ها را در سینی شن قرار می‌دهد و دوباره آنها را از جعبهٔ شن بیرون می‌آورد. «تو می‌توانی هر منظره‌ای را که دوست داری، بسازی و از هر کدام از این اسباب‌بازی‌ها که بخواهی استفاده کنی. اگر شن‌ها را کنار بزنی می‌بینی که کف جعبه، آبی است. این می‌تواند به منزلهٔ آب یا رودخانه باشد و اگر هم دوست نداشتی، می‌توانی این کار را نکنی. تو ۳۰ دقیقه وقت داری تا منظره‌ات را بسازی و در پایان هم باید برای منظره‌ات یک اسم انتخاب کنی و در مورد آن برای من توضیح دهی. من اینجا به کارهایی می‌پردازم. اگر سوالی داری، می توانی بپرسی، وگرنه وقتی منظره‌ات را ساختی و تمام شد، به من اعلام کن.» در مورد آزمودنی‌ها ۶ جلسه (هر هفته، یک جلسه) به همین ترتیب انجام شد و مشاهدات بالینی کاملاً با دقت نیز ثبت گردید. پیش از برگزاری جلسات، پیش‌آزمون و در پایان، پس‌آزمون برگزار شد. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس با نرم افزار ۲۱- SPSS انجام شد.

جدول ۱. لیست، اهداف و روش‌های مورد استفاده جلسات بازی‌درمانی گروهی

جلسهٔ اول	آشنایی و ترغیب همکاری: آشنایی درمانگر و کودکان با همدیگر و فعالیت‌های جلسات گروهی، ارائهٔ قوانین گروه، پرداختن به ابعاد نشانه‌های رفتاری و جسمانی و شناختی کودکان، ترسیم تست نقاشی خانواده، پرداختن به فعالیت انتخابی جلسه
جلسهٔ دوم	توجه به نشانه‌های مقاومت و مخالفت با قوانین و دیگران: بازی با حیوانات اسباب‌بازی، صحبت در مورد روابط خود با افراد دیگر،کشف و درمان علل مقاومت‌ها و مخالفت‌ها با دیگران و قوانین با استفاده از روش ایفای نقش برای هر حیوان
جلسهٔ سوم و چهارم	توجه به نشانه‌های زودرنج بودن، ناراحت کردن عمدی مردم: آموزش نحوهٔ بروز و شناسایی هیجانات اصلی خود و دیگران با استفاده از نقاشی، نمایش عروسکی و تصاویر احساسات. استفاده از کتاب تصویری احساس‌های تو با هدف افزایش توانمندی کودکان در بیان صحیح احساسات و هیجانات‌شان. ارائهٔ دفترچهٔ کارهای خوب (تقویت مثبت) به عنوان تکلیف در خانه
جلسهٔ پنجم	توجه به نشانه‌های از کوره در رفتن، آزرده خاطر بودن و عصبانی بودن: شناخت خشم و عواقب آن به ویژه خشم کلامی با استفاده از بازی بادکنک خشم. هم‌چنین مدیریت خشم با انجام حباب‌بازی با هدف تمرین تنفس و آرامش‌دهی و خودگویی مثبت
جلسهٔ ششم	توجه به نشانه‌های عدم پذیرش اشتباهات و برخورد نادرست با دیگران: بازی با عروسک‌های خیمه‌شب‌بازی و اسباب بازی‌های نرم برای طرح‌ریزی راهبردهای شناختی نظیر مقابله با عقاید ناسازگار
جلسهٔ هفتم	بازی کیف زباله با هدف ایجاد بینش در کودکان نسبت به مشکلات محیط‌های مختلف و پیدا کردن راه‌حل مناسب برای آنها
جلسهٔ هشتم	توجه به نشانه‌های بگو و مگو کردن دائمی با بزرگترها و لجبازی و حرف نشنوی: بیان داستان تصویری و ایفای نقش با هدف ایجاد شناخت و بینش نسبت به رفتارها در کودکان، با استفاده از کتاب‌های داستان تصویری

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۰ نفر کودکان مبتلا به نشانگان داون با روش نمونه‌گیری در دسترس در دو گروه مساوی آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. اطلاعات آمده به دست از گروه‌های آزمایش و کنترل به ترتیب در جداولی آمده است. شاخص توصیفی مهارت‌های اجتماعی پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

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

[DOR: 20.1001.1.16826612.1398.19.4.14.4]

جدول ۲. داده‌های توصیفی مهارت اجتماعی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر پژوهش	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
مهارت اجتماعی مناسب	آزمایش	۱۵	۸/۱۱	۱/۰۸	۱۰	۱/۹۹
	کنترل	۱۵	۹	۱/۶۲	۸/۸۸	۱/۸۹
جسارت نامناسب	آزمایش	۱۵	۱۰/۱۲	۲/۰۳	۷/۷۶	۱/۱۳
	کنترل	۱۵	۱۰/۵۶	۲/۴۴	۱۰/۵۰	۲/۴۱
تکانشی/سرکشی	آزمایش	۱۵	۱۱/۳۲	۴/۶۸	۷/۶۲	۳/۵۵
	کنترل	۱۵	۱۱/۰۶	۴/۳۹	۱۱/۱۱	۴/۴۰
اطمینان زیاد به خود	آزمایش	۱۵	۱۰/۷۸	۳/۲۰	۶/۹۱	۲/۴۶
	کنترل	۱۵	۱۰/۵۳	۳/۱۷	۱۰/۴۷	۳/۰۴
حسادت/گوشه‌گیری	آزمایش	۱۵	۱۰/۹۹	۳/۴۹	۸/۰۰	۲/۱۶
	کنترل	۱۵	۱۰/۶۳	۳/۳۰	۱۰/۵۸	۳/۱۸
نمرۀکل	آزمایش	۱۵	۱۲/۶۶	۳/۵۶	۱۵/۵۵	۳/۶۹
	کنترل	۱۵	۱۱/۵۲	۳/۳۴	۱۲/۰۰	۳/۵۰

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین (± انحراف معیار) نمرۀ مهارت اجتماعی کل آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحلۀ پیش‌آزمون (۱۲/۶۶ (±۳/۵۶)) و در مرحلۀ پس‌آزمون (۱۵/۵۵ (±۳/۶۹)) است و میانگین (± انحراف معیار) این متغیر در آزمودنی‌های گروه کنترل، تغییر محسوسی نشان نداده است. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین (± انحراف معیار) نمرۀ اضطراب آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحلۀ پیش‌آزمون (۱۳/۵۶ (±۳/۱۰)) و در مرحلۀ پس‌آزمون (۹/۰۹ (±۲/۷۷)) است و میانگین (± انحراف معیار) این متغیر در آزمودنی‌های گروه کنترل تغییر محسوسی نشان نداده است. هم‌چنین، جدول ۲ نشان داد که میانگین (± انحراف معیار) نمرۀ پرخاشگری آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحلۀ پیش‌آزمون (۱۴/۳۷ (±۳/۲۳)) و در مرحلۀ پس‌آزمون (۱۰/۱۶ (±۲/۰۲)) است، اما میانگین و انحراف معیار این متغیر در آزمودنی‌های گروه کنترل، تغییر محسوسی نشان نداده است.

جدول ۳. داده‌های توصیفی اضطراب و پرخاشگری در گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر پژوهش	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب	آزمایش	۱۵	۱۳/۵۶	۳/۱۰	۹/۰۹	۲/۷۷
	کنترل	۱۵	۱۳/۸۳	۳/۴۵	۱۳/۸۰	۳/۷۷
پرخاشگری	آزمایش	۱۵	۱۴/۳۷	۳/۲۳	۱۰/۱۶	۲/۰۲
	کنترل	۱۵	۱۳/۹۲	۳/۱۰	۱۳/۹۵	۳/۱۱

پیش از تحلیل داده‌ها، ابتدا مفروضه‌های لازم برای تحلیل کوواریانس بررسی شد. نتایج بررسی پیش‌فرض‌های آماری نشان داد که هر دو پیش‌شرط تساوی واریانس‌ها و نرمال بودن برقرار است (P>۰/۰۵). نتایج آزمون باکس[5] نیز حاکی از آن بود که مفروضۀ همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس تأیید شد (P=۰/۱۲۷، و F=۲/۵۳۲)؛ هم‌چنین، بررسی همگنی شیب رگرسیون از معنی‌دار نبودن شرایط و پیش‌آزمون حمایت کرد. با توجه به اینکه حجم نمونه در دو گروه آزمایش و کنترل نیز برابر بود (n=۱۵)، استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره[6] بلامانع شناخته شد.

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

[DOR: 20.1001.1.16826612.1398.19.4.14.4]

جدول ۴. تحلیل کوواریانس چندمتغیرهٔ تأثیر عضویت گروهی بر مهارت اجتماعی در مرحلهٔ پس‌آزمون

مقیاس	متغیر شاخص	d.f	میانگین مجذورات	ضریب F	P-value	میزان تأثیر	توان آماری
مهارت اجتماعی مناسب	پیش‌آزمون	۱	۲۴/۰۵	۵/۰۹۶	۰/۰۳۴	۰/۰۱۲	۰/۰۵۱
	عضویت گروهی	۱	۳۱/۹۹	۱۶/۷۱	۰/۰۰۲	۰/۳۵۸	۰/۶۳۱
جسارت نامناسب	پیش‌آزمون	۱	۸۷/۶۳	۹/۱۱۳	۰/۴۸۰	۰/۰۱۵	۰/۱۳۱
	عضویت گروهی	۱	۱۰۵/۹۴	۱۳/۶۰۷	۰/۶۴۱	۰/۶۴۸	۰/۷۶۰
تکانشی/سرکشی	پیش‌آزمون	۱	۱۱۷/۵۲	۶/۸۷۲	۰/۰۲۳	۰/۰۶۸	۰/۲۱۹
	عضویت گروهی	۱	۱۳۸/۸۹	۱۵/۸۰۷	۰/۰۰۵	۰/۷۰۰	۰/۶۰۲
اطمینان زیاد به خود	پیش‌آزمون	۱	۷۰/۸۴۵	۱۳/۷۳۳	۰/۰۲۸	۰/۵۴۷	۰/۱۷۱
	عضویت گروهی	۱	۶۹/۲۵	۱۰/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲۳	۰/۸۹۳
حسادت/گوشه‌گیری	پیش‌آزمون	۱	۹۳/۲۰۰	۱۰/۶۹۱	۰/۰۳۱	۰/۲۲۳	۰/۱۱۲
	عضویت گروهی	۱	۱۰۱/۶۵۲	۱۶/۴۴۲	۰/۰۰۴	۰/۶۶۶	۰/۶۲۹
مهارت اجتماعی کل	پیش‌آزمون	۱	۱۸۶/۳۱۲	۲۳/۰۸	۰/۰۱۶	۰/۳۸۰	۰/۲۳۴
	عضویت گروهی	۱	۱۵۴/۱۰۴	۳۱/۳۹	۰/۰۰۲	۰/۶۶۰	۰/۸۲۵

همان‌طورکه در جدول ۴ مشاهده می‌شود، یافته‌های تحلیل کوواریانس حاکی از آن است که تفاوت مشاهده‌شده بین میانگین نمرات مهارت اجتماعی و مؤلفه‌های آن برحسب عضویت گروهی (گروه‌های آزمایش و کنترل) در پس‌آزمون برای مهارت اجتماعی و مؤلفه‌های آن (شامل مهارت اجتماعی مناسب، جسارت نامناسب، تکانشی/سرکشی، اطمینان زیاد به خود، و حسادت/گوشه‌گیری) معنی‌دار بوده است (P<۰/۰۵)، بنابراین، مداخلهٔ درمانی به روش سینی شن‌بازی‌درمانی تأثیر معنی‌داری بر مهارت اجتماعی و هر یک از مؤلفه‌های آن در مرحلهٔ پس‌آزمون گروه آزمایش داشته است. نتیجهٔ کلی این است که سینی شن‌بازی‌درمانی بر متغیرهای مورد پژوهش اثربخش بوده است.

جدول ۵. تحلیل کوواریانس چندمتغیرهٔ تأثیر عضویت گروهی بر اضطراب و پرخاشگری در مرحلهٔ پس‌آزمون

مقیاس	متغیر شاخص	d.f	میانگین مجذورات	ضریب F	P-value	میزان تأثیر	توان آماری
اضطراب	پیش‌آزمون	۱	۴/۴۵۹	۰/۵۷۳	۰/۴۹۱	۰/۶۲۵	۰/۰۹۱
	عضویت گروهی	۱	۱/۵۰۴	۰/۱۹۶	۰/۰۰۳	۰/۶۴۶	۰/۶۴۰
پرخاشگری	پیش‌آزمون	۱	۱/۷۹۹	۰/۵۷۰	۰/۳۹۰	۰/۱۲۵	۰/۰۷۸
	عضویت گروهی	۱	۳/۵۷۴	۰/۴۷۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵۱	۰/۶۸۳

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، یافته‌های تحلیل کوواریانس حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمرات اضطراب و پرخاشگری برحسب عضویت گروهی (گروه‌های آزمایش و کنترل) در پس‌آزمون برای دو متغیر اضطراب و پرخاشگری معنی‌دار بوده است (P<۰/۰۵)، بنابراین، مداخلهٔ درمانی به روش سینی شن‌بازی‌درمانی تأثیر معنی‌داری بر کاهش اضطراب و پرخاشگری در مرحلهٔ پس‌آزمون گروه آزمایش داشته است. نتیجه کلی این است که سینی شن‌بازی‌درمانی بر متغیرهای مورد پژوهش اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس نشان داد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمرات کل مهارت اجتماعی و هر یک از مؤلفه‌های آن شامل مهارت اجتماعی مناسب، جسارت نامناسب، تکانشی/سرکشی، اطمینان زیاد به خود، و حسادت/گوشه‌گیری برحسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و کنترل) در مرحلهٔ پس‌آزمون معنادار بوده است (P>۰/۰۵). این یافته از پژوهش حاضر با نتایج

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

[DOR: 20.1001.1.16826612.1398.19.4.14.4]

مطالعات پیشین از جمله نتایج مطالعه ریچارد ، پیلای و فریتز (۲۰۱۲)، لی (۲۰۱۳)، کهریزی، مرادی و مومنی (۱۳۹۴)، و عبداللهی بقرآبادی، شریفی درآمدی؛ دولت‌آبادی (۱۳۸۹) همسو می‌باشد.

نتایج مطالعه تکلوی (۱۳۹۰) که به بررسی تأثیر آموزش بازی‌درمانی مادران بر مشکلات رفتاری کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری پرداخت نشان داد که ۵ جلسه آموزش بازی‌درمانی توانسته است در آزمودنی‌های گروه آزمایش موجب کاهش مشکلات رفتاری شود. هم‌چنین، نتایج پژوهش ریچارد و همکاران (۲۰۱۲) که به بررسی تأثیرات سینی شن و ماسه بازی بر کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری در ۲۸ کودک پرداختند، نشان داد که در کودکان گروه آزمایش بعد از ۸ جلسه مداخله، میزان مشکلات عاطفی و رفتاری به طور چشمگیری کاهش یافته است، اما علائم مشکلات در کودکان گروه کنترل تغییری نیافته بود. پس از این نظر که شن‌بازی‌درمانی موثر بر مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان با نیازهای ویژه است، پژوهش ریچارد و همکاران (۲۰۱۲) همسو با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد. بنابراین نتیجه‌گیری می‌شود که شن‌بازی‌درمانی به عنوان یک تکنیک روان‌درمانی، کودکان را قادر می‌سازد مدل‌های کوچک را در یک سینی شن خلق کنند تا دنیای درونی خود را با جنبه‌های مختلف واقعیت اجتماعی هماهنگ و سازگار خلق کنند.

در تبیین این یافته از مطالعهٔ حاضر می‌توان گفت که اغلب کودکان دارای ناتوانی‌های ذهنی به ویژه نشانگان داون متعلق به خانواده‌هایی هستند که در دوران رشد خود پیوندهای عاطفی لازم را با والدین خود نداشته‌اند. این کودکان از نظر تبادلات عاطفی-روانی با والدین‌شان، خاطرات و تجارب خوشایندی ندارند. آنها در بسیاری از موارد از سوی والدین مورد سرزنش، تحقیر، تهدید و احیاناً تنبیه بدنی قرار می‌گیرند (کرک و گالاگر، ترجمهٔ سالیانی و باقری، ۱۳۹۲). این دانش‌آموزان در مقایسه با همسالان طبیعی‌شان از محبوبیت کمتری برخوردارند و به همین دلیل در معرض مشکلات اجتماعی و مهارت‌های ضعیف اجتماعی قرار دارند. علاوه بر این، معلمان کشف کرده‌اند که آنها مشکلات رفتاری و اجتماعی بیشتری از خود بروز می‌دهند و نمی‌توانند خود را با دستورالعمل‌های موجود در کلاس عادی تطبیق دهند. بنا به نظر کراتزو و همکاران (۱۹۹۹) ، به نقل از تکلوی، ۱۳۹۰) ادراک بین‌فردی کودکان دارای مشکلات نشانگان داون بسیار خودمدارانه است و کمتر از دیدگاه دیگران تأثیر می‌پذیرد و بروز برخی رفتارهای نامناسب در آنها به دلیل فقدان درک دیدگاه دیگران و سایر مهارت‌های مناسب اجتماعی و میان‌فردی است. در واقع، بازی افکار درونی کودک را با دنیای بیرونی او ارتباط می‌دهد و باعث می‌شود که کودک بتواند اشیای بیرونی را تحت کنترل خود درآورد. بازی به کودک اجازه می‌دهد تا تجربیات، افکار، احساسات و تمایلاتی را از خود بروز دهد که برایش او تهدیدکننده هستند (وتینگتون، هان، فوگوآویتلی، سیپ، کروسلی، جانسون و همکاران، ۲۰۰۸).

بازی به ویژه از راه سینی شن یک روش صحیح و درست برای درمان و تسهیل احساسات کودک است، زیرا کودکان اغلب در بیان شفاهی احساسات خود با مشکل روبرو هستند. کودکان از طریق بازی می‌توانند موانع را کاهش دهند و احساسات خود را بهتر بروز دهند. باگرلی و پارکر (۲۰۰۵) بیان کردند که بازی‌درمانی به طور کلی بر یادگیری، مسئولیت‌پذیری و مهارت‌های اجتماعی، ابراز احساسات و پذیرش خود و دیگران در کودکانِ دارای مشکلات یادگیری در زمینهٔ مهارت‌های اجتماعی مؤثر است. هم‌چنین، بازی از طریق سینی شن نوعی تکنیک روان‌درمان‌گرانه به شمار می‌رود که در آن فرد می‌تواند اشکال مینیاتوری را در یک جعبهٔ شنی به گونه‌ای بچیند که دنیایی مطابق با ابعاد مختلف واقعیت اجتماعی خود خلق نماید و طی این فرایند به سه مقولهٔ ادراک اجتماعی،

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

[DOR: 20.1001.1.16826612.1398.19.4.14.4]

قضاوت اجتماعی و حافظهٔ اجتماعی که زیرمجموعهٔ شناخت و مهارت‌های اجتماعی هستند، دست یابد. شن‌بازی باعث برقراری ارتباط با افراد دیگر و بازخورد گرفتن از تعاملات اجتماعی و تقویت مهارت‌های اجتماعی در کودک شده و احساس تعلق گروهی را در وی تقویت می‌کند (چانگ و کیم، ۲۰۱۲). یافتهٔ دیگر پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس نشان داد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمرات اضطراب و پرخاشگری برحسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و کنترل) در مرحلهٔ پس‌آزمون معنادار بوده است (P>۰/۰۵). بنابراین، برنامهٔ سینی شن‌درمانی در دانش‌آموزان دارای نشانگان داون تأثیر معناداری بر کاهش میزان اضطراب و پرخاشگری داشته است. این یافته از پژوهش حاضر با نتایج مطالعات پیشین از جمله نتایج مطالعهٔ ریچارد و همکاران (۲۰۱۲)، و بخشایش و میرحسینی (۱۳۹۳)، کهریزی و همکاران (۱۳۹۴) همسو می‌باشد.

همسو با این یافته از مطالعهٔ حاضر، نتایج مطالعه ملکپور و نسائی مقدم (۱۳۹۳) نشان داد که روش مداخله‌ای شن‌بازی‌درمانی، رشد شناختی کودکان ناتوان ذهنی آموزش‌پذیر را افزایش داده است. هم-چنین نتایج نشان داد که این مداخله بر رشد مفهوم-سازی، تفکر نمادین، تفکر اجتماعی و ادراک حرکتی-بینایی و فراخنای توجه و سرعت روانی- حرکتی مؤثر بوده است. در تبیین این یافته از مطالعهٔ حاضر می-توان گفت که بازی به کودک فرصت می‌دهد تا در قالب بازی با تجارب ناخوشایند زندگی خود مواجه شود و با تکیه بر ارتباطات غیرکلامی به تسهیل و تقویت منابع درونی اقدام کند (نورتن، فرایجل و نورتن، ۲۰۱۱). هم‌چنین، کودک قادر خواهد بود با استفاده از تصاویر غیرتهدیدکننده، احساس خصومت و ناامنی خود را بدون هیچ‌گونه محدودیتی دربارهٔ انتخاب و استفاده از اسباب‌بازی یا بازی بیان کند (گرین و کونولی، ۲۰۰۹). یکی از عناصر با اهمیتی که در شن‌بازی‌درمانی باعث درمان و بهبود می‌شود، فضای آزاد و در عین حال محافظت‌شده از سوی درمانگر و نیز استفاده از شن و شکل‌هایی است که به فرد کمک می‌کند تا تخیلات، ترس‌ها و تجربیات درونی‌اش را واقعیت بخشد. جای‌گذاری اشیای داخل سینی شن می‌تواند نمایندهٔ نمادین روابط علت و معلولی در جهان واقعی باشد (ماتسون و ولدورال-بروگان ، ۲۰۱۰)، مثلاً نرده‌ای که کودک اطراف خانه در سینی شن می‌کشد و درختانی هم که به عنوان محافظ دور نرده‌ها می‌گذارد، احتمالاً بیانگر مسائل امنیتی است. ترکیب این عوامل در فضای شن-بازی‌درمانی این امکان را فراهم می‌کند که انرژی‌ها و تنش‌های درونی، به روشی بهنجار و مقبول رها پیدا کنند. در واقع، کودکان با بازی از طریق سینی شن، متوجه قدرت خود در مواجه با محیط می‌شوند و احساس صاحب اختیاری می‌کنند. کودکان می‌توانند چیزها یا شکل‌ها را در شن دفن کنند تا از نظر محو یا پنهان کنند. چنین فعالیت‌هایی می‌تواند باعث تخلیهٔ هیجانی شود، چون کودکان به این طریق به روش عینی می‌توانند توانایی‌های خود را نمادین کنند و در محیط نفوذ کنند. این روش بازی به فرد اجازه می-دهد، فضاهایی خیالی برای خود فرض کند و در آن فضاها احساس تسلط کند (ملکپور، مختاری و آقابابایی،۱۳۹۲). کودک در طول شن‌بازی به وسیله سینی می‌تواند رویدادهای گذشته، حال و آینده را بررسی کند و آن مسائلی که برای وی مقبول نبوده یا نیستند را به عمل درآورد و نسبت به رویدادها به درک شناختی و کسب بینش برسد و نیز می‌تواند برای مسائل مختلف از جمله مهار و کنترل پرخاشگری و اضطراب و عواطف خود در موقعیت‌های مختلف، راه حل پیدا کند (نورتن و همکاران، ۲۰۱۱).

پژوهش حاضر نیز مانند هر پژوهش دیگری با محدودیت‌هایی مواجه بود، از جمله نداشتن پیگیری تأثیر شن‌بازی‌درمانی بعد از گذشت چند ماه بر مهارت‌های اجتماعی، اضطراب و پرخاشگری کودکان با نشانگان داون. عدم تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر

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

[DOR: 20.1001.1.16826612.1398.19.4.14.4]

کودکان، نیز از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر است. در همین راستا به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود تا به بررسی تأثیر شن‌بازی‌درمانی بر مهارت‌های اجتماعی، اضطراب و پرخاشگری سایر گروه‌های کودکان دارای نیازهای ویژه بپردازند.

پی‌نوشت‌ها

1. DSM-5
2. Margaret Longfild
3. SCAS
4. AQ
5. Box's M
6. MANCOVA

منابع

بخشایش،ع، ر؛ میرحسینی ،ر.(۱۳۹۳).اثربخشی بازی درمانی برکاهش علائم اختلال بیش فعالی/کمبود توجه و بهبود عملکرد تحصیلی کودکان. *مجلهٔ علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی*۲۲(۶):۱۳-۱.

تکلوی، س. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش بازی درمانی مادران بر مشکلات رفتاری کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*. ۱(۱):۵۹-۴۴.

حداد کاشانی، م، دورودیان، ز، نادری، ع و سیف نراقی، م. (۱۳۹۱). بررسی ملاک‌های دوستی و دوست‌یابی افراد سندرم داون ۲۴-۱۴ سال و مقایسهٔ آن با سایر گروه‌های عقب‌ماندهٔ ذهنی آموزش‌پذیر. *فصلنامهٔ روانشناسی افراد استثنایی*. ۲(۷):۲۲-۱۲.

رفیعی، م.، و سیفی، ا. (۱۳۹۲). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس اضطراب بک در دانشجویان.*فصلنامه اندیشه و رفتاردر روانشناسی بالینی*. ۷ (۲۷):۴۶-۳۷.

ضرغامی، ف؛ حیدری نسب،ل؛شعیری،م ر و شهریور، ز. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه Coping cat در کاهش اضطراب کودکان ۸-۱۰ ساله مبتلا به اضطراب. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی* (۱۹):۲۰۲-۱۸۳.

کرک، س؛ گالاگر، ج.(۱۳۹۲). *آموزش و پرورش کودکان استثنایی*. ترجمه مجتبی جوادیان.مشهد: به نشر (انتشارات آستان قدس رضوی).

عابدی دهکردی، م، وزیری، س. (۱۳۹۲). *طراحی الگوی تدریس خویشتن‌داری به شیوه بازی-تمرین و تاثیر آن بر مهارت‌های اجتماعی کودکان*. نخستین همایش بین‌المللی مدیریت آموزشی ایران.

عبداللهی بقرآبادی، ق، شریفی درآمدی، پ ؛دولت آبادی، ش. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر شن درمانی بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان پسر ناشنوا. فصلنامه *مطالعات روان‌شناختی*. ۱(۶):۱۳۴-۱۱۱.

کامگاری، م.(۱۳۹۱).*رابطه دلبستگی به والدین و همسالان با علاقه و عملکرد تحصیلی: بررسی نقش واسطه‌ای پرخاشگری*.پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی . دانشگاه شیراز.

کهریزی،س؛ مرادی، آ؛ مومنی، خ.(۱۳۹۴). اثربخشی شن بازی‌درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی. *نشریه پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*. ۱(۹):۱۷۴-۱۵۴.

گنجی، م، و گنجی، ح.(۱۳۹۴). *آسیب‌شناسی روانی براساس DSM-5*. جلد اول. تهران: انشارات ساوالان.

محمدی، ن.(۱۳۸۵). بررسی مقدماتی شاخص‌های روان‌سنجی پرسشنامه پرخاشگری باس – پری. *فصلنامه علوم اجتماعی و انسانی* دانشگاه شیراز. ۴(۲۵):۱۵۱-۱۳۵.

موسی، ک، زینعلی، ش.، خسروجاوید، م.، و میاه نهری، ف. (۱۳۹۲). مقایسه ویژگی‌های رفتاری و رشد اجتماعی کودکان با و بدون ناتوانی یادگیری. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*. ۲(۴):۱۳۹-۱۲۴.

ملکپور، م.،زنگنه، س.، و آقابابایی، س. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روانسنجی فرم کوتاه پرسشنامه خشم نواکو در شهر اصفهان. *مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*. ۲(۱):۸-۱.

ملکپور، م؛ نسائی مقدم، س. (۱۳۹۲). تأثیر شن‌بازی درمانی بر رشد شناختی کودکان ناتوان ذهنی آموزش‌پذیر. *مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*. ۱(۴):۱۵۴-۱۴۱.

یوسفی ، ف؛ خیر، م.(۱۳۸۱). بررسی پایایی و روایی مقیاس سنجش مهارت‌های اجتماعی ماتسون و مقایسه عملکرد دختران و پسران دبیرستانی در این مقیاس. *فصلنامه علوم اجتماعی و انسانی* دانشگاه شیراز. ۲(۱۸):۱۵۸-۱۴۷.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th end-text revision).* Washington, DC: America Psychiatric Association.

Baggerly, J., Parker, M. (2005). Child-centered group play therapy with African American boys of the elementary school level. *Journal of Counseling& Development, 83*(4), 387–396

Boik, B., & Goodwin, E. (2010). *Sand play therapy: A step by step manual for Psychotherapists of diverse orientations*. New York: Norton.

Boik, B. L., & Goodwin, E. A. (2000). *Sand play therapy: a step-by-step manual for psychotherapists of diverse orientations*. New York: W. W. Norton & Company.

Buss, A. H. and Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology. 63*(3), 452–459

Byard, MBB, M. D. (2007). Forensic Issues in Down Syndrome Fatalities. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 14(18), 475- 481.

Conger, J. C., Conger, A. J., Edmondson, C., Tescher , B., & Smolin, J. (2003). The Relationship of Anger and Social Skills to Psychological Symptoms. *Assessment*, 10(3), 248-258.

Demirel M. (2010). Primary School Curriculum for Educable Mentally Retarded Children: A Turkish Case. Online Submission, *US-China Education Review* 7(3), 79-91.

Dale M, Wagner W. (2003). Sand play: An investigation into a child's meaning system via the self-confrontation method for children. *J Constar Psychol*. 16(1),17-36.

Delvochio, B., & Oleary, D. (2003). Effectiveness of anger treatments for specific anger problems: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 15-34

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

[DOR: 20.1001.1.16826612.1398.19.4.14.4]

Emberhart, N.K. (2009). Interpersonal predictor of stress generation and depressed mood. *Peers Soc Psycho Bull*. 35(5), 544-556.

Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. (1993). Early dentine leads levels and subsequent cognitive and behavioral development. *Child Psychology Psychiatry J*. 34(2), 215-227.

Gartland, D., & Strosnider, R. (2007). Learning Disabilities and young children: Identification and intervention. *Learning Disability Quarterly* 30(1),63-72

Gilliam, W. S., & Shahar, G. (2006). Preschool and child care expulsion and suspension: Rates and predictors in one state. *Infants and Young Children*. 19(3),228-245.

Green, E. & Connolly, M. (2009). Jungian family sand play with bereaved children: Implication for play therapist. *International journal of play therapy*, 18 (2), 84-98.

Jang M, Kim Y. (2012).The effect of group sand play therapy on the social anxiety, loneliness and self-expression of migrant women in international marriages in South Korea. *Arts Psychotherapy*. 39(1), 38–41.

Lee YJ. (2013). A Study of the Sand play Therapy Case of a 9-Year-Old Girl Seen from Mahler's Ego Developmental Viewpoint. *Symbols and Sand play Therapy*. 4(1),21-34.

Mattson, DC. Veldorale-Brogan, A. (2010). Objectifying the sand tray: An initial example of three-dimensional art image analysis for assessment. *Journal of The Arts in Psychotherapy*; 37(2), 90-96.

Nauta, M. H., Scholing, A., Rapee, R. M., Abbott, M., Spence, S. H., & Waters, A. (2004). A parent-report measure of children's anxiety: Psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal samples. *Behavior Research and Therapy*,42(7),813-39

Norton, B., Ferriegel, M., & Norton, C. (2011). Somatic expression of trauma in experimental play therapy. I*nternational journal of play therapy*, 20(3), 138-152.

Novaco, R.W. (2002). *Handbook of offender assessment and treatment*. London: Wiley.

Pearson, M. &Wilson, H. (2001). *Sand Play and Symbol Work: Emotional healing With Children adolescents and adults*. Melbourne: Australian Council for Educational Research.

Richards, S.D., Pillay, J., & Fritz, E. (2012). The use of sand tray techniques by school counsellors to assist children with emotional and behavioural problems. *The Arts in Psychotherapy*, 39(5), 367–373.

Wethinton, H.R.,Hahn, R.A., Fugua-Whiteley, D.S., Sipe, T.A.,Crosloy,A.E., Johnnson, R.L., Liberman, A.M., Mosci chi,E., Price,L.N., Tuma,F.K., Halra,G., Chatto., Padhyay, S.K. (2008). The effectiveness of interventions to reduce psychology harm form traumatic events among child and adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(3), 287-373.

Xue SA, Kaine L, Ng ML. (2010). tract configuration of older children with Down syndrome: a pilot study. *Int J Pediatric Otorhinolaryngology.* 74 (4),378-83.

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

[DOR: 20.1001.1.16826612.1398.19.4.14.4]