

The Effectiveness of Group Play Therapy on Symptoms of Oppositional Defiant and Behavior Disorder in 6-9-Year-Old Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

Saeed Ariapooran^{1,*}, Arezoo Eskandari²

¹ Assistance professor, Department of Psychology, Literature and Humanistic College, Malayer University, Malayer, Iran

² MA Student in General psychology, Literature and Humanistic College, Malayer University, Malayer, Iran

* **Corresponding author:** Saeed Ariapooran, Department of Psychology, Literature and Humanistic College, Malayer University, Malayer, Iran. E-mail: s.ariapooran@malayeru.ac.ir

Received: 22 Apr 2016

Accepted: 24 May 2016

Abstract

Introduction: Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) have many emotional and behavioral problems. The purpose of the current study was to examine the effectiveness of group play therapy on symptoms of oppositional defiant and behavior disorder in 6-9-year-old children with ADHD.

Methods: In this interventional study, 20 children with symptoms of ADHD in Isfahan city, Iran were randomly assigned into experimental and control groups. Child Symptom Inventory-4 (CSI-4) was used for collecting the data. The experimental group received group play therapy (the feeling vocabulary game, chairs game and balloons of anger) for eight sessions, whereas no intervention was implemented in the control group. The Data were analyzed using Multivariate Analysis of Variance (MANOVA).

Results: The results indicated that group play therapy was effective on decreasing the symptoms of ADHD, oppositional defiant and behavior disorder in children with ADHD.

Conclusions: The results supported the effects of group play therapy on decreasing the symptoms of ADHD, oppositional defiant and behavior disorder in children with ADHD. Therefore, group play therapy can be used as a therapeutic intervention for decreasing the psychological problems in these children.

Keywords: Play Therapy; Attention Deficit Disorder with Hyperactivity; Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorders

اثربخشی بازی درمانی گروهی بر علایم نافرمانی مقابله‌ای و اختلال رفتار در کودکان ۶ تا ۹ ساله دارای علائم بیش‌فعالی-کاستی توجه

سعید آریاپوران^{۱*}، آرزو اسکندری^۲

^۱ استادیار، گروه روانشناسی، روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران
^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران
 * نویسنده مسئول: سعید آریاپوران، گروه روانشناسی، روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران، ایمیل: s.ariapooran@malyeru.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۳/۰۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۲/۰۳

چکیده

مقدمه: ورزش صبحگاهی می‌تواند بر آمادگی جسمانی وابسته به مهارت تأثیر گذار باشد از این رو هدف تحقیق حاضر بررسی اثر ورزش صبحگاهی بر عوامل وابسته به مهارت آمادگی جسمانی دختران ۱۱ تا ۱۳ سال است.

روش کار: ۳۰ نفر از بین ۶۶ دانش آموز داوطلب آموزشگاه ابتدایی شهید حسن دهقان به طور تصادفی به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. جهت اجرای تحقیق حاضر در ابتدا تمامی عوامل وابسته به مهارت دانش آموزان با استفاده از آزمون‌های پرش عمودی (روایی ۰/۸۶)، ۹ × ۴ (روایی ۰/۸۰)، خط کش نلسون (روایی ۰/۸۱) و دو ۴۵ متر (روایی ۰/۹۰) اندازه گیری شد، سپس بر اساس چابکی، آزمودنی‌ها به دو گروه ورزش صبحگاهی و گروه کنترل تقسیم شدند. گروه ورزش صبحگاهی به مدت شش هفته، سه جلسه در هفته و هر جلسه ۴۵ دقیقه فعالیت‌های ورزشی منتخب صبحگاهی را انجام دادند. گروه کنترل در طول این مدت فقط فعالیت‌های روزانه خود را انجام دادند. در پایان شش هفته مجدداً مشابه با پیش آزمون عوامل آمادگی جسمانی اندازه گیری شد. جهت تجزیه و تحلیل یافته‌های تحقیق از آزمون‌های آماری t مستقل و وابسته به همراه آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد شش هفته تمرینات ورزشی صبحگاهی اثر معنی داری بر بهبود چابکی دختران ۱۱ تا ۱۳ سال دارد (P = ۰/۰۰۱). با این وجود شش هفته تمرینات ورزشی صبحگاهی اثر معنی داری بر سرعت عکس العمل دختران ۱۱ تا ۱۳ سال ندارد (P = ۰/۰۶).

نتیجه گیری: همچنین نتایج تجزیه و تحلیل آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که شش هفته تمرینات ورزشی صبحگاهی اثر معنی داری بر بهبود سرعت و توان دختران ۱۱ تا ۱۳ سال دارد (P = ۰/۰۰۱). با توجه به نتایج مطالعه حاضر نتیجه گیری می‌شود که شش هفته تمرینات ورزشی صبحگاهی بر بهبود عوامل وابسته به مهارت آمادگی جسمانی دختران اثر دارد.

واژگان کلیدی: آمادگی جسمانی، سرعت، توان، عکس العمل

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

فعالیت-کاستی توجه یا ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder)، اختلالات خلقی و اختلال

یادگیری را نیز شامل می‌شود (۱).

ADHD اختلالی است که با بیش‌فعالی، تکانشگری و مشکلاتی در

تمرکز مشخص می‌شود (۲). این اختلال با علائمی مانند نداشتن تاب

مقاومت در برابر ناکامی، کج خلقی، بی‌ثباتی خلقی، طرد شدن از سوی

همسالان و واکنش شدید اطرافیان همراه است (۳) بر اساس یک بررسی

مروری، میزان کلی این اختلال در جهان ۵/۴ درصد (۴) و در بررسی

مروری دیگر ۷/۲٪ (۵) گزارش شده است. میزان این اختلال در کانادا

۲۱/۸٪ (۶)، در اسپانیا ۵/۴٪ (۷)، آمریکا ۵/۵٪ (۸)، آلمان ۴/۷٪ (۹)، برزیل

۵/۱٪ (۱۰)، ۳/۵ تا ۵/۶ درصد در فرانسه (۱۱) و قطر ۹/۴٪ (۱۲)

مقدمه

اختلال‌های رفتاری و روانی در کودکان بسیار شایع و ناتوان‌کننده است که برای معلمان، خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری ایجاد می‌کنند و بسیاری از معضلات اجتماعی را باعث می‌شوند. سازمان جهانی بهداشت مشکل برجسته در سراسر جهان را افزایش بیماری‌ها، اختلالات و مشکلات روانی در کودکان و نوجوانان می‌داند. تحقیقات ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که ۲۰ درصد کودکان و نوجوانان از بیماری‌های روانی رنج می‌برند که می‌توان به مشکلاتی نظیر تروما، افسردگی، اضطراب، مشکل در برقراری ارتباط و روابط اجتماعی با دیگران نام بود (۱). البته درصد واقعی از کودکان و نوجوانانی که رنج می‌برند از این مقدار بالاتر است و اختلالات بیش

راهنمای پژوهشگران و درمانگران در این زمینه باشد. علاوه بر این، می‌توان گفت که شیوع اختلالات رفتاری به طور قابل توجهی در میان این کودکان افزایش یافته است و تحقیقات نشان می‌دهد این افراد با خطر بیشتری از سوء مصرف مواد مخدر، وضعیت شغلی پایین‌تر و روابط اجتماعی ضعیف در بزرگسالی مواجه می‌شوند (۲۹). بنابراین انجام مداخلات روانشناختی از جمله بازی‌درمانی در کاهش علائم این اختلال و مشکلات رفتاری مرتبط با آن جهت جلوگیری از اثرات منفی‌ای که این نوع از بیماری در بزرگسالی به ارمغان می‌آورد، می‌تواند مهم و مؤثر واقع شود. با توجه به ناتوان‌کننده بودن اختلال ADHD و مشکلات رفتاری مرتبط با آن کمبود پژوهش در زمینه تأثیر بازی‌درمانی بر مشکلات رفتاری مرتبط با ADHD این پژوهش موجب افزایش دانش موجود در این زمینه خواهد شد.

بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی‌درمانی گروهی بر علائم نافرمانی مقابله‌ای و اختلال رفتار در کودکان دارای علائم ADHD بود.

روش کار

این یک مطالعه مداخله‌ای دو گروهی از نوع قبل و بعد است. در این پژوهش بازی‌درمانی به عنوان متغیر مستقل و علائم نافرمانی مقابله‌ای و اختلال رفتار و علائم ADHD به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه کودکان پسر ۶ تا ۱۰ سال مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آرامش در اصفهان بود که در هشت ماهه اول سال ۱۳۹۴ به مرکز مشاوره ارجاع داده شده بودند (۷۲ نفر). از این میان ۲۳ نفر براساس ملاک‌های تشخیصی و براساس مصاحبه با والد همراه و خود کودک به عنوان کودکان دارای علائم ADHD تشخیص داده شدند. از این میان ۱۱ نفر در گروه آزمایش و ۱۱ نفر در گروه شاهد به صورت تصادفی جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به گروه‌ها عبارتند از: دارا بودن سن بین ۶ تا ۱۰ سال، دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال ADHD، وضعیت جسمانی سالم، عدم بستری در بیمارستان به دلایل جسمانی یا روانشناختی و رضایت کودک و والدین از شرکت کودک در پژوهش. همچنین عدم شرکت در جلسات به صورت مداوم، بیماری جسمانی در حین اجرای بازی‌درمانی، عدم پاسخدهی والد کودکان به پرسشنامه‌ها در دوره پیش‌آزمون و پس‌آزمون و عدم تمایل والدین یا کودکان به ادامه جلسات بازی‌درمانی به عنوان ملاک‌های خروج در نظر گرفته شد. یک نفر از کودکان در گروه مداخله از جلسه سوم به بعد در جلسات بازی‌درمانی شرکت ننمود و از گروه شاهد نیز یک نفر همسن و ی از گروه خارج شد. در نهایت نمونه پژوهش به ۲۰ نفر (۱۰ نفر در گروه مداخله و ۱۰ نفر در گروه شاهد) کاهش یافت. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه نشانه‌های مرضی کودک (۲۹) استفاده شد که یک ابزار درجه‌بندی رفتار است که براساس طبقه‌بندی ویرایش سوم مجموعه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی به منظور غربالگری ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی طراحی شد. فرم والدین این سیاهه ۹۷ گویه دارد که ۱۸ اختلال را در ۱۱ گروه عمده قرار می‌دهد. گروه‌ها اختلال‌های ADHD، لجبازی/ناافرمانی مقابله‌ای، اختلال رفتاری، اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی، افسرده خوبی، روان گسیختگی، درخود ماندگی، هراس اجتماعی و اضطراب جدایی و اختلال سلوک را در بر می‌گیرند (۲۹). گادو و اسپیرافکین (۱۹۹۷)

گزارش شده است. در ایران مطالعات مختلف به میزان ۱۲/۳ درصدی (۱۳) و ۷/۲ درصدی (۱۴) این اختلال اشاره نموده‌اند.

اختلال رفتار اختلالی است که ضمن نامتناسب بودن با سن فرد، شدید، مزمن یا مداوم باشد و گستره آن شامل رفتارهای بیش‌فعالی و پرخاشگرانه تا رفتارهای گوشه‌گیرانه است. ویژگی این‌گونه رفتارها این است که اولاً تأثیر منفی بر فرایند رشد و انطباق مناسب کودک با محیط دارد، ثانیاً مزاحمت برای زندگی دیگران و استفاده آنان از شرایط به وجود می‌آورد (۱۵). این اختلال دارای دو جنبه برون‌گرایانه و درون‌گرایانه است؛ اختلال‌های رفتاری برون‌گرایانه با ویژگی‌های پرخاشگری و تهاجم همراه است و معمولاً این کودکان دوستان را مورد بی‌احترامی، کتک زدن و اذیت و آزار قرار می‌دهند؛ رفتارهای درون‌گرایانه با اضطراب و گوشه‌گی مشخص می‌شوند و کودکان مبتلا به آن با دیگران برقرار نمی‌کنند (۱۶). یکی از اختلالات شایع رفتاری اختلال نافرمانی مقابله‌ای است؛ این اختلال یک اختلال رفتاری تخریب‌کننده است که با الگوی خشم، خلق بی‌ثبات، جرو بحث و رفتار نافرمانی یا کینه جویی و انتقام همراه است و تقریباً ۶ ماه به طول می‌انجامد (۱۷). تحقیقات نشان داده‌اند بیشتر افراد مبتلا به ADHD، به مشکلات دیگری همانند لجبازی، نافرمانی از والدین، پرخاشگری، مشکلات رفتاری و عدم موفقیت تحصیلی نیز مبتلا هستند (۱۸).

روانشناسان برای رفع مشکلات رفتاری کودکان، شیوه‌های گوناگونی را در طول سالیان متعدد طراحی کرده‌اند. برخی از روش‌ها برخورد کودک، برخی بر والدین و برخی بر محیط آموزشی متمرکز بوده است. بارزترین شیوه تغییر رفتار در کودکان بازی‌درمانی است (۱۹). در این روش درمانی، کودکان با استفاده از بازی و اسباب بازی‌ها قادر می‌شوند افکار، احساسات و نگرانی‌هایی را که نمی‌توانند به گونه دیگری بیان کنند، را ابراز کنند. کودکان می‌توانند به راحتی، بدون احساس خطر و با احساس امنیت دنیای درونی خود را با بازنمایی نمادین و عینی اسباب‌بازی‌ها بیان می‌کنند. در بازی درمانی درمانگر این فرصت را دارد که به دنیای کودک وارد شده و آن را تجربه کند و فعالانه به مشکلاتی که کودک به خاطر آن‌ها برای درمان آورده شده رسیدگی نماید و به او کمک کند که بر کمبود مهارت‌های هیجانی و اجتماعی غلبه کند (۲۰). پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که بازی‌درمانی بی‌رهنمود متناسب با سن، نیازهای کودکان در زمینه سنی را برآورده کرده و اثر سودمندی بر رفتار، سازگاری و مهارت‌های اجتماعی آن‌ها دارد (۲۱). علاوه بر این تأثیر بازی‌درمانی بر کاهش مشکلات روانشناختی کودکان (۲۲)، مورد تأیید قرار گرفته است.

بسیاری از پژوهشگران به اثرات سودمند بازی‌درمانی بر کاهش نشانه‌های ADHD (۲۳)، و بهبود رفتارهای برون‌گرایانه و کاهش پرخاشگری و مشکلات سلوک (۲۴) و مشکلات رفتاری (۲۵) اشاره نموده‌اند. در ایران نیز نشان داده شده است که بازی‌درمانی بر کاهش پرخاشگری و شدت علائم ADHD (۲۶)، مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال خواندن (۲۷) و علائم اختلال نافرمانی (۲۸) اثربخش بوده است.

توجه به مشکلات رفتاری در کودکان دارای ADHD در دوران کودکی بسیار حائز اهمیت است، زیرا این اختلال باعث ایجاد موانع و مشکلاتی در آموزش، زندگی خانوادگی، بلوغ و شرایط اجتماعی کودکان در آینده می‌شوند. بنابراین توجه به مشکلات رفتاری در این کودکان می‌تواند

چهار صندلی بماند و باید کودکان با همکاری هم سعی کنند همه روی ۳ صندلی بنشینند. جلسه چهارم- بازی بادکنک خشم (balloons of anger): هدف این بازی نحوه چگونگی تخلیه خشم است. در این جلسه به هر کدام از کودکان یک بادکنک داده شد تا آن را باد کنند. سپس بادکنک گره زده می‌شد. برای کودکان توضیح داده شد که بادکنک معرف بدن و هوای داخل آن معرف خشم است؛ بعد از آن از کودکان درخواست می‌گردد که بادکنک را منفجر کند. به کودکان گفته می‌شود که منفجر شدن بادکنک مانند پرخاشگری است که باعث آسیب رساندن به دیگران می‌شود. در مرحله بعد از کودکان درخواست می‌رود که بادکنک دیگر را باد کنند و به جای بستن سر آن، آن را در میان انگشتان خود نگه دارند. حال از کودک درخواست می‌گردد که هوای داخل آن را به آرامی خارج کند و بادکنک صدایی شبیه سوت داشته باشد. بعد از آن، از آنها پرسیده شد که آیا بادکنک کوچکتر شده است؟ آیا بادکنک ترکیده است؟ آیا به نظر نمی‌رسد این روش برای بیرون ریختن خشم مناسب باشد؟ بنابراین خشم ما می‌تواند از دو طریق یعنی پرخاشگری و فریاد (ترکیدن بادکنک) و تخلیه مناسب خشم باد که دومی راه حل بهتری است و موجب آسیب رساندن به خودمان و دیگران نمی‌شود. جلسه پنجم- بازی کلمات احساسی (تکرار جلسه دوم)، جلسه ششم- بازی با صندلی‌ها (تکرار جلسه سوم)، جلسه هفتم- بازی بادکنک خشم (تکرار جلسه چهارم) و جلسه هشتم- جمع‌بندی، نتیجه‌گیری و اجرای پس‌آزمون.

نتایج

یافته‌های توصیفی نشان داد که ۱۰ درصد (۲ نفر) کودکان ۶ ساله، ۲۵ درصد (۵ نفر) ۷ ساله، ۴۰ درصد (۸ نفر) ۸ ساله و ۲۵ درصد (۵ نفر) ۹ ساله بوده‌اند؛ همه کودکان پسر بودند. ده درصد کودکان پیش‌دبستانی و ۹۰ درصد دانش‌آموز بودند. در میان دانش‌آموزان سن مدرسه ۳۳/۳ درصد (۶ نفر) در پایه اول، ۳۵ درصد (۷ نفر) در پایه دوم و ۲۷/۷ درصد (۵ نفر) در پایه سوم ابتدایی تحصیل می‌کردند. در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد ADHD، نافرمانی مقابله‌ای و اختلال رفتار در دو گروه مداخله و شاهد براساس پیش‌آزمون و پس‌آزمون ذکر شده است. علاوه بر این، تفاضل نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون متغیرهای فوق در دو گروه به تفکیک در جدول ۲ ذکر شده است.

برای مقایسه همزمان میانگین تفاضل نمرات پس‌آزمون-پیش‌آزمون هر کدام از متغیرها از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد؛ برای این کار ابتدا آزمون باکس جهت بررسی شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس به عمل آمد و ملاحظه گردید که شرط همگنی واریانس‌ها برقرار است ($F = 1/70$; $P < 0/075$). همچنین شرط برابری واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین برای ADHD نوع فاقد تمرکز حواس ($F = 3/553$; $P < 0/08$)، ADHD نوع بیش‌فعالی-تکانشی ($F = 1/765$; $P < 0/201$)، نافرمانی مقابله‌ای ($F = 0/082$; $P < 0/78$) و اختلال رفتار ($F = 4/112$; $P < 0/058$) رعایت شده است.

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که بین دو گروه در تفاضل نمرات پس‌آزمون-پیش‌آزمون علائم ADHD نوع فاقد تمرکز حواس ($P < 0/001$)، ADHD نوع بیش‌فعالی-تکانشی ($P < 0/001$)، نافرمانی مقابله‌ای ($P < 0/001$)، اختلال رفتار ($P < 0/01$) تفاوت

اعتبار گروه‌ها را بین ۰/۳۷ (روان گسیختگی) تا ۰/۸۲ (ADHD) گزارش کرده‌اند و در ایران نیز پایایی کل این ابزار را ۰/۹۰ گزارش کرده است (۲۹). در این پژوهش از سه خرده مقیاس ADHD (۱۸ گویه)، نافرمانی مقابله‌ای (۸ گویه) و اختلال رفتار (۱۵ گویه) استفاده گردید. پس از مشخص شدن نمونه، پژوهشگر از با والدین در مورد شرکت در جلسات بازی‌درمانی هماهنگی لازم به عمل آمد و آنها از شرکت دادن کودکان خود رضایت کامل را با امضای برگه مخصوص رضایت‌نامه اعلام نمودند. پس از آن به والدین گفته شد که کودکان آنها در ۸ جلسه یک ساعته در جلسات شرکت داده خواهند شد که در این زمینه آنها نیز باید همکاری کنند. پس از آن که کودکان دارای علائم ADHD به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند، در هر دو گروه خرده‌مقیاس‌های ADHD، نافرمانی مقابله‌ای و اختلال رفتاری از پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) به عنوان پیش‌آزمون توسط مادران تکمیل شد. کودکان گروه مداخله در ۸ جلسه بازی‌درمانی شرکت کردند. پس از پایان جلسات آموزش، خرده مقیاس‌های مذکور توسط مادران در دوره‌ی پس‌آزمون تکمیل گردید. در نهایت تفاضل نمرات پس‌آزمون-پیش‌آزمون با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) تجزیه و تحلیل شد. لازم به ذکر است که پس از انجام پس‌آزمون به دلیل رعایت اخلاق بای گروه شاهد سه جلسه بازی درمانی گروهی اجرا شد.

روش مداخله: در این پژوهش از بازی‌های مختلف جهت کاهش مشکلات رفتاری (۳۰) به صورت گروهی استفاده شده است که شرح جلسه اول تا هشتم در زیر آورده شده است:

جلسه اول- پیش‌آزمون، معارفه، برقراری ارتباط اولیه درمانگر و کودک، قوانین جلسات، مکان، زمان و تعداد جلسات (شنبه‌ها و چهارشنبه‌ها، ساعت ۱۰ تا ۱۱). جلسه دوم- بازی کلمات احساسی (the feeling words game): هدف از این بازی شناخت احساسات است که در کودکان دارای ADHD و مشکلات رفتاری ابزار آنها بسیار پایین است (۳۰) در این بازی، درمانگر شکل احساساتی چون خوشحالی، عصبانیت، ناراحتی، پرخاشگری، گریه کردن و تعجب کردن را روی کارت‌هایی کشید و با ذکر مثال آنها را به کودکان آموزش می‌داد. برای فهم بیشتر احساسات کارت‌ها را جلوی کودکان چیده شد و تعدادی سکه در اختیار آنان قرار گرفته شد. سپس درمانگر شروع به بیان یک داستان می‌کند که قهرمان داستان احساسات نوشته شده بر روی کاغذها را تجربه می‌کند و هر بار که یکی از این احساسات مطرح شد، کودکان سکه‌ای بر روی کاغذ مرتبط با آن احساس قرار می‌داد. در این بازی معمولاً از داستان‌هایی استفاده شد که حاوی رفتارهایی مانند آسیب رساندن به دیگران، پرخاشگری و احساسات منفی ناشی از این رفتارها، جروبحث با بزرگسالان، بدون اجازه دست به چیزی زدن و غیره را نشان می‌داد. جلسه سوم- بازی با صندلی‌ها (chairs game): هدف از انجام این بازی شاهد خشم و پرخاشگری، بهبود خلق (به دلیل تحرک بالا)، کاهش رقابت‌های منفی و موجب افزایش مهارت‌های اجتماعی از جمله حس همکاری در کودکان می‌گردد (۳۲). در این بازی درمانگر به تعداد یکی کمتر از تعداد کودکان صندلی می‌چید و از آنها درخواست می‌کرد که با بخش شدن موسیقی شروع به دویدن کنند و با قطع شدن صدای موسیقی باید طوری بنشینند که همه جا شوند وگرنه همه شکست خواهند خورد. در هر مرحله یکی از صندلی‌ها را برمی‌دارد تا جایی که

کاهش معنی‌داری داشته است (جدول ۲). از اینرو، می‌توان گفت که بازی درمانی بر کاهش این مشکلات اثر معنی‌داری داشته است.

معنی‌دار وجود دارد. به عبارت دیگر، با توجه به جدول میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون، میانگین این مشکلات در گروه مداخله

جدول ۱: میانگین (M) و انحراف استاندارد ((ADHD SD)، نافرمانی مقابله‌ای و اختلال رفتار در دو گروه مداخله و شاهد براساس پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه شاهد		گروه مداخله		
پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	
۲/۰ ± ۰/۹۴۲	۲/۲۰ ± ۰/۶۳۴	۰/۸۰۰ ± ۰/۶۳۲	۲/۷۰ ± ۱/۳۴	ADHD نوع فاقد تمرکز حواس
۳/۱۰ ± ۱/۷۹	۳/۴۰ ± ۲/۳۲	۰/۹۰۰ ± ۱/۱۹	۴/۱۰ ± ۲/۴۲	ADHD نوع بیش‌فعالی-تکانشی
۲/۰ ± ۱/۱۵	۲/۱۰ ± ۱/۵۹	۰/۹۰۰ ± ۰/۵۷	۲/۷۰ ± ۱/۷۷	نافرمانی مقابله‌ای
۱/۲۰ ± ۰/۶۹	۱/۵۰ ± ۰/۷۱	۰/۲۰۰ ± ۰/۴۲	۱/۸۰ ± ۰/۶۳	اختلال رفتار

اطلاعات در جدول به صورت میانگین ± انحراف معیار آورده شده است.

جدول ۲: میانگین (M) و انحراف استاندارد (SD) تفاضل نمرات پس‌آزمون-پیش‌آزمون ADHD، نافرمانی مقابله‌ای و اختلال رفتار و خلاصه نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه دو گروه مداخله و شاهد

اندازه اثر	P Value	f	گروه شاهد	گروه مداخله	
۰/۴۶۷	۰/۰۰۱	۱۵/۷۶۴	-۰/۲۰۰ ± ۰/۶۴	-۱/۹۰ ± ۱/۱۹	ADHD نوع فاقد تمرکز حواس
۰/۵۰۲	۰/۰۰۱	۱۸/۱۵۱	-۰/۳۰۰ ± ۱/۲۵	-۳/۲۰ ± ۱/۷۵	ADHD نوع بیش‌فعالی-تکانشی
۰/۴۹۹	۰/۰۰۱	۱۷/۸۹۴	-۰/۱۰۰ ± ۰/۹۹	-۱/۸۰ ± ۱/۳۹	نافرمانی مقابله‌ای
۰/۳۵۳	۰/۰۱	۹/۸۱۵	-۰/۳۰۰ ± ۰/۶۷	-۱/۶۰ ± ۰/۶۹	اختلال رفتار

بحث

اجتماعی و هیجانی می‌شود (۲۰)، بنابراین این تکنیک درمانی در کودکان می‌تواند با افزایش مهارت‌های اجتماعی (مثلاً در بازی صندلی‌ها) به کاهش علائم نافرمانی مقابله‌ای در کودکان دارای علائم ADHD توجه شود.

علاوه بر این، می‌توان گفت که اجرای تکنیک‌های بازی درمانی در پژوهش حاضر به صورت گروهی نقش عمده‌ای در کاهش این علائم داشته است، زیرا اجرای گروهی تکنیک‌های بازی درمانی می‌تواند به افزایش حس همکاری بین کودکان و افراد بزرگسال و کاهش جر و بحث بین کودک و بزرگسال شود. همچنین می‌توان گفت یکی دیر از دلایل این کاهش معنی‌داری در علائم نافرمانی مقابله‌ای می‌تواند به این نکته برگردد که در بازی‌هایی مانند بازی صندلی‌ها و بازی کلمات احساسی و همچنین بازی بادکنک خشم، کودکان باید در اجرای بازی به تبعیت از بازی‌درمانگر مبادرت ورزند که به احتمال زیاد همین تبعیت موجب کاهش میزان نافرمانی آنها شده است.

نتیجه‌نهایی این پژوهش تأثیر معنی‌دار بازی‌درمانی بر کاهش اختلال رفتار در کودکان دارای ADHD بوده است. این یافته مشابه نتایج پژوهشگران قبلی مبنی بر اثر بازی‌درمانی بر کاهش پرخاشگری (۲۳)، (۲۵) و مشکلات سلوک (۲۳) و مشکلات رفتاری (۲۴، ۲۶) است. کودکان به دلیل پایین بودن سطح تفکر انتزاعی، قادر به بیان هیجانات و احساسات خود نیستند و مهمترین تکنیکی که به کودکان اجازه می‌دهد مسائلی را که نمی‌توانند در محیط روزانه‌شان مطرح کنند، ارائه دهند و هیجانات مخفی خود را نمایان کنند (۲۲)، بازی درمانی است. بنابراین می‌توان گفت که در اجرای بازی کلمات احساسی، کودکان با احساسات و رفتاری منفی خود از جمله ناراحت کردن دیگران، بی‌رحمی نسبت به حیوانات، تخریب وسایل دیگران و بدون اجازه چیزی

در این پژوهش به اثربخشی بازی درمانی بر کاهش علائم نافرمانی مقابله‌ای و اختلال رفتار در کودکان ۶ تا ۹ ساله دارای علائم ADHD پرداخته شده است. نتایج نشان داد که بازی درمانی بر کاهش علائم ADHD نوع فاقد تمرکز حواس و نوع بیش‌فعالی-تکانشی تأثیر معنی‌دار داشته است. این نتیجه با یافته‌های قبلی مبنی بر اثر بازی‌درمانی بر کاهش نشانه‌های ADHD (۲۳، ۲۶) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که تکنیک‌های مؤثر بازی درمانی در پژوهش حاضر از جمله بازی بازی کلمات احساسی موجب شناخت احساسات منفی از جمله ناکامی، کج خلقی و مشکلات در خلق می‌شود که در افراد دارای ADHD به عنوان نشانه‌های اختلال معرفی شده‌اند (۲). بنابراین، می‌توان گفت که این بازی‌ها موجب کاهش ADHD در کودکان شده است. زیرا این بازی‌ها موجب جهت دادن مثبت و هدفدار کردن فعالیت‌های بیش‌فعالانه کودکان دارای ADHD خواهد شد. علاوه بر این، بازی‌های دیگر نظیر بازی صندلی‌ها و توجه به اهداف و مراحل بازی (مثلاً توجه به صدای آهنگ) در ابتدا و انتهای هر مرحله و تمرکز و توجه لازم به داستان بیان شده توسط بازی‌درمانگر و بیان داستان توسط خود کودک می‌تواند باعث افزایش توجه این کودکان شود.

یکی دیگر از نتایج این پژوهش اثربخشی بازی‌درمانی بر کاهش علائم نافرمانی مقابله‌ای در کودکان دارای علائم ADHD شده است. این یافته با یافته‌های قبلی (۲۷) همخوان است که به اثربخشی بازی‌درمانی بر کاهش اختلال نافرمانی اشاره نموده‌اند. در پژوهش‌های قبلی نشان داده شده است که بازی‌درمانی موجب افزایش سازگاری و مهارت‌های

و استفاده از نمونه‌های با حجم بالا و در دو جنس دختر و پسر پیشنهاد می‌شود. محدودیت دیگر پژوهش عدم انجام دوره پیگیری بوده است؛ براین اساس در پژوهش‌های بعدی باید این محدودیت مورد توجه قرار بگیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج از اثربخشی بازی درمانی گروهی بر کاهش علائم ADHD نافرمانی مقابله‌ای و اختلال رفتار در پسران ۶ تا ۹ سال دارای علائم ADHD بود. بنابراین براساس این نتایج پیشنهاد می‌شود که روانشناسان کودک و مشاوران مشغول به فعالیت در زمینه کاهش مشکلات روانشناختی کودکان از تکنیک‌های بازی‌درمانی در کاهش مشکلات روانشناختی کودکان دارای علائم ADHD استفاده نمایند.

پاسگزاری

بدینوسیله از تمام کودکان و مادران آنها که در پژوهش حاضر شرکت نمودند، تشکر می‌شود.

تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

References

- Eriksson S. Children in play therapy: what significance does this have for their parent's perceived health? Thesis Dissertation in Public Health Science. Sweden: The University of Gävle; 2014.
- Usami M. Functional consequences of ADHD on children and their families. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2016. DOI: [10.1111/pcn.12393](https://doi.org/10.1111/pcn.12393) PMID: [27061213](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27061213/)
- Kordloo M, Esmaeeli Z, Azadi E. [Hyperactivity: Proper Methods of Interaction with Hyperactive Children]. *Excep Edu*. 2013;4(117):38-48.
- Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):942-8. DOI: [10.1176/ajp.2007.164.6.942](https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942) PMID: [17541055](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17541055/)
- Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. 2015;135(4):e994-1001. DOI: [10.1542/peds.2014-3482](https://doi.org/10.1542/peds.2014-3482) PMID: [25733754](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25733754/)
- Arbuckle TE, Davis K, Boylan K, Fisher M, Fu J, Bisphenol A, phthalates and lead and learning and behavioral problems in Canadian children 6-11 years of age: CHMS 2007-2009. *Neurotoxicology*. 2016;54:89-98. DOI: [10.1016/j.neuro.2016.03.014](https://doi.org/10.1016/j.neuro.2016.03.014) PMID: [27021348](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27021348/)
- Canals J, Morales-Hidalgo P, Jane MC, Domenech E. ADHD Prevalence in Spanish Preschoolers: Comorbidity, Socio-Demographic Factors, and Functional Consequences. *J Atten Disord*. 2016. DOI: [10.1177/1087054716638511](https://doi.org/10.1177/1087054716638511) PMID: [27009923](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27009923/)
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-I Original Edition. 4th ed. Washington: Editorial Benei Noaj; 2008.
- de Zwaan M, Gruss B, Muller A, Graap H, Martin A, Glaesmer H, et al. The estimated prevalence and correlates of adult ADHD in a German community

برداشتن برای کودکان به صورت داستان بیان می‌شد و منفور بودن این رفتارها در حین اجرای بازی برجسته می‌شد؛ از این رو، می‌توان گفت که اجرای این بازی موجب کاهش اختلال رفتار در کودکان شده است. علاوه بر این می‌توان گفت که در اجرای تکنیک بازی بادکنک خشم، منفی بودن پرخاشگری گوشزد می‌شود و خشم و رفتار مناسب در زمان خشم به کودکان آموزش داده می‌شد که خود این امر احتمالاً می‌تواند در کاهش مشکلات رفتاری کودکان دارای ADHD نقش داشته باشد. همچنین می‌توان گفت که در بازی صندلی‌ها کودکان حس همکاری و کمک کردن به یکدیگر را یاد می‌گیرند و با اجازه دادن به دوستانشان برای نشستن بر روی صندلی‌ها و جادادن به آنها در زمانی که جا برای نشستن ندارند، موجب می‌شود که کودکان نسبت به همسالان خود احساس همدلی داشته باشند و کمتر به اذیت و آزار آنان بپردازند که همین امر موجب کاهش مشکلات رفتاری آنان می‌شود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش محدود شدن نمونه به پسران ۶ تا ۹ سال دارای علائم ADHD در شهر اصفهان و محدودیت زمانی (استفاده از کودکان مراجعه‌کننده به کلینیک آرامش در هشت ماهه اول سال ۱۳۹۴) بوده است؛ بنابراین تعمیم نتایج را با احتیاط همراه می‌کند

- sample. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;262(1):79-86. DOI: [10.1007/s00406-011-0211-9](https://doi.org/10.1007/s00406-011-0211-9) PMID: [21499942](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21499942/)
- Rohde LA, Biederman J, Busnello EA, Zimmermann H, Schmitz M, Martins S, et al. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(6):716-22. DOI: [10.1097/00004583-199906000-00019](https://doi.org/10.1097/00004583-199906000-00019) PMID: [10361790](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10361790/)
 - Lecendreux M, Konofal E, Faraone SV. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and associated features among children in France. *J Atten Disord*. 2011;15(6):516-24. DOI: [10.1177/1087054710372491](https://doi.org/10.1177/1087054710372491) PMID: [20679156](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20679156/)
 - Bener A, Qahtani RA, Abdelaal I. The prevalence of ADHD among primary school children in an Arabian society. *J Atten Disord*. 2006;10(1):77-82. DOI: [10.1177/1087054705284500](https://doi.org/10.1177/1087054705284500) PMID: [16840595](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16840595/)
 - Hebrani P, Abdolahian E, Behdani F, Vosoogh I, Javanbakht A. The prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in preschool-age children in Mashhad, north-East of Iran. *Arch Iran Med*. 2007;10(2):147-51. DOI: [07102/AIM.004](https://doi.org/10.7102/AIM.004) PMID: [17367214](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17367214/)
 - Alizadeh H, Armion E, Coolidge FL, Flores ZD, Sutton CE. The Prevalence of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder among Primary School Students in an Iranian Rural Region. *Psychology*. 2015;06(03):263-8. DOI: [10.4236/psych.2015.63026](https://doi.org/10.4236/psych.2015.63026)
 - Hallahan DP, Kauffman JM. [Exceptional Children]. 3th ed. Mshhad: Astan Ghods Razavi Publication; 1996.
 - Riley M, Ahmed S, Locke A. Common Questions About Oppositional Defiant Disorder. *Am Fam Physician*. 2016;93(7):586-91. PMID: [27035043](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27035043/)
 - Kimiaee S, Baygi F. [Comparison the family function of normal and ADHD mothers]. *Int J Behav Sci*. 2010;4(2):141-7.

18. Lee J, Jung H. User Interface of Interactive Media Art Works using Five senses as Play Therapy. *Int J Bio-Sci Bio-Tech*. 2014;6(1):137-44. DOI: [10.14257/ijbsbt.2014.6.1.15](https://doi.org/10.14257/ijbsbt.2014.6.1.15)
19. Ray D. Supervision of basic and advanced skills in play therapy. *J Profes Counsel Pract Theory Res*. 2004;32(2):28.
20. Packman J, Bratton SC. A School-Based Group Play/Activity Therapy Intervention with Learning Disabled Preadolescents Exhibiting Behavior Problems. *Int J Play Therap*. 2003;12(2):7-29. DOI: [10.1037/h0088876](https://doi.org/10.1037/h0088876)
21. Baggerly J. The Effects of Child-Centered Group Play Therapy on Self-Concept, Depression, and Anxiety of Children Who Are Homeless. *Int J Play Therap*. 2004;13(2):31-51. DOI: [10.1037/h0088889](https://doi.org/10.1037/h0088889)
22. Schottelkorb A, Ray D. ADHD Symptom Reduction in Elementary Students: A Single-Case Effectiveness Design. *Profes School Counsel*. 2009;13(1):11-22. DOI: [10.5330/PSC.n.2010-13.11](https://doi.org/10.5330/PSC.n.2010-13.11)
23. Bratton SC, Ceballos PL, Sheely-Moore AI, Meany-Walen K, Pronchenko Y, Jones LD. Head start early mental health intervention: Effects of child-centered play therapy on disruptive behaviors. *Int J Play Therap*. 2013;22(1):28-42. DOI: [10.1037/a0030318](https://doi.org/10.1037/a0030318)
24. Sarihi N, Pournesaei GS, Nikakhlagh M. [Effectiveness of group play therapy on behavior problems in preschool children]. *J Analytic Cognitiv Psychol*. 2015;6(23):35-41.
25. Kahrizi S, Momeni KM, Moradi A. [The effectiveness of sand play therapy in reducing aggression/ hyperactivity in preschoolers]. *Counsel Cultur Psychotherap*. 2014;5(18):111-35.
26. Malek M, Hasanzadeh R, Tirgari A. [Effectiveness of group play therapy and cognitive behavioral techniques in reducing behavioral problems in children with reading disorder]. *J Learn Disabil*. 2013;2(4):140-53.
27. Bagherizadeh H, Nasab HM, Goudarzvand R. The Effect of Play Therapy on Symptoms of Oppositional Defiant Disorder in Boys Aged 5 to 10 Years Old. *Int J Learn Develop*. 2015;5(2):48-55.
28. Rocha TB, Zeni CP, Caetano SC, Kieling C. Mood disorders in childhood and adolescence. *Rev Bras Psiquiatr*. 2013;35 Suppl 1:S22-31. DOI: [10.1590/1516-4446-2013-S106](https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-S106) PMID: [24142125](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24142125/)
29. Tavakolizade J. [the epidemiology of oppositional defiant and attention deficit disorders in students of Gonabad]. Tehran: Tehran Institute of Psychiatry; 1996.
30. Sohrabi SN. [Play therapy techniques and its implication for emotional disturbances and behavioral disorders]. *J Psychol Model Method*. 2011;1(4):45-63.