

اثربخشی بازی درمان گری بر ارتقای رفتار اجتماعی مثبت کودکان پیش دبستانی

Positive social behavior efficacy of play therapy on progress of pre-school children's

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱۱/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۱/۳۰

Rashidi-Zaffar M. MSc[✉], Janbozorgi M. PhD
Shaghaghi F. PhD

مریم رشیدی ظفر[✉]، مسعود جان بزرگی^۱
فرهاد شقاقی^۲

Abstract

Introduction: This research investigated the efficacy of play therapy on the progress of pre-school children's social behavior.

Methods: After conducting a pilot study on 131 six-year-old children in 10 afternoon-shift kindergartens in Varamin City, two kindergartens were selected randomly to implement the checklist to observe social behavior. Among this group, 45 children were diagnosed with social skill problem. Then, at a session held to inform parents and invite them to contribute, 32 of those parents announced that they were ready to contribute. Later, Rutter's Evaluation of Behavior Scale was completed for the children, and finally, they were divided into two groups randomly. The experimental group was under play therapy for ten sessions in a month. Afterward, the Social Behavior of Children Observational Checklist and Rutter's Evaluation of Behavior Scale were completed again as post-test. The results of the questionnaires were analyzed using variance analysis test in frequent measurements and T-test with SPSS 16 software.

Results: The post-test play therapy resulted in considerably increased positive social behavior and its subscales of empathy, social orientation, moral behavior, self controlling, self esteem, compliance, assertiveness, respect to the law, and tendency to participate.

Conclusion: With respect to the considerable difference between the experimental and control groups, play therapy could be used to monitor progress of pre-school children's social behavior.

Keywords: Play Therapy, Social Behavior, Children

چکیده

مقدمه: این پژوهش به منظور تعیین اثربخشی بازی درمان گری بر ارتقاء رفتار اجتماعی مثبت کودکان پیش دبستانی انجام گرفته است.

روش: با اعمال طرح آزمایشی از میان ده مهدکودک شیفت عصر شهرستان ورامین، دو مهدکودک به طور تصادفی ساده انتخاب شد و جهت غربالگری برای تمامی ۱۳۱ کودک ۶ ساله آنها چک لیست مشاهده ای رفتار اجتماعی کودکان اجرا شد. از این میان ۴۵ کودک مبتلا به مشکلات در زمینه مهارت اجتماعی تشخیص داده شدند. سپس در جلسه ای که به منظور آگاه سازی والدین و دعوت به همکاری از آنان برگزار گردید، ۳۲ تن از والدین این کودکان حاضر به همکاری شدند. پس از آن فرم ارزشیابی رفتار کودک راتر برای این کودکان تکمیل شد و در نهایت به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار داده شدند. گروه آزمایش طی یک ماه به مدت ده جلسه تحت بازی درمان گری قرار گرفتند، سپس تحت اجرای مجدد چک لیست مشاهده ای رفتار اجتماعی کودکان و فرم ارزشیابی رفتار کودک راتر، به عنوان پس آزمون قرار گرفتند. داده های به دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، با نرم افزار SPSS-16 تحلیل گردید.

یافته ها: نتایج نشان داد بازی درمان گری در مرحله پس آزمون باعث افزایش معنادار رفتار اجتماعی مثبت و خرده مقیاس های همدلی، جهت گیری اجتماعی، رفتار اخلاقی، خودمهارگری، حرمت خود، اطاعت پذیری، جرأت ورزی، احترام به قانون و تمایل به مشارکت در گروه آزمایش شد. **نتیجه گیری:** با توجه به تفاوت معنادار بین گروه های آزمایش و کنترل، می توان از بازی درمان گری برای ارتقاء رفتار اجتماعی مثبت کودکان پیش دبستانی استفاده کرد.

کلید واژه ها: بازی درمان گری، رفتار اجتماعی، کودکان

مقدمه

رفتار اجتماعی عبارت است از رفتاری که در مواجهه با محرک اجتماعی بروز می‌کند [۱]. امروزه این گفته که وجود مهارت‌های اجتماعی در یک کودک برای شکل‌گیری ارتباطات وی با سایر همسالان نقش اساسی دارد، تایید شده است. مهارت‌های اجتماعی در واقع مجموع رفتارهای مثبت اجتماعی هستند که رضایت از ارتباطات اجتماعی و چگونگی الگوی رفتار اجتماعی فرد را پی‌ریزی می‌کنند و اشکال مختلفی دارد [۲].

مهارت‌های اجتماعی یک نوع رفتار است که در موقعیت‌های اجتماعی نشان داده می‌شود. این مهارت‌ها شامل مهارت‌های انفرادی وابسته به خود فرد، مهارت‌های علمی، کنترل‌گری، سازواری و کارآفرینی او می‌باشد [۳، ۴، ۵ و ۶] و برای کودکان پیش‌دبستانی ضروری است که مهارت‌های ارتباطی ساده مثل مکالمه، لبخند زدن، تماس چشمی، گوش دادن، مهارت‌های دسترسی پیدا کردن و همکاری را داشته باشند تا فرصت کار کردن با گروه را به‌عنوان بودن یک عضو در گروه و همکاری با دیگران داشته باشند. به‌دست نیاوردن این مهارت‌ها برای کودکان، باعث خطرات اجتماعی بزرگی در دوره آموزش پیش‌دبستانی می‌شود [۷]. همان‌طور که می‌دانیم دوره پیش‌دبستانی، مرحله حیاتی در کسب مهارت‌های اجتماعی در تمام مراحل تحولی است. مهارت‌های اجتماعی در سال‌های اولیه بر مبنای ارتباط مؤثر و موفق با دیگران کسب می‌شود [۸]. کودک با مهارت‌های اجتماعی خوب، احتمالاً روابط رضایت‌بخش ایجاد می‌کند و بازخورد مثبتی دریافت می‌کند [۹].

کبیرت و کبیرت [۲] این‌گونه بیان می‌کنند که بخش عمده‌ای از اجتماعی شدن کودکان در خلال سنین ۳ تا ۶ سالگی اتفاق می‌افتد و بنیان روابط اجتماعی در این سنین شکل می‌گیرد. نظریه‌های روان‌تحلیل‌گری با طرح موضوع رشد و تحول «من»، رفتارنگری با طرح تقویت، تداعی و شکل‌گیری رفتار و حتی انسان‌نگرها با طرح موضوع رشد و تحول «خود» اهمیت دوره پیش‌دبستانی را در تحول رفتارهای اجتماعی نشان داده‌اند [۲]. بنابراین مناسب‌ترین سنین برای مداخله و تسریع و تسهیل رفتار اجتماعی، سنین کودکی است. بی‌شک، مهارت‌های اجتماعی نقش کلیدی در سازگاری عمومی و آسیب‌شناسی روانی کودکان در هر سنی دارند [۱۰].

در بیش از سه دهه گذشته آموزش مهارت‌های اجتماعی در انواع آسیب‌های روانشناختی اثربخش بوده است [۱۱]. مداخلات مهارت‌های اجتماعی تلاش می‌کنند تا رشد تعامل با همسالان را در کودکانی که در معرض مشکلات یکپارچگی اجتماعی هستند ترغیب کنند [۱۲].

در میان روش‌های مختلف درمان‌گری در کودکان، بازی درمان‌گری یکی از شاخص‌ترین و پرکاربردترین روش‌ها است. روان‌شناسان و پژوهش‌گران متعددی طی چندین دهه

از این روش برای درمان طیف وسیعی از اختلالات و مشکلات بهره‌جسته‌اند و اثربخشی آنها را تایید کرده‌اند [۱۳]. براین اساس به‌نظر می‌رسد که می‌توان از بازی‌درمان‌گری برای ارتقاء رفتارهای اجتماعی مثبت کودکان بهره‌جست.

بازی‌درمان‌گری، اولاً یک اقدام مشاوره‌ای است که مرحله تحولی کودک را نشان می‌دهد. مشاور با مشاهده رفتار کودک در ضمن بازی به نگرانی‌های او پی‌می‌برد و در مورد رفع آن اقدام می‌کند. ثانیاً وسیله مناسبی برای ایجاد رابطه میان کودک و مشاور در یک سطح مناسب می‌باشد و ثالثاً بازی، مناسب‌ترین روش یادگیری برای کودک است و سبب یادگیری مهارت‌های جدید می‌شود [۱۴].

این تکنیک به‌عنوان یک بعد مداخله‌ای اولیه با نفوذ برای جمعیت پیش‌دبستانی محسوب می‌شود و وسیله اولیه درک و ارتباط با کودک پیش‌دبستانی و جزء مرکزی مراحل درمان است [۱۵].

با توجه به مطالب فوق و بررسی پیشینه پژوهش‌های انجام شده در زمینه بازی‌درمان‌گری و اثربخشی آن، احتمال این‌که بازی درمان‌گری به‌عنوان یک تکنیک بتواند نقش مؤثری در ارتقاء رفتار اجتماعی مثبت داشته باشد، تقویت می‌گردد. از آنجا که بازی‌درمان‌گری و اثرات آن بر درمان اختلال‌های شایع در کودکان به‌ویژه در کشور کمتر مورد توجه و پژوهش قرار گرفته است، تکنیک‌های مورد استفاده با تکیه بر پژوهش‌ریز [۲] انتخاب گردید. لذا مطالعه حاضر به منظور تعیین اثربخشی بازی درمان‌گری بر ارتقاء رفتار اجتماعی مثبت کودکان پیش‌دبستانی طراحی و اجرا گردید.

روش

پژوهش حاضر یک پژوهش شبه تجربی می‌باشد. در این پژوهش از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش همه کودکان پیش‌دبستانی در مهد کودک‌های تحت نظارت بهزیستی شهرستان ورامین در سال ۱۳۸۸ می‌باشد. نمونه مورد مطالعه در پژوهش حاضر ۳۲ کودک است که به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۶ نفری (یک گروه آزمایش و یک گروه شاهد) توزیع شدند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، نمونه‌گیری تصادفی ساده بود که برای این منظور، ابتدا لیست مهد کودک‌های مشغول به کار در شیفت عصر از بهزیستی شهرستان ورامین تهیه شد. سپس از این ده مهد کودک موجود، دو مهد کودک به‌صورت تصادفی انتخاب شد و برای تمامی ۱۳۱ کودک ۶ ساله آنها «چک لیست مشاهده‌ای رفتار اجتماعی کودکان» تکمیل شد. پس از اجرا و نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها، ۴۵ کودک، نمره پایین‌تر از کسر میانگین از انحراف معیار کسب کردند که به‌عنوان مبتلا به مشکلات در زمینه مهارت اجتماعی تشخیص داده شدند. سپس در جلسه‌ای که به‌منظور آگاه‌سازی والدین

گویی استفاده کنند. پس از برگزاری جلسه توجیهی با والدین و اخذ اجازه کتبی از آنها برای حضور کودک در بازی درمان گری گروهی، جهت تسریع در کار، مقرر شد جلسات بازی درمان گری طی ۵ هفته به صورت دو جلسه یک ساعته در هفته برگزار گردد. ضمناً کودکان در دو گروه ۵ نفره و یک گروه ۶ نفره جایگزین شدند و شرایط و محل بازی درمان گری از لحاظ نور، دما، اندازه محل بازی، هم چنین ساعات اجرای آن به لحاظ کنترل شرایط گرسنگی، سیری و خستگی برای هر سه گروه یکسان بود. محتوای بازی های مورد استفاده در جلسات مختلف، مطابق با روش رز [۲] با تکیه بر رویکرد شناختی-رفتاری و با این هدف انتخاب شده بود که رفتارهای اجتماعی مثبت را ارتقاء دهد.

جلسات بازی درمان گری به ترتیب از جلسه اول تا دهم به این شرح بود: ۱- مهارت مکالمه یا مهارت بیانی (با هدف آموزش مشاهده بصری و تمرکز، حفظ نوبت در شرکت در مکالمه، پاسخ به سؤالها و سؤال کردن از دیگران). ۲- مهارت ورود به گروه (با هدف آموزش نحوه مشارکت در فعالیت یا مکالمه شامل: اعلام علائق، صبر و تحمل کردن جهت فرارسیدن موقعیت و زمان مشارکت در فعالیت، تقاضای مشارکت و تحمل عدم پذیرش در جمع). ۳- مهارت لبخند زدن و لذت بردن (با هدف افزایش ظرفیت کودک در لذت بردن و داشتن چهره متبسم و قابلیت دوست یابی). ۴- مهارت جسارت یا قاطعیت (با هدف افزایش استفاده از واژه «من»، در ارتباط های خود برای بیان احساسات و خواسته های خود، بدون اقدام به آزدن یا نزاع با دیگران. پافشاری بر خواسته خود در کمال احترام و ادب یا گفتن «نه»). ۵- مهارت حل مسائل اجتماعی (با هدف کمک به کودک در جهت درک تعارض، یافتن راه حل های مناسب و ممکن برای حل مساله و انتخاب راه حل مسالمت آمیز). ۶- مهارت مشارکت (با هدف آموزش همکاری و مشارکت به کودکان برای رسیدن به یک هدف مشترک، حفظ نوبت و نقش پذیری در کار گروهی). ۷- مهارت تحسین (با هدف آموزش نحوه نشان دادن واکنش مثبت مانند نشان دادن قدردانی، تحسین و ستایش و تشویق یکدیگر). ۸- مهارت آگاهی از احساسات (با هدف آگاه شدن کودک به هیجانها و در نتیجه کسب توانایی کنترل آنها و آموزش نحوه بیان احساسات به دیگران). ۹- مهارت روحیه ورزشی خوب (با هدف آموزش توانایی تحمل شکست و انتقاد و جبران خطاها طی بازیها). ۱۰- خاتمه (با هدف مرور پیشرفت کودکان در افزایش مهارت ها و تشویق ادامه فعالیت در این زمینه استفاده شد). یک هفته پس از جلسه دهم، هر دو پرسشنامه مجدداً توسط مربیان تکمیل گردید [۲].

یافته ها

نمونه مورد مطالعه شامل ۳۲ کودک ۶ ساله (۱۳ دختر و

و دعوت به همکاری از آنان برگزار گردید، ۳۲ تن از والدین این کودکان حاضر به همکاری شدند. در نهایت فرم ارزشیابی رفتار کودک راتر (۲۶ سؤالی) برای این کودکان تکمیل شد و به منظور کنترل کلیه متغیرهای مخدوش کننده (مثل سبک فرزند پروری، تأثیر برنامه های تلویزیون و ماهواره، جدایی والدین، وجود خواهر و برادران، متغیرهای ژنتیکی، تأثیر همسالان، مذهب و فرهنگ)، آزمودنی ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار داده شدند. اطلاعات لازم برای این پژوهش، از اجرای دو پرسشنامه در دو نوبت قبل و پس از اجرای بازی درمان گری به دست آمد. این آزمون ها عبارتند از:

چک لیست مشاهده ای رفتار اجتماعی کودکان (Social Behavior of Children Observational Checklist)

توسط جان بزرگی [۱۶]. به منظور سنجش رفتار اجتماعی (مثبت) کودکان در مقطع پیش دبستانی طراحی و اعتبار سنجی شده است. این چک لیست شامل ۱۰۴ سؤال است که مربیانی که حداقل یک ماه کودکان را تحت آموزش روزانه قرار داده و با ویژگی های کودکان آشنایی داشته اند، آن را درباره کودکان تکمیل کرده اند. تمامی مربیان برای تکمیل فرم، تحت آموزش قرار گرفتند و از روش استاندارد برای پاسخ گویی استفاده کردند. این پرسشنامه دارای یک نمره کلی است که نمره رفتار اجتماعی کودکان را مشخص می کند و دارای ده زیرمقیاس شامل جهت گیری اجتماعی، همدلی، خودمهار گری، رفتار اخلاقی، حرمت خود، اطاعت پذیری، قاطعیت یا جرأت ورزی، رفتار پرخاشگرانه، تمایل به مشارکت اجتماعی و احترام به قانون می باشد. آزمون از نظر ضریب اعتبار، همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفته و با ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۴ با روش دومنه کردن، ۰/۸۲ و با ضریب اعتبار با روش گوتمن ۰/۹۰ مورد استفاده قرار گرفته است.

پرسشنامه ارزشیابی رفتار کودک راتر (Rutter's Evaluation of Behavior Scale for Children): توسط جان بزرگی [۲]. پس از حذف ۴ سؤال از پرسشنامه اصلی (۳۰ سؤالی) به دست آمده است و برای کودکان پیش دبستانی قابل استفاده می باشد، در حالی که پرسشنامه اصلی راتر برای کودکان بالای ۶ سال قابل استفاده می باشد. این پرسشنامه بر روی ۱۷۳ کودک اجرا شد و از نظر اعتبار سنجی با روش آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۴ به دست آمد [۱۶]. این پرسشنامه دارای زیرمقیاس های پرخاشگری و بیش فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضد اجتماعی و اختلال کمبود توجه می باشد.

شیوه مداخله: پس از جلسه با مدیران و مربیان دو مهد کودک، تمامی مربیان پیش دبستانی برای تکمیل هر دو فرم تحت آموزش قرار گرفتند که از روش استاندارد برای پاسخ

میانگین سن پدران آنها ۳۴/۶ سال و میانگین سن مادران ۳۲/۷ سال بود. از نظر سطح تحصیلات نیز ۱۸ درصد والدین دیپلم، ۱۸ درصد فوق دیپلم و ۲۸ درصد لیسانس و بالاتر بودند.

۱۹ پسر) بود که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. میانگین سن آنها در گروه آزمایش ۶ سال و ۵ ماه با انحراف استاندارد ۲/۴ ماه و در گروه کنترل ۶ سال و ۵ ماه با انحراف استاندارد ۳/۲ ماه بود.

جدول ۱- آزمون لون برای آزمون برابری واریانس نمرات مقیاس رفتاراجتماعی مثبت

سطح معناداری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	F	SD	M	
۰/۲۸۸	۳۰	۱	۱/۱۶۸	۰/۸۷	۲۶/۷۷	رفتاراجتماعی مثبت پیش آزمون
۰/۵۰۳	۳۰	۱	۰/۴۵۹	۲/۰۳	۳۲/۱۱	رفتاراجتماعی مثبت پس آزمون

جدول ۲- آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای معناداری تفاوت میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل برای رفتاراجتماعی مثبت و خرده مقیاس های آن

سطح معناداری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	F	منابع	SD	M	
۰/۰۲۵	۳۰	۱	۵/۵۶۳	درون آزمودنی	۰/۸۷	۲۶/۷۷	آزمایش پیش آزمون
۰/۰۰۰۱	۳۰	۱	۱۹۰/۹۲۹	بین گروهی	۲/۰۳	۳۲/۱۱	پس آزمون
					۱/۹۳	۲۶/۲۳	کنترل پیش آزمون
					۱/۵۴	۲۳/۱۲	پس آزمون
۰/۰۰۰۱	۳۰	۱	۱۶/۷۲۱	درون آزمودنی	۰/۳۵	۲/۲۱	آزمایش پیش آزمون
۰/۰۰۰۱	۳۰	۱	۱۶/۵۸۷	بین گروهی	۰/۶۸	۳/۱۳	پس آزمون
					۰/۲۴	۲/۲۴	کنترل پیش آزمون
					۰/۳۴	۲/۱۹	پس آزمون
۰/۰۰۰۱	۳۰	۱	۵۳/۹۸۲	درون آزمودنی	۰/۱۷	۲/۵۴	آزمایش پیش آزمون
۰/۰۰۰۱	۳۰	۱	۶۳/۵۴۲	بین گروهی	۰/۳۱	۳/۴۰	پس آزمون
					۰/۱۹	۲/۴۶	کنترل پیش آزمون
					۰/۲۹	۲/۳۲	پس آزمون
۰/۲۶۶	۳۰	۱	۱/۲۸۳	درون آزمودنی	۰/۳۶	۲/۷۵	آزمایش پیش آزمون
۰/۰۰۰۱	۳۰	۱	۱۱۵/۹۷۲	بین گروهی	۰/۲۵	۳/۳۸	پس آزمون
					۰/۲۴	۲/۵۵	کنترل پیش آزمون
					۰/۲۶	۲/۰۷	پس آزمون
۰/۹۵۶	۳۰	۱	۰/۰۰۳	درون آزمودنی	۰/۲۴	۲/۹۰	آزمایش پیش آزمون
۰/۰۰۰۱	۳۰	۱	۳۹/۲۱۹	بین گروهی	۰/۴۹	۳/۳۹	پس آزمون
					۰/۴۲	۲/۸۴	کنترل پیش آزمون
					۰/۴۳	۲/۳۴	پس آزمون
۰/۶۰۱	۳۰	۱	۰/۲۸۰	درون آزمودنی	۰/۲۴	۲/۸۵	آزمایش پیش آزمون
۰/۰۰۰۱	۳۰	۱	۱۷/۲۵۸	بین گروهی	۰/۴۱	۳/۱۵	پس آزمون
					۰/۳۰	۲/۸۱	کنترل پیش آزمون
					۰/۳۲	۲/۴۴	پس آزمون
۰/۰۰۰۱	۳۰	۱	۴۹/۰۰۰	درون آزمودنی	۰/۳۱	۲/۵۰	آزمایش پیش آزمون
۰/۰۰۰۱	۳۰	۱	۲۲/۱۰۳	بین گروهی	۰/۳۲	۳/۴۶	پس آزمون
					۰/۴۱	۲/۵۴	کنترل پیش آزمون
					۰/۳۰	۲/۴۶	پس آزمون
۱	۰/۰۶۰	۳۰	۱	درون آزمودنی	۰/۴۰	۳/۳۴	آزمایش پیش آزمون
۱	۰/۰۰۰۱	۳۰	۱	بین گروهی	۰/۶۵	۳/۷۴	پس آزمون
					۰/۳۸	۳/۳۲	کنترل پیش آزمون
					۰/۴۷	۲/۴۱	پس آزمون
۰/۰۰۰۱	۳۰	۱	۲۷/۱۴۷	درون آزمودنی	۰/۳۷	۲/۲۱	آزمایش پیش آزمون
۰/۰۰۱	۳۰	۱	۱۲/۹۲۱	بین گروهی	۰/۵۰	۲/۹۶	پس آزمون
					۰/۳۸	۲/۱۵	کنترل پیش آزمون
					۰/۳۲	۲/۱۸	پس آزمون
۰/۰۰۰۸	۳۰	۱	۷/۵۹۵	درون آزمودنی	۰/۵۷	۲/۷۰	آزمایش پیش آزمون
۰/۴۴۷	۳۰	۱	۰/۵۹۴	بین گروهی	۰/۶۹	۲/۱۸	پس آزمون
					۰/۴۹	۲/۵۶	کنترل پیش آزمون
					۰/۴۸	۲/۴۶	پس آزمون
۰/۴۷۴	۳۰	۱	۰/۵۲۵	درون آزمودنی	۰/۳۶	۲/۷۸	آزمایش پیش آزمون
۰/۰۰۰۱	۳۰	۱	۲۸/۰۰۹	بین گروهی	۰/۵۰	۳/۳۳	پس آزمون
					۰/۳۸	۲/۶۶	کنترل پیش آزمون
					۰/۴۶	۲/۲۶	پس آزمون

نتایج آن در جدول ۲ آمده است این افزایش معنادار است. لازم به ذکر است آزمون ۲۶ سوالی راتر نیز جهت تأیید فرضیه فرعی تحت عنوان «بازی درمان‌گری بر کاهش رفتاراجتماعی منفی کودکان پیش دبستانی تأثیر دارد» به نوعی برای کمک به بررسی دقیق فرضیه اصلی پژوهش اجرا شد و نتایج نشان داد این فرضیه نیز مورد تأیید قرار گرفت. با توجه به اینکه تفاوت‌های میانگین دو گروه در مقیاس رفتاراجتماعی نرمال است ($p > 0/05$)، هم‌چنین واریانس نمرات دو گروه مذکور بر اساس جدول ۴ برابر است ($p > 0/05$)، بنابراین می‌توان از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت دو گروه کنترل و آزمایش در نمرات این خرده‌مقیاس استفاده کرد.

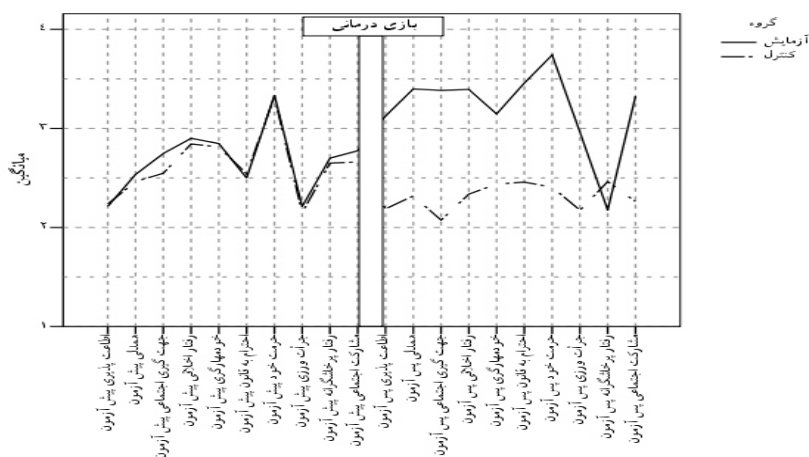
در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای آزمون تفاوت میانگین نمرات آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل در مقیاس رفتاراجتماعی منفی بیانگر آن است که میانگین نمرات دو گروه کنترل و آزمایش با هم تفاوت معناداری دارند، به طوری که بازی درمان‌گری بر کاهش رفتاراجتماعی منفی تأثیر داشته است. نتایج تحلیل کوواریانس برای کنترل اثر نمرات رفتاراجتماعی منفی آزمودنی‌ها نیز مؤید معناداری تفاوت نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه به واسطه مداخله بازی درمان‌گری است که نتایج آن در جدول ۶ آمده است. همان‌طور که نمودار ۳ نشان می‌دهد میانگین زیرمقیاس‌های رفتاراجتماعی مثبت غیر از رفتار پرخاشگرانه، در گروه آزمایش افزایش یافته است.

با توجه به این‌که نمرات خرده‌مقیاس‌های رفتار اجتماعی مثبت هم‌سو نیستند، توزیع نمرات دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای مقیاس رفتار اجتماعی مثبت نرمال نیست ($p < 0/05$). در نتیجه از تصحیح نرمالیتی استفاده شده است. واریانس نمرات این دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر اساس جدول ۱ برابر است ($p > 0/05$). بنابراین می‌توان از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت دو گروه کنترل و آزمایش استفاده کرد.

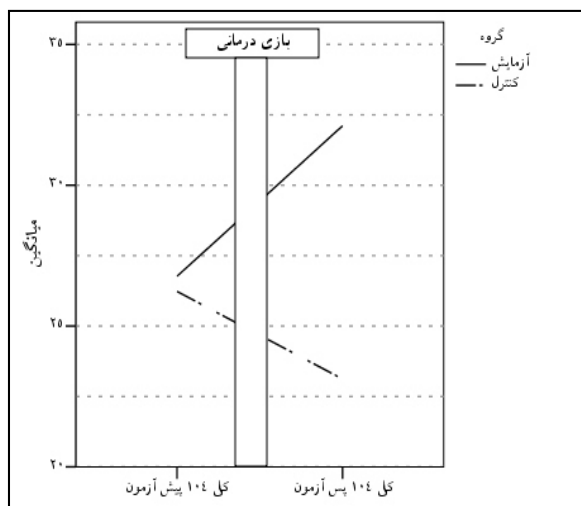
بر اساس تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، بازی‌درمان‌گری در مرحله پس‌آزمون باعث ارتقاء معنادار رفتار اجتماعی مثبت و ۹ خرده‌مقیاس آن ($p < 0/01$) در گروه آزمایش شده است و فقط در خرده‌مقیاس رفتار پرخاشگرانه کاهش معناداری در گروه آزمایش دیده نشده است (جدول ۲). لازم به ذکر است جهت اطمینان از اثربخشی متغیر مستقل و حذف اثر پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس نیز استفاده شد و تمامی نتایج مورد تأیید قرار گرفت. همچنین، نتایج تحلیل کوواریانس برای کنترل اثر نمرات رفتاراجتماعی مثبت آزمودنی‌ها نیز مؤید معناداری تفاوت نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه به واسطه مداخله بازی درمان‌گری است که نتایج آن در جدول ۳ آمده است. همان‌طور که نمودار ۱ نشان می‌دهد میانگین زیرمقیاس‌های رفتاراجتماعی مثبت غیر از رفتار پرخاشگرانه، در گروه آزمایش افزایش یافته است. هم‌چنین نمودار ۲ نیز نشان می‌دهد میانگین رفتاراجتماعی مثبت در پس‌آزمون گروه آزمایش افزایش یافته است و با توجه به آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر که

جدول ۳: تحلیل کوواریانس برای کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون رفتاراجتماعی مثبت

منبع	مجدور میانگین	R ²	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
رفتاراجتماعی مثبت پیش‌آزمون	۹/۵۲۸	۰/۸۸۲	۳/۱۴۳	۱	۲۹	۰/۰۸۷
گروه	۶۵۳/۶۳۶		۲۱۵/۶۳۹	۱	۲۹	۰/۰۰۰۱



نمودار ۱- نمایش تفاوت میانگین پس‌آزمون خرده‌مقیاس‌های رفتاراجتماعی مثبت در گروه آزمایش و کنترل



نمودار ۲- نمایش تفاوت میانگین مقیاس رفتاراجتماعی مثبت پس آزمون گروه آزمایش و کنترل

جدول ۴- آزمون لون برای آزمون برابری واریانس نمرات مقیاس رفتاراجتماعی منفی

سطح معناداری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	F	SD	M	
۰/۱۱۹	۳۰	۱	۲/۵۷۵	۱۳/۲۲	۵۳/۳۱	رفتاراجتماعی منفی پیش آزمون
۰/۲۱۴	۳۰	۱	۱/۶۱۵	۱۳/۷۱	۴۶/۶۹	رفتاراجتماعی منفی پس آزمون

جدول ۵- آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای معناداری تفاوت میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل برای رفتاراجتماعی منفی (اثر بین آزمودنی)

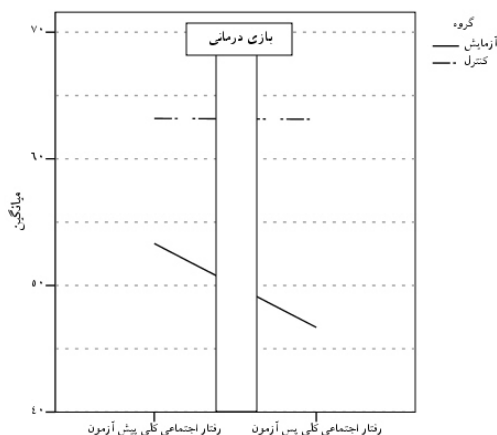
سطح معناداری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	F	منابع	SD	M	
۰/۰۰۰۱	۳۰	۱	۲۸/۹۵۵	درون آزمودنی	۱۳/۲۲	۵۳/۳۱	آزمایش پیش آزمون
۰/۰۰۰۱	۳۰	۱	۶/۰۴۸	بین گروهی	۱۳/۷۱	۴۶/۶۹	رفتاراجتماعی منفی پس آزمون
					۱۶/۷۷	۶۳/۱۹	کنترل پیش آزمون
					۱۶/۸۶	۶۳/۱۳	کنترل پس آزمون

جدول ۶: تحلیل کوواریانس برای کنترل اثر نمرات پیش آزمون رفتاراجتماعی مثبت

سطح معناداری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	F	R ²	مجذور میانگین	منبع
۰/۰۰۰۱	۲۹	۱	۵۲۵/۹۲۷	۰/۹۶۰	۶۷۱۱/۳۱	رفتاراجتماعی مثبت پیش آزمون
۰/۰۰۰۱	۲۹	۱	۲۴/۹۲۴		۳۱۸/۲۶۸	گروه

بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی برای درمان گری بر ارتقاء رفتار اجتماعی مثبت کودکان پیش دبستانی انجام شده است. نتایج نشان داد که بازی درمانی باعث ارتقاء معنادار رفتار اجتماعی مثبت و همچنین کاهش رفتار اجتماعی منفی در گروه آزمایش شد. به عبارتی، می توان توسط بازی درمانی، رفتار اجتماعی کودکان را بهبود بخشید. در این پژوهش نشان داده شد که آموزش هر یک از مهارت های مکالمه (مهارت بیانی)، ورود به گروه، لبخند زدن و لذت بردن، جسارت یا قاطعیت، حل مسائل اجتماعی، مشارکت، تحسین، آگاهی از احساسات و روحیه ورزشی خوب، سبب ارتقاء اطاعت پذیری، همدلی، جهت گیری اجتماعی، رفتار اخلاقی، خودمهارگری، احترام به



نمودار ۳- نمایش تفاوت میانگین مقیاس رفتاراجتماعی منفی پس آزمون گروه آزمایش و کنترل

یافته‌های این پژوهش با نتایج به دست آمده از تحقیق رز نیز سازگار است.

باتون و ری در مروری از ۸۲ مطالعه تجربی از بازی درمان‌گری، نتیجه‌گیری کردند که بازی‌درمان‌گری نتایج مؤثری را در حرمت‌خود، تغییرات رفتاری، توانایی شناختی، مهارت‌های اجتماعی و اضطراب به‌همراه دارد که با نتایج این پژوهش همخوان می‌باشد [۲۴].

تاربوکس و همکاران [۲۵] معتقدند طی سه مرحله درخواست مستقیم از کودک، کمک به انجام فرمان و نظارت بر انجام فرمان، اطاعت‌پذیری کودکان (که یکی از فاکتورهای رفتار اجتماعی مثبت است) ارتقاء می‌یابد. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های آبیوات، پیس، کالشر، کودوی و کاتالدو [۲۶] و تاربوکس و همکاران [۲۵] مبنی بر این که با آموزش می‌توان اطاعت‌پذیری را ارتقاء داد، مطابقت دارد. همچنین یافته‌های این پژوهش با یافته‌های هاث باکس و همکاران [۲۷]، والکر و همکاران [۲۸] و هافمن [۲۹]، مبنی بر این که بازی‌درمان‌گری همدلی را ارتقاء می‌دهد، مطابقت دارد. نیوکامب و بگول و والکر و همکاران بیان می‌کنند کودکانی که مهارت‌های اجتماعی را کسب می‌کنند، نوع دوستی بیشتری دارند و هافمن [۲۹] نشان داد پاسخدهی همدلانه با نوع دوستی، ارتباط مثبت دارد. کودکان با آموزش و شناخت انواع هیجان‌های مثبت و منفی و یادگیری نحوه بیان احساسات و کنترل آن‌ها و همچنین درک احساسات دیگران آمادگی بیشتری برای واکنش مناسب به احساسات دیگران پیدا می‌کنند و از این رهگذر می‌توان گفت همدلی آن‌ها افزایش می‌یابد. تأیید این یافته مطالعات هیزر، گیفورد و هیزر [۳۰] است که معتقدند خودآگاهی، بخشی از پاسخ همدلانه است. همچنین آندروود و مورری [۳۱] به دنبال یک فراتحلیل، ارتباط مثبت معناداری بین توانایی درک موقعیت شناختی و عاطفی دیگران و پاسخ اجتماعی مثبت پیدا کردند و در فراتحلیل آیزنبرگ و استایر [۳۲] نیز ارتباط مثبت معناداری بین پاسخ همدلانه و پاسخ‌دهی مثبت اجتماعی دیده شد. والکر و همکاران [۲۸] معتقدند آموزش مهارت‌های اجتماعی موجب افزایش حرمت خود در کودکان می‌شود. جان‌بزرگی و همکاران [۲] نیز یکی از تفاوت‌های عمده بازی‌درمان‌گری گروهی با بازی‌درمان‌گری فردی را القای شناختی حرمت‌خود، با کشف و آزمون راه‌های جدید و مؤثر در ارتباط متقابل با همسالان می‌دانند. همچنین شیمیزا، کوبوتا، میشلما و ناگاتا [۳۳] نشان دادند بازی درمان‌گری می‌تواند حرمت‌خود کودکان پیش‌دستانی را ارتقاء دهد. یافته‌های این پژوهش با این مطالعات کاملاً همسو می‌باشد.

در ارتباط با جرأت‌ورزی، میکی‌کینلای، کلی و پترسون [۳۴] معتقدند با آموزش سه مهارت اجتماعی: تماس چشمی، درخواست مناسب از دیگران برای تغییر رفتارشان و بروز

قانون، حرمت‌خود، جرأت‌ورزی، تمایل به مشارکت اجتماعی و کاهش اضطراب/ افسردگی، ناسازگاری اجتماعی و رفتار ضداجتماعی شده و در مجموع به ارتقاء رفتار اجتماعی مثبت و کاهش رفتار اجتماعی منفی آزمودنی‌های پژوهش در مقایسه با گروه کنترل انجامید. طبق نظریه آکسلاین، بازی مناسب‌ترین روش یادگیری برای کودک است و سبب یادگیری مهارت‌های جدید می‌شود. هکمن [۱۷] نیز معتقد است، مهارت‌های اجتماعی و انگیزش کودک از مهم‌ترین عواملی است که می‌توان به‌طور موفق در آن مداخله کرد. از یافته‌های ماستن و کوتسورث [۱۸] نیز چنین استنباط می‌شود که سال‌های پیش‌دستانی برای ساختن توانش اجتماعی-هیجانی بسیار حیاتی است. همچنین، جان‌بزرگی و همکاران [۲] معتقدند بازی‌های گروهی قابلیت به‌وجود آوردن محیط درمانی پرتوانی را دارند که در آن کودکان قادرند ضمن تجربه احساسات مثبت، به یادگیری مهارت‌های اجتماعی جدید بپردازند. براساس این اصول، در پژوهش حاضر، از بازی، آن هم به صورت گروهی برای یادگیری مهارت‌های اجتماعی جدید در گروه پیش‌دستانی بهره گرفته شد. محمد/اسماعیل [۱۹] نیز بیان می‌کند بازی کردن به کودکان اجازه می‌دهد که مهارت‌های اجتماعی خودشان را ارزیابی کنند و رفتارهای اجتماعی جدید را بیاموزند و تمرین کنند. یالوم می‌گوید رشد مهارت‌های اجتماعی یکی از مزیت‌های بازی‌درمان‌گری گروهی است [۲۰] که این مساله در پژوهش حاضر به خوبی نشان داده شد. به اعتقاد جرالد نیز بازی‌درمان‌گری شناختی-رفتاری در رشد مهارت‌های اجتماعی کودکان و دیگر راهکارهای انطباقی و سازگارانه رفتاری-شناختی مفید و مؤثرند [۲۱].

نتایج این پژوهش، کاملاً با نتیجه پژوهش لاگرسا و ساتوگروسی [۲۲] نیز همخوانی دارد. آن‌ها یک برنامه ۸ هفته‌ای آموزش رفتاری گروهی را در مورد مهارت‌های اجتماعی برای کودکان ارزیابی نمودند که در آن هشت دسته از مهارت‌ها مانند لبخند زدن، سلام و تعارفات، پیوستن، دعوت، مکالمه، همکاری و مشارکت، تقدیر و تشکر و مهار رفتار در نظر گرفته شده بود. با توجه به کودکان گروه شاهد و کودکانی که قرار بود بعداً مورد آموزش قرار گیرند، کودکان مقطع پیش‌دستانی ۳ تا ۵ ساله که از این آموزش‌ها برخوردار شده بودند، به مراتب بیش از دیگران، پیشرفت چشمگیری در زمینه دانش و مهارت‌های اجتماعی از خود نشان دادند.

رز [۲۳] دریافت که کودکانی که در ۱۰ جلسه آموزش مهارت‌های اجتماعی شرکت داشتند، در داشتن رفتار جسورانه، جاذب بودن و پذیرفته شدن توسط دیگران پیشرفت داشتند. در مطالعات دیگر، موارد بیشتری از پذیرفته شدن در جمع همسالان و هم‌طرازان تأیید شده است.

مقیاس اصلی و برخی خرده مقیاس‌ها؛ زیاد بودن سؤال‌های پرسشنامه، وقت گیر بودن غربالگری و امکان افت دقت مریان در تکمیل کردن آن؛ ورود تعدادی از نمونه‌ها به سن ۷ سالگی و محدود بودن ابزار سنجش به سن ۶ سالگی و در نتیجه عدم امکان پیگیری تداوم اثربخشی بازی درمان‌گری بر ارتقاء رفتار اجتماعی کودکان؛ و امکان تأثیرگذاری عواملی مثل سبک فرزندپروری، برنامه‌های تلویزیون و ماهواره، جدایی والدین، وجود خواهر و برادران، متغیرهای ژنتیکی، تأثیر همسالان، مذهب و فرهنگ بر نتایج، محدودیت‌های این پژوهش بود.

نتیجه‌گیری

با توجه به اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش دبستانی از طریق بازی درمان‌گری که در این پژوهش نشان داده شد، پیشنهاد می‌شود به جهت بررسی رفتار اجتماعی کودکان در زمان‌ها و مکان‌های مختلف پس از آموزش مهارت‌های اجتماعی، مطالعه طولی انجام شود؛ برای بررسی میزان ماندگاری اثربخشی بازی درمان‌گری مطالعات پیگیری انجام شود؛ رابطه سبک فرزندپروری با رفتار اجتماعی کودکان مورد بررسی قرار گیرد؛ کلیه مریان در سطح مهدهای کودک کشور تحت آموزش مهارت‌های اجتماعی قرار گیرند و تأثیر آن روی رفتار اجتماعی در مقطع پیش دبستانی بررسی شود؛ مهارت‌های فرزندپروری به والدین و آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان به صورت هم‌زمان آموزش داده شود و تأثیر آموزش والدین در ارتقاء رفتار اجتماعی کودکان مورد مطالعه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

از همکاری سرکار خانم عابدینی، مسؤول مهد کودک‌های سازمان بهزیستی شهرستان ورامین، مسؤولان مهد کودک بهشت و باغ کودک و والدینی که با حضور کودکانشان در این پژوهش موافقت نمودند، بسیار سپاسگزاریم.

منابع

- 1- Crick NR, Dodge KA. A review and reformulation of social information in childrens social adjustment. *Psychol Soc Bull.* 1994;115(1):74-101.
- 2- Janbozorgi M, Noori N, Agah Haris M. Mortality, social behavior and rule acceptance training (a practical guide). Tehran: Arjmand; 2008. [Persian]
- 3- Cartledge G, Milburn JF. The case for teaching social skills in the classroom: A review. *Rev Educ Res.* 1978;48:133-56.
- 4- Stephens TM. *Social skills in the classroom.* Columbus, OH: Cedars Press; 1987.
- 5- Hops H. Children's social competence and skill: Current research practices and future directions. *J Behav Ther.* 1983;14(1):3-18.

احساسات به‌طور قاطع سبب شکل‌گیری و ارتقاء جرأت‌ورزی می‌شود که با تکنیک اجرا شده در این پژوهش و نتایج به دست آمده مطابقت دارد. در ارتباط با ارتقاء مشارکت اجتماعی توسط بازی درمان‌گری نیز نتایج به‌دست آمده با یافته‌های حسینی [۳۵] سازگار است.

لازم به ذکر است یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های هالی مارلی و دامون [۳۶]، بریک و گریبلر [۳۷]، لوپس و کارچر [۳۸]، هانا [۲]، ذوالمجد [۳۹]، بیات [۴۰] و علیزاده صدر دانش‌پور [۴۱] مبنی بر این‌که بازی درمان‌گری رفتار پرخاشگرانه را کاهش می‌دهد، مطابقت ندارد. برای تبیین این یافته می‌توان به عقیده یالوم [۲۰] استناد کرد که می‌گوید یکی از مزیت‌های بازی درمان‌گری گروهی احساس برون‌ریزی است. تبیین دیگر این یافته این است که در پروتکل بازی درمان‌گری مورد استفاده در پژوهش حاضر، به‌صورت اختصاصی بر روی پرخاشگری تأکید نشده است و حال آن که مهار پرخاشگری نیازمند آموزش و پیگیری‌های طولانی مدت است. عقیده لاجمن و لیزا [۴۲] مؤید این ادعاست. آن‌ها معتقدند درمان رفتاری شناختی طولانی‌تر (۱۸-۱۲ جلسه) باعث کاهش پرخاشگری می‌شود و نتایج ثابت‌تر می‌ماند. هم‌چنین جکسون و همکاران [۴۳]، نشان دادند که به‌دنبال بازی درمان‌گری، تفاوت‌های کیفی در کودکان دیده شد و والدین اظهار کردند کودکانشان بهتر احساساتشان را بیان می‌کنند، بیشتر متمرکز می‌شوند، شنوندگان بهتری شده‌اند، رفتار مناسب‌تری دارند، بهتر به بازخورد رفتارهایشان پاسخ می‌دهند، کمتر عصبانی و ناراحت می‌شوند و کمتر گذار به عمل دارند اما نتایج کمی این‌گونه بود که در بازی درمان‌گری گروهی، کودکان نمرات بالاتری در مهارت‌های اجتماعی به‌دست آوردند ولی ضرورتاً بهبود معناداری در مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون دیده نشد. در پژوهش حاضر نیز والدین اظهار می‌کردند کودکانشان کمتر عصبانی و ناراحت می‌شوند و کمتر گذار به عمل دارند و در بازی درمان‌گری گروهی، نمرات رفتار پرخاشگرانه کودکان کاهش یافت اما بهبود معناداری در مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون دیده نشد. از مطالب بیان شده، این یافته چنین تبیین می‌شود که به‌دلیل اختصاصی نبودن بازی درمان‌گری و کوتاه بودن دوره آن، بازی درمان‌گری نتوانسته است پرخاشگری را به‌طور معنادار کاهش دهد، هرچند که این کاهش در سطح کیفی به‌صورت گزارش والدین رؤیت شد. هم‌چنین می‌توان عدم کاهش رفتار پرخاشگرانه کودکان را به این عامل نسبت داد که این مؤلفه در جلسه نهم بازی درمان‌گری اجرا شد و کودکان تمرین کمی در این زمینه داشتند. بنابراین بازی درمان‌گری نتوانست رفتار پرخاشگرانه کودکان پیش‌دبستانی را کاهش دهد.

کم بودن تحقیقات مشابه خارجی و نادر بودن تحقیقات مشابه در ایران و عدم امکان مقایسه با این تحقیقات در

- three-step prompting on compliance with caregiver requests. *J Appl Behav Anal.* 2007;40:703-6.
- 26- Iwata BA, Pace GM, Kalsner MJ, Cowdery GE, Cataldo MF. Experimental analysis and extinction of self-injurious escape behavior. *J Appl Behav Anal.* 1990;23(1):11-27.
- 27- Huth-Bocks A, Schettini A, Shebroe V. Group play therapy for preschoolers exposed to domestic violence. *J Child Adol Group Ther.* 2001;11(1):19-34.
- 28- Walker HM, Schwartz I, Nippold M, Irvin L, Noell J. Social skills in school age children and youth. *Top lang Disord.* 1994;14(3):70-82.
- 29- Hoffman ML. Handbook of Empathy, Social Cognition, and moral action. In W.M Kurtines and J.L. Gewirtz. (Eds). *Moral behavior and devel.* 1991;1:Theory (275-302). Hillsdale, N.J: L Erlbaum
- 30- Hayes SC, Gifford EV, Hayes GJ. Moral behavior and the development of verbal regulation. *Behav Anal.* 1998;21(2):253-79.
- 31- Underwood B, Moore B. Perspective-taking and altruism. *Psychol Bulletin.* 1982;91(1):143-73.
- 32- Eisenberg N, Strayer J. Empathy and its development. New York: Cambridge University Press; 1987.
- 33- Shimizu T, Kubota S, Mishilma N, Nagata S. Relationship between self-esteem and assertiveness training among Japanese hospital nurses: A pilot study. *J Occup Health.* 2003;45:185-90.
- 34- McKinlay TA, Kelly J, Patterson J. Teaching assertive skills to a passive homosexual adolescent: An illustrative case study. *J Homosex.* 1978;3(2):163-70.
- 35- Hoseyni S. The effect of play therapy with Meichenbaum cognitive-behavior approach on reduction of self-consciousness signs and social withdrawal [Dissertation]. Qazvin: International Emam Khomeini University; 2008. [Persian]
- 36- Hall-Marley SE, Damon L. Impact of structured group therapy on young victims of sexual abuse. *J Child Adol Group Ther.* 1993;3(1):41-8.
- 37- Brake KJ, Gerler ER. Discovery: A program for fourth and fifth grades identified as discipline problems. *Elementary Sch Guid Couns.* 1994;28(3):170-81.
- 38- Lewis SS, Karcher MJ. Pair counseling: The effects of a dyadic developmental play therapy on interpersonal understanding and externalizing behaviors. *Int J Play Ther.* 2002;11(1):19-41.
- 39- Zolmajd A. The effect of sand play therapy on 8-12 years old sons aggression [Dissertation]. Tehran: Allame Tabatabaee University; 2001. [Persian]
- 40- Bayat M. The effect of child center play therapy on reduction of accommodation disorders in children [Dissertation]. Tehran: Shahid Beheshti University; 2008. [Persian]
- 41- Alizade Sadre danesh M. The effect of group play therapy on reduction of aggression of 9-11 years old girls [Dissertation]. Tehran: Islamic Azad University; 2008. [Persian]
- 42- Lachman J, Lenhart IA. Anger coping intervention for aggressive children, conceptual models and outcome efforts. *Clin Psychol Rev.* 1993;13(8):785-805.
- 43- Jackson Y, Spreier RB, Ferguson K, Brown A. Group play therapy for young children exposed to major stressors: Comparison of quantitative and qualitative evaluation methods. *J Child Adol Group Ther.* 1999;9(1):3-16.
- 6- Katz GL, McClellan DE. Fostering children's social competence: The teacher's role. USA: National association for education of young children; 1997.
- 7- Seçer Z, Çeliköz N, Koçyigit S, Seçer F, Kayılı G. Social skills and problem behavior of children with different cognitive styles who attend preschool education. *J Procedia Soc Behav Sci.* 2009;1(1):1554-60.
- 8- McClellan DE, Katz LG. Assessing young children's social competence. *ERIC Digest.* [ERIC Publications. ERIC Digests in F.T.]; 2001.
- 9- Geldard K, Geldard D. Counseling with children with play therapy (a practical guide). Translated by Arjmand Z. Tehran: Andishe Avaran; 2008. [Persian]
- 10- Matson JL, Wilkins J. Psychometric testing methods for children's social skills. *J Res Dev Disabil.* 2009;30(2):249-74.
- 11- Herbert JD, Gaudio BA, Rheingold AA, Rheingold VH, Dalrymple K, Nolan EM. Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Int J Behav Ther.* 2005;36(2):125-38.
- 12- Hamilton D, Zoitias A. The social validity of interventions for promoting preschool children's peer interactions. *J Behav Change.* 2003;20(4):208-17.
- 13- Bratton SC, Ray D, Rhine T, Jones L. The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Profession Psychol: Res Pract.* 2005;36:376-90.
- 14- Axline VM. *Play Therapy.* Boston: Hoghtin Mittin; 1947.
- 15- Davenport BR, Bourgeois NM. Play, aggression, the preschool child, and the family: A review of literature to guide empirically informed play therapy with aggressive preschool children. *Int J Play Ther.* 2008;17(1):2-23.
- 16- Janbozorgi M. The plan of examination of training and accommodation of respect to rule in children. Organization of scientific and industrial researches with participation welfare organization; 2004. [Persian]
- 17- Heckman JJ. Invest in the very young. Chicago, IL: Ounce Prevention Fund; 2000.
- 18- Masten AS, Coatsworth JD. The development of competence in favorable and unfavorable environments. *J Am psychol.* 1998;53(2):205-20.
- 19- Mohamad Esmail E. Play therapy (a practical guide). Tehran: Danjeh; 1387. [Persian].
- 20- Serob Arezumanian K. The effect of group therapy on reduction of behavioral disorders of Tunian school grade one Armenian girls [Dissertation]. Rudehen: Islamic Azad University; 2001. [Persian]
- 21- Ghaderi N, Asghari Moghadam MA, Shairi R. The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on aggression of children with conduct disorder. *Two Mon Res Sci Mashhad University.* 2006;13(19):75-84.
- 22- La-Gresa AM, Santogrossi D. Social skills training with elementary school students: A behavioral group approach. *J couns clin psychol.* 1980;48(2):220-27.
- 23- Gottman Y, Gonso J, Rasmussen B. Friendship in children. *Child Dev.* 1975;46:709-18.
- 24- Bratton SC, Ray D, Rhine T, Jones L. The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Profes Psychol: Res Pract.* 2005;36(4):376-90.
- 25- Tarbox RS., Wallace MD, Penrod D, Tarbox J. Effect of