مجله علمی پژوهش درعلوم انسانی ومطالعات اجتماعی، شماره ۱۴ ، زمستان ۱۳۹۷جلد۱، ص ۳۶۸-۳۵۹
http://www.jhss.ir

اثربخشی بازی درمانی در مشکلات رفتاری، حافظه کاری و علائم اختلال نقص توجه و بیش فعالی دانش آموزان دبستانی

مجله علمی پژوهش در علوم انسانی ومطالعات اجتماعی (سال چهارم)
شماره ۱۴ / زمستان ۱۳۹۷ / ص ۳۶۸-۳۵۹

یونس محمدی یوسف نژاد[۱]، سوسن آقاجانبگلو[۲]، مریم فخاری باصری[۳]

[۱و۲و۳] کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان ، دانشگاه پیام نور، بوشهر ، ایران .

نویسنده مسئول:

یونس محمدی یوسف نژاد

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی درمانی در مشکلات رفتاری، حافظه کاری و علائم اختلال نقص توجه و بیش فعالی دانش آموزان دبستانی بود. روش پژوهش کاربردی از نوع نیمه آزمایشی با (طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون) گروه گواه بود، جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی دانش آموزان دبستانی شهر شیراز در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند که از میان نمونه آماری به تعداد ۲۴ نفر با لحاظ کردن ملاک‌های ورود به پژوهش به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شد و به روش تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار داده شد و سپس گروه آزمایش تحت ۸ جلسه بازی درمانی قرار گرفت، از ابزارهای خرده مقیاس فراخنای ارقام، پرسشنامه مشکلات رفتاری راتر (فرم والدین) و مقیاس درجه بندی کانرز برای ارزیابی آزمودنی ها استفاده گردید و اطلاعات گردآوری شده توسط نرم‌افزار SPSS-21 در قالب آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس، برای آزمون فرضیه‌ها) مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت. نتایج تجزیه تحلیل داده ها نشان داد که بازی درمانی در مشکلات رفتاری، حافظه کاری و علائم اختلال نقص توجه و بیش فعالی دانش آموزان دبستانی با اثربخشی معناداری همراه بود و باعث کاهش مشکلات رفتاری و شدت علائم اختلال نقص توجه و بیش فعالی و همچنین بهبود عملکرد در حافظه کاری آزمودنی ها شده بود.

کلیدواژه ها: اختلال نقص توجه و بیش فعالی، بازی درمانی، حافظه کاری، دانش آموزان دبستانی، مشکلات رفتاری.

مقدمه

اختلال نقص توجه و بیش فعالی[4] از رایج‌ترین و آسیب زننده‌ترین اختلال‌های دوره کودکی است، این اختلال که تاثیر عمیقی بر زندگی هزاران کودک و خانواده‌های آنان می‌گذارد، بر اساس غلبه نقائص و مشکلات مختص این اختلال، به سه شکل دسته بندی می‌شود که شامل نوع بیش فعالی- تکانشی بدون کمبود توجه، کم توجهی بی تکانشی و نوع ترکیبی است (انجمن روانپزشکی آمریکا[5]، ۲۰۱۳). در افراد مبتلا شاهد خطرات و پیامدهای منفی بسیاری هستیم، بیشتر بودن آمار طلاق، جرم، بزه، اعتیاد، رانندگی پرخطر، حاملگی زودرس، رفتارهای جنسی پرخطر و رفتارهای پرخطر دیگری در این افراد مشهود است که طبق ادبیات پژوهشی نیز مورد تایید واقع شده است. لزوم توجه به این اختلال به دلیل طولانی بودن و پیش آگهی نامطلوبی که دارد بسیار ضروری است کودکان مبتلا به نقص توجه و بیش فعالی وقتی که دوچرخه سواری می‌کنند، به احتمال بیشتری موقع رد شدن از خیابان به نسبت سایر کودکان تصادف می‌کنند. رد شدن از خیابان نیاز به تصمیم و عمل دارد؛ که هر دو این توانایی‌های شناختی در کودکان **ADHD** نقص دارد. در این پژوهش کودکان **ADHD** تحت یک فضای تصویری شبیه سازی شده از چهارراه ها قرار داده شدند و به وسیله یک دوچرخه ثابت مورد بررسی قرار گرفتند. این بررسی نشان داد که کودکان **ADHD** مثل سایر کودکان درک درستی از فضای بین ماشین ها را برای رد شدن داشتند، اما زمان ورود آن‌ها به خیابان با دقت و درست نبود. همچنین وقتی که در پژوهش فاصله بین ماشین ها کمتر شد، کودکان **ADHD** منتظر نمی‌ماندند تا زمانی که فاصله زیاد شد، رد شوند بلکه همان فضاهای کوچک را انتخاب می‌کردند که این کار خطر تصادف را در آن‌ها افزایش می‌دهد. عدم زمان بندی درست مرتبط با فقدان توجه و عدم انتظار برای افزایش فاصله بین ماشین ها مرتبط با تکانشگری و بیش فعالی آن‌ها بود؛ بنابراین یک راه مهم کمک به آن‌ها این است که به آنها آموزش دهیم منتظر فاصله ای بزرگ‌تر بین ماشین ها بمانند از این طریق حتی اگر زمان بندی همچنان در آن‌ها نقص داشته باشد باز هم خطر تصادف کمتر می‌شود (نیکولاس[6] و همکاران، ۲۰۱۶). این بیماری روی عملکرد کودکان درخانواده، اجتماع و مدرسه تأثیر سوءگذاشته و باعث واکنش منفی اطرافیان، خانواده، کادر مدرسه و همسالان می‌شود. این رفتارها مشکلات جدی برای کودک ایجادکرده وباعث کاهش اعتماد به نفس، احساس بیکفایتی، اختلالات ارتباطی، اضطراب وافسردگی و بزهکاری می‌شود (مشهدی، سلطانی فر، مکرری، نوفرستی، ۱۳۸۷). پیش آگهی این اختلال درکودکی به میزان آسیب روانی همراه، به خصوص اختلال سلوک و ناتوانی اجتماعی و عوامل مربوط به خانواده بستگی دارد. بهترین نتایج ممکن است با بهبود عملکرد اجتماعی کودک، کاهش پرخاشگری و اصلاح هرچه سریعترشرایط خانوادگی به دست آید (سهیم و مهرانگیز[7]، ۲۰۰۷). یکی از کلیدی ترین محورهای آسیب شناسی، حوزه کارکردهای اجرایی است که در سبب شناسی اختلال نقص توجه وبیش فعالی مطرح شده است که یکی از کارکردهای اجرایی مختل در این اختلال، حافظه کاری می باشد (بارکلی[8]، ۲۰۰۸). حافظه کاری به عنوان هسته‌ی مرکزی بسیاری از عملکردهای شناختی است و یکی از کارکردهای شناختی مرتبط با عملکردهای اجرایی است و به معنی مجموعه ای از فرآیندهایی است که به فرد اجازه می دهد تا زمان به کارگیری اطلاعات و یا رمزگردانی، آنها را در ذهن حفظ کرده و یا اطلاعات را به گونه ای نگهداری نماید که دسترسی فوری به آنها امکان پذیر باشد (تورگایه، گینسبرگ، سارکی، جاین، آدی[9] و همکاران، ۲۰۱۰) در واقع حافظه کاری، نوعی نظام شناختی از ذخیره سازی موقت اطلاعات است. این نظام قادر است تا اطلاعات مهم را برای فعالیت هایی همچون استدلال، فهم و درک زبان، یادگیری و تصمیم گیری پردازش کند (بروان[10]، ۲۰۰۶). مشکلات مختلف این کودکان را می توان در حوزه اختلالات رفتاری مشاهده نمود، اختلالات رفتاری کودکان به رفتارهایی اطلاق می‌شود که کودک در محیطهایی مانند مدرسه عامل آشفتگی حواس سایر کودکان و فشار بر معلم می‌شود. در برخی موارد رفتارهای کودک به گونه ای پرخاشگرانه یا گوشه گیر است که نه تنها بر شخصیت فردی کودک تاثیر منفی می‌گذارد شرایط نامطلوبی در محیط و سایرین ایجاد می‌کند. اختلال رفتاری در کودکان به عواملی مانند سن، شرایط محیطی رشد، شدت ناهنجاری رفتار و مدت زمان ادامه رفتار بستگی دارد . این اختلال با توجه به تبعات منفی و مخربی که برای کودک و خانواده دارد، نیازمند توجه و مداخله می باشد که یکی از درمان های مبتنی بر شواهد پژوهشی در این حوزه، بازی درمانی است. شن (۲۰۰۶) اظهار می‌دارد، بازی درمانی یک درمان کودک محور

[4]- Attention-deficit hyperactivity disorder
[5]- American Psychiatric Association

[6] Nikolas
[7] Sahim, Mehrangiz
[8] Barkley
[9] Turgay, Ginsberg, Sarkis, Jain, Adeyi
[10] Brown

است که برای کودکان ۳ الیی ۱۶ ساله الی ۱۶ ساله دارای مشکلات روانی یا دیگر اختلالات استفاده می‌شود و کودکان در طی بازی، دنیای هیجانی درونی خود را برون ریزی می‌کنند، زیرا بازی درمانی بالقوه کمک کننده است. در بازی درمانی انواع مشکلات همانند خشونت خانوادگی، سوءاستفاده ها و برخی تعارض‌های ارتباطی و غیره درمان می‌شود. کودکان با توجه به پیچیدگی مشکل آن‌ها از ۲ الی ۱۲ ماه می‌توانند از بازی درمانی بهره مند شوند. کاتاناچ[11] (۲۰۰۹) معتقد هستند، دنیای کودکان دنیای فعالیت و عمل است و درمانگر با استفاده از بازی می‌تواند به درون دنیای کودک پی ببرد. در واقع اسباب بازی ها همانند کلمات و بازی زبان کودک است. اغلب کودکان فاقد مهارت‌های کلامی لازم برای بیان اضطراب ها و ترس ها هستند. بازی درمانی روشی است که به یاری کودکان مشکل دار می‌شتابد تا بتوانند مسائلشان را حل کنند و در عین حال، نشان دهنده این واقعیت است که بازی برای کودک، همانند یک وسیله طبیعی است، با این هدف که او بتواند، خویشتن و همچنین ویژگی‌های درون خود را بشناسد و به آن عمل کند. در این نوع درمان همانند آن گونه از درمان‌هایی که افراد بزرگسال از طریق آن با سخن گفتن مشکلات خود را بیان می‌کنند، به کودک فرصت داده می‌شود تا احساس‌های آزاردهنده و مشکلات درون خود را از طریق بازی بروز دهد و آن‌ها را به نمایش بگذارد (گلدارد، گلدارد[12]، ۱۳۸۹). علیزاده (۱۳۹۵) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش مشکلات رفتاری درونی و بیرونی کودکان بی سرپرست که در ۱۰ کودک ۶ ساله پسر انجام داد گزارش نمود که نتایج حاکی از تفاوت معنادار میانگین اختلالات رفتاری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون است و بازی درمانی گروهی به شیوه شناختی رفتاری موجب کاهش نشانه‌های اختلالات رفتاری درونی و بیرونی در آزمودنی‌ها شده است . آریاپوران و اسکندری (۱۳۹۵) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی بازی درمانی گروهی بر علایم نافرمانی مقابله‌ای و اختلال رفتار در کودکان ۶ تا ۹ ساله‌ی دارای علائم بیش فعالی-کاستی توجه که در بیست پسر دارای علائم **ADHD** در شهر اصفهان انجام دادند گزارش نمودند که بازی‌درمانی گروهی بر کاهش علایم **ADHD**، نافرمانی مقابله‌ای و اختلال رفتار در کودکان مبتلا به **ADHD** تأثیر معنی‌دار داشته است . النگار، ابوالمگاد و احمد[13] (۲۰۱۷) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی بازی درمانی در کاهش علائم کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی که در ۲۸ علائم کودک مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی انجام دادند گزارش نمودند که بازی درمانی با اثربخشی معناداری در کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه و بیش فعالی همراه است و همچنین با افزایش معناداری در مهارت‌های اجتماعی کودکان همراه بود. گرین، درووس و کومینسکی[14] (۲۰۱۳) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی بازی درمانی در اختلال نقص توجه و بیش فعالی که در ۲۰ کودک و نوجوان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی در ایالات متحده انجام دادند گزارش نمودند که این مداخله با اثربخشی معناداری در کاهش علائم اختلال و همچنین بهبود سازگاری کودکان در محیط خانه و مدرسه همراه است.

روش

طرح پژوهش حاضر در گروه پژوهش‌های نیمه آزمایشی قرار می‌گیرد و بر طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون استوار است و در حوزه مطالعات کاربردی قرار می‌گیرد. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی دانش آموزان دبستانی شهر شیراز در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۹۷ تشکیل می‌دهند. از میان جامعه آماری پژوهش حاضر نمونه آماری به تعداد ۲۴ نفر (حجم نمونه با توجه میانگین پژوهش‌های قبلی انتخاب شده است) به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شد و به روش تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار داده شد و سپس گروه آزمایش تحت ۸ جلسه بازی درمانی قرار گرفت.

ابزار

۱-خرده مقیاس فراخنای ارقام: این خرده مقیاس یک آزمون حافظه کوتاه‌مدت و توجه است. این آزمون از تعدادی حروف و ارقام تشکیل‌شده است که آزمودنی باید ابتدا اعداد را از کوچک به بزرگ و سپس حروف را به ترتیب حروف الفبا کنار همدیگر قرار دهد. این آزمون به‌منظور بررسی حافظه‌ی کاری طراحی‌شده است. برای تدوین این ابزار از خرده آزمون فراخنای حروف-ارقام موجود در آزمون حافظه‌ی وکسلر استفاده‌شده است. خرده مقیاس فراخنای ارقام یکی از خرده مقیاس‌های کلامی آزمون تجدیدنظر شده هوش وکسلر برای بزرگ‌سالان (WAIS-R) است که وکسلر (۱۹۸۱) اعتبار دونیمه آزمون را برای هوش‌بهر مقیاس کلی ۰/۹۷، برای هوش‌بهر مقیاس کلامی ۰/۹۷ و برای هوش‌بهر مقیاس عملی ۰/۹۳

[11] Cattanach
[12] Goldard, Goldard
[13] El-Nagger, Abo-Elmagd & Ahmed
[14] Green, Drewes & Kominski

گزارش کرد. پراکندگی ضرایب اعتبار باز آزمایی در فواصل زمانی از یکتا هفت هفته نیز نسبتاً بالا گزارش‌شده است متوسط ضرایب اعتبار هوش‌بهر مقیاس کلی ۰/۹۷، برای هوش‌بهر مقیاس کلامی ۰/۹۷ و برای هوش‌بهر مقیاس عملی ۰/۹۳ گزارش‌شده است (گراث مارنات، ۱۳۷۵؛ ترجمه شریفی و نیکخو) در ایران در تحقیقی که به‌وسیله ساعد (۱۳۸۶؛ به نقل از عسگرپور، ۱۳۸۸) انجام گرفت میزان پایایی این خرده مقیاس به روش کرونباخ ۰/۷۴ و به روش دو نیمه کردن ۰/۷۵ به دست آمد.

۲-پرسشنامه مشکلات رفتاری راتر (فرم والدین): این آزمون توسط مایکل راتر (۱۹۶۷) جهت تمایز گذاشتن بین کودکان بهنجار و کودکان دارای مشکلات رفتاری تنظیم شده است. زیر گروه‌های آزمون عبارت‌اند از پرخاشگری، اضطراب، افسردگی، رفتار ضداجتماعی، ناسازگاری اجتماعی و اختلال نقص توجه و بیش فعالی. این آزمون در ایران به وسیله‌ی مهریار و همکاران ترجمه و مورد استفاده قرار گرفته است. در پژوهش مهریار (۱۳۶۷) میزان توافق تشخیصی روانپزشکی و پرسشنامه در وجود اختلال و انواع فرعی آن در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بوده است چنانکه در پژوهش راتر (۱۹۷۵) با روش دو نیمه کردن حدود ۰/۸۹، در پژوهش باقری (۱۳۷۳) با استفاده از روش باز آزمایی ۰/۸۷ گزارش شده است. در پژوهش ابوالقاسمی (۱۳۸۳) ضرایب پایایی دو نیمه سازی و آلفای کرونباخ این پرسشنامه به ترتیب ۸۳ /۰ و ۰/۹۱ گزارش شد. این آزمون از ۳۰ عبارت تشکیل شده است. در روش نمره گذاری آزمون به هر سؤال حداقل ۰ و حداکثر ۲ نمره تعلق می‌گیرد.

۳-مقیاس درجه بندی کانرز: به منظور بررسی شدت علائم اختلال نقص توجه و بیش فعالی کودکان از مقیاس ببش درجه بندی کانرز فرم والدین استفاده شد. فرم والدین، داری ۴۸ پرسش است که می‌توان به وسیله آن، پنج گروه از اختلال‌های کودکان را شامل ناتوانی‌های یادگیری، اختلال‌های سلوک، مشکل‌های روان تنی، بیش فعالی و اضطراب را ارزیابی کرد. ۱۰ سوال برای اختلال‌های بیش فعالی است. این مقیاس برای رده سنی ۳ تا ۱۷ سالگی ساخته شده و به هر پرسش آن به صورت (هیچ وقت)، (کمی)، (تقریباً زیاد)، (زیاد) پاسخ داده می‌شود و بر حسب مورد، به آن ها از ۰ تا ۳ نـــمره داده می‌شود. به دست آوردن میانگـــین ۱/۵ یا بالاتر بر وجود اختلال فزون جنبشی دلالت دارد، پایایی تست در این پرسش نامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ بود که این مقیاس دارای میانگینی معادل ۲۱/۴۲ و انحراف استاندارد ۱۶/۲۸ است (شهاییان، شهیم، بشاش و یوسفی، ۱۳۸۶).

در نهایت اطلاعات گردآوری شده توسط نرم‌افزار SPSS-21 در قالب آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس، برای آزمون فرضیه‌ها) مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

فرضیه اول : بازی درمانی در اختلال کمبود توجه کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی اثربخش است.

جدول 1 : نتایج آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون متغیرهای تحقیق دو گروه پژوهش

متغیر	منبع تغییرات تعامل	مرحله: پیش آزمون ـ پس آزمون	
		F(تعامل)	معنی داری
اختلال کمبود توجه	گروه *پیش آزمون	۰/۲۳۸	۰/۶۳۱

همان طوری که در جدول1 ملاحظه می‌شود، مقدار F تعامل برای اختلال کمبود توجه تحقیق غیرمعنی دار می‌باشد؛ بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون تایید می‌شود. در ادامه آزمون تحلیل کواریانس ارایه می‌شود.

جدول 2 : نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری تاثیر بازی درمانی در ناسازگاری اجتماعی

	منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون	اختلال کمبود توجه	۳۲/۹۶۷	۱	۳۲/۹۶۷	۵/۲۸۱	۰/۰۳۲
گروه	اختلال کمبود توجه	۲/۶۶۴	۱	۲/۶۶۴	۶۵/۹۶۷	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول 2 مشاهده می‌شود، تفاوت دو گروه در میزان اختلال کمبود توجه در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار می‌باشد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بازی درمانی در اختلال کمبود توجه اثربخش بوده است.

فرضیه دوم: بازی درمانی در حافظه کاری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی اثربخش است.

جدول 3 : نتایج آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون متغیرهای تحقیق دو گروه پژوهش

متغیر	منبع تغییرات تعامل	مرحله: پیش آزمون ـ پس آزمون	
		F(تعامل)	معنی داری
حافظه کاری	گروه *پیش آزمون	۰/۲۳۶	۰/۶۳۲

همان طوری که در جدول 3 ملاحظه می‌شود، مقدار F تعامل برای اختلال کمبود توجه تحقیق غیرمعنی دار می‌باشد؛ بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون تایید می‌شود. در ادامه آزمون تحلیل کوواریانس ارایه می‌شود.

جدول ۴ : نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری تاثیر بازی درمانی در حافظه کاری

	منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون	حافظه کاری	۰/۱۵۹	۱	۰/۱۵۹	۰/۴۶۲	۰/۵۶۲
گروه	حافظه کاری	۴۱/۴۱۴	۱	۴۱/۴۱۴	۷۸/۴۲۴	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، تفاوت دو گروه در میزان حافظه کاری در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار می‌باشد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بازی درمانی در حافظه کاری اثربخش بوده است.

فرضیه سوم : بازی درمانی در علائم اختلال نقص توجه و بیش فعالی اثربخش است.

جدول ۵ : نتایج آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون متغیرهای تحقیق دو گروه پژوهش

متغیر	منبع تغییرات تعامل	مرحله: پیش آزمون ـ پس آزمون	
		F(تعامل)	معنی داری
علائم اختلال نقص توجه و بیش فعالی	گروه *پیش آزمون	۲/۱۱۷	۰/۱۶۱

همان طوری که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، مقدار F تعامل برای علائم اختلال نقص توجه و بیش فعالی تحقیق غیرمعنی دار می‌باشد؛ بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون تایید می‌شود. در ادامه آزمون تحلیل کوواریانس ارایه می‌شود.

جدول ۶ : نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری تاثیر بازی درمانی در علائم اختلال نقص توجه و بیش فعالی

	منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون	علائم اختلال نقص توجه و بیش فعالی	۳۸۳/۳۱۷	۱	۳۸۳/۳۱۷	۵۹۲/۳۱۷	۰/۰۰۱
گروه	علائم اختلال نقص توجه و بیش فعالی	۵/۲۴۴	۱	۵/۲۴۴	۸/۱۲۸	۰/۰۱۰

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، تفاوت دو گروه در میزان علائم اختلال نقص توجه و بیش فعالی در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار می‌باشد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بازی درمانی در علائم اختلال نقص توجه و بیش فعالی اثربخش بوده است.

نتیجه گیری

فرضیه اول : بازی درمانی در اختلال کمبود توجه کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی اثربخش است.

نتایج تجزیه تحلیل داده ها نشان داد که بازی درمانی در اختلال کمبود توجه کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی با اثربخشی معناداری همراه است. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی بازی درمانی بر کاهش علائم اختلال بیش فعالی /کمبود توجه کودکان و بهبود عملکرد تحصیلی آن ها بود و تلاش گردید تا کودکان از طریق پرداختن به انواع بازی به صورت انفرادی و جمعی با اسباب بازی‌های گوناگون نسبت به احساسات و افکار خود، آگاهی بیشتری کسب کرده، نسبت به مشکلات مهم خود و روش‌های مواجه شدن با مشکلات شناخت حاصل کنند، با تعارض ها و احساسات ناراحت کننده خود مواجه شده و به پیامدهای رفتار خود بیندیشند و در خلال بازی توجه پایدار خود را حفظ کرده و از حالت‌های انگیختگی خود بکاهند. با توجه به این هدف، کودکان در دو گروه آزمایش و کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج نشان داد که بازی درمانی باعث کاهش شدت علائم بیش فعالی همراه با کمبود توجه در گروه آزمایش بر اساس ارزیابی فرم والدین شد. اهداف بازی در حیطه رشد خود، پختگی و رشد ارتباط دسته بندی می‌شود. افراد در بازی، بیان احساسات و افکار را آموخته و بر محیط خود احساس کنترل کسب می‌کنند. مهارت‌های حرکتی، شناختی، زبانی و حل مسئله که در روند بازی به کاربرده می‌شود به آن‌ها فرصت آگاهی یافتن از محیط خود و آموختن مهارت‌های اجتماعی و توانایی همکاری و همدلی با دیگران را می‌دهد. گروهی بودن درمان نیز یکی از عوامل اثربخشی آن است. بازی درمانی گروهی پیوند طبیعی درمان موثر و یک فرآیند روانشناختی و اجتماعی است که در آن افراد از طریق ارتباط با یکدیگر در اتاق بازی چیزهایی را درمورد خودشان یاد می‌گیرند. بازی درمانی گروهی برای درمانگر فرصتی را فراهم می‌کند تا به افراد کمک کند چگونه تعارضات را حل کنند (خالدی و همکاران، ۲۰۱۴). بازی وسیله ای طبیعی برای بیان و اظهار وجود فرد است .افراد از طریق بازی احساسات، ناکامی‌ها و اضطراب‌های خود را بیان می‌کنند. فرد در بازی تجارب ناخوشایندی را بارها تکرار می‌کند و از این طریق، فعالانه بر آن تسلط می‌یابد و بازی فرصتی برای کودک ایجاد می‌کند تا راه‌هایی را برای سازگاری با شرایط جدید برای او فراهم آورد (روس، ۲۰۰۴).

فرضیه دوم : بازی درمانی در حافظه کاری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی اثربخش است.

نتایج تجزیه تحلیل داده ها نشان داد که بازی درمانی در حافظه کاری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی با اثربخشی معناداری همراه است. این یافته همسو با مطالعات فاضل کلخوران، شریعتی، بهرامی (۱۳۹۶) و طاهری (۱۳۹۶) می‌باشد. تقی پور و همکاران (۲۰۱۴) پژوهشی را با عنوان اثربخشی بازی‌های ریتمیک بر توجه و حافظه کاری در کودکان کم توان ذهنی انجام دادند. برنامه مداخله آن‌ها هشت بازی ریتمیک بود که به صورت دوبار در هفته و به مدت ۴۵ دقیقه طی سه ماه انجام شد. این پژوهشگران پس از بررسی داده ها به این نتیجه دست یافتند که حرکات ریتمیک اثرات معناداری بر توجه پایدار، توجه تقسیم شده و ظرفیت توجه، کل حافظه کوتاه مدت، بلندمدت و کاری و یادگیری با توجه به مقیاس عملکردی کودکان کم توان ذهنی داشته است؛ بنابراین، می‌توان گفت که بخشی از آشنایی کودک با جهان بیرون به وسیله بازی ها صورت می‌گیرد. طی بازی کودک از راه عمل و تجربه در محوطه بازی به بروز رفتارهای خلاقانه می‌پردازد و با پدیده ها و مسائل جدید آشنا می‌شود، همچنین، با دقت به مشاهده پرداخته و قادر می‌شود که از پدیده‌های محیط خود، شناخت صحیح تری را به دست آورد. علاوه بر این، کودک به هنگام بازی به استدلال پرداخته، قضاوت می‌کند و در نهایت، از قضاوت خود نتیجه گیری می‌کند. فعالیت‌های کودک به هنگام بازی به او کمک می‌کند تا در آینده بتواند متکی به نفس، مستقل و توانمند در حل مشکلات باشد. در این راستا، راسچ اوی[15] و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی با عنوان فعالیت فیزیکی و عملکرد حافظه «به بررسی تأثیر فعالیت‌های فیزیکی با شدت‌های مختلف بر عملکرد حافظه در افراد مسن و این که چه مکانیسم‌های واسطه ای در تغییرات عملکرد حافظه فعالیت می‌کنند، پرداختند. این ارزیابی در مورد ۶۲ سالمند انجام گرفت و فاکتورهای شناختی مورد ارزیابی شامل: آزمون‌های توجه، تسلط کلامی، حافظهٔ ارقام و کلامی و حافظه بود. نتایج نشان داد که افزایش فعالیت بدنی موجب بهبود عملکرد حافظه در افراد مسن می‌شود و این امر با افزایش حجم ماده خاکستری در مناطق خاص مغز مرتبط می‌باشد. همچنین، عملکرد حافظه پیامدهای قابل توجهی را برای پیشگیری از کاهش فعالیت‌های شناختی و جلوگیری از زوال عقل در سالمندان به همراه دارد. علاوه بر این، فعالیت‌های فیزیکی با شدت‌های مختلف می‌تواند برای کمک به حداکثر رساندن عملکرد حافظه و کاهش فرایندهای بیماری‌های عصبی در سن بالا مفید باشد، از سوی دیگر، کیل،

[15] Ruscheweyh

لانیما، فریتاس و ارناب[16] (۲۰۱۴) به بررسی چهار چوبی برای تحلیل کیفیت بازی‌های آموزشی پرداختند و نتیجه گرفتند که جریان چهار چوب، یک ابزار مفید برای کمک کردن به تحلیل تجربیات یادگیری مبتنی بر بازی می‌باشد. این پژوهشگران اظهار داشتند که چهار چوب برای پشتیبانی طراحی تولید بازی‌های آموزشی مفید است؛ زیرا می‌تواند برای آشکارساختن راه‌هایی به منظور بهینه سازی اثرات یادگیری و تجربه کاربر مورد استفاده قرار گیرد؛ با این حال، تنها به عنوان یک ارتباط بین نظریه‌های آموزشی و طراحی بازی برای تجزیه و تحلیل آن مفید بوده و به عنوان وسیله ای برای طراحی بازی کامل ارائه نشده است.

فرضیه سوم : بازی درمانی در علائم اختلال نقص توجه و بیش فعالی اثربخش است.

نتایج تجزیه تحلیل داده ها نشان داد که بازی درمانی در علائم اختلال نقص توجه و بیش فعالی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی با اثربخشی معناداری همراه است. اختلال نقص توجه بیش فعالی برای بسیاری از دانش آموزان مشکلات قابل توجهی را بر عملکرد تحصیلی، شناختی، اجتماعی، هیجانی و سپس در بزرگسالی بر عملکرد شغلی و خانوادگی آن‌ها ایجاد می‌کند. این اختلال روند طبیعی و رشد دوران کودکی را با مشکل رو به رو می‌کند که در صورت عدم درمان، آمادگی کودک را برای پذیرش آسیب‌های روانی و اجتماعی در بزرگسالی افزایش می‌دهد . می‌توان اشاره نمود بهبود بیش فعالی تکانشگری تا حدود زیادی به تجارب کودک ارتباط دارد. کودک تجارب خود را از طریق گوناگون به ویژه بازی ها در طی دوران رشد به دست می‌آورد؛ بنابراین، اگر بتوان به غنی سازی محیط و بستر سازی برای بازی‌های گروهی و حرکتی اقدام نمود احتمالا به رشد و بهبود بیش فعالی - تکانشگری کودکان کمک خواهد شد. بازی این فرصت را برای افراد فراهم می‌کند تا بتواند تصویری از دنیای درونی خود ارایه دهد و بیان هیجانات را برایش تسهیل می‌کند. عملکرد عمده بازی درمانی حل کردن هرگونه تعارضی در فرد است که با عملکرد موثر او در محیط تداخل می‌کند. بازی درمانی محیط امنی را برای افراد فراهم می‌کند که در آن کودکان به تدریج هیجانات، تنش‌ها، احساس ناامنی و ترس‌های سرکوب شده خود را ابراز کنند (جعفری، محمدی، خانبانی، فرید و چیتی[17]، ۲۰۱۱).

[16] Kiili, Lainema, Freitas & Arnab
[17] Jafari, Mohammadi, Khanbani, Farid & Chiti

منابع

مشهدی، علی؛ سلطانی فر، عاطفه؛ مکرری، فاطمه؛ نوفرستی، فهیمه (۱۳۹۰). بررسی فراوانی اختلال‌های همبودوتأثیرآن بر پاسخ به درمان متیل فنیدیت در کودکان مبتلا به بیش فعالی. مجله پژوهنده. سال ۱۶، شماره ۴: ۱۶۲-۱۶۸

علیزاده، محدثه. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش مشکلات رفتاری درونی و بیرونی کودکان بی سرپرست. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه الزهرا.

آریاپوران، سعید.، اسکندری، آرزو. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی گروهی بر علایم نافرمانی مقابله‌ای و اختلال رفتار در کودکان ۶ تا ۹ ساله‌ی دارای علائم بیش‌فعالی-کاستی توجه. مجله پرستاری کودکان. ۲ (۴): ۵۰-۴۴.

گلدارد، کاترین.، گلدارد، دیوید. (۱۳۸۹). مشاوره با کودکان با روش بازی درمانی. مترجم: زهرا ارجمندی. انتشارات ارجمند.

عسگرپور، امین (۱۳۸۸). بررسی کارکردهای اجرایی در افراد وابسته به هروئین، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه خوارزمی تهران.

شهاییان، آمنه و شهیم، سیما و بشاش، لعیا و یوسفی، فریده. (۱۳۸۶). هنجاریابی تحلیل عاملی و پایایی فرم کوتاه ویژه والدین، مقیاس درجهبندی کانرز برای کودکان ۶ تا ۱۲ ساله در شهر شیراز، مطالعات روانشناختی. ۳ (۳): ۱۲-۲۷.

فاضل کلخوران، جمال.، شریعتی، امیر.، بهرامی، هاجر. (۱۳۹۶). اثر بازی درمانی بر حافظه کوتاه مدت کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر. نشریه رفتار حرکتی، ۲۹ (۳): ۳۴-۴۵.

طاهری، مرجان. (۱۳۹۶). تاثیر بازی درمانی مبتنی بر کارکردهای اجرایی در توانایی برنامه ریزی و توجه انتخابی کودکان مبتلا به نقص توجه و بیش فعالی. پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری.۲ (۹): ۴۹-۳۷.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fifth Edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Barkley, R. A. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment, third edition, New York. Guilford Press.

Nikolas, M. A., Elmore, A. L., Franzen, L., O'Neal, E., Kearney, J. K., & Plumert, J. M. (2016). Risky bicycling behavior among youth with and without attention-deficit hyperactivity disorder. Journal of child psychology and psychiatry, 57(2), 141-148.

Sahim SH, Mehrangiz L. (2007). Prevalence of ADHD in school age children. Iranhan Journal of Pediatrcs; 17(2): 211-216.

Turgay, A.; Ginsberg, L.; Sarkis, E.; Jain, R.; Adeyi, B.; Gao, J.; … Richards, C. (2010). "Executive function deficits in children with attention-deficit/ hyperactivity disorder and improvement with lisdexamfetamine dimesylate in an open-label study". Journal of child and adolescent psychopharmacology, 20(6), 503-511.

Brown, T. E. (2006). "Executive functions and attention deficit hyperactivity disorder: Implications of two conflicting views". International Journal of Disability, Development and Education, 53(1), 35-46.

Shen, Y. (2006). Play Therapy in Texas Schools. Guidance & Counseling, 21(4), 230-235.

Sobanski E, (2006), Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Psychiatry Clinical Neuroscience, 256, 26–31.

Cattanach, A. (2009). Introducation to play therapy. New York: Brunner-Routledge.

El-Nagger, N. S., Abo-Elmagd, M. H., & Ahmed, H. I. (2017). Effect of applying play therapy on children with attention deficit hyperactivity disorder. JNEP, 7(5), 104-119.

Green, E. J., Drewes, A. A., & Kominski, J. M. (2013). Use of mandalas in Jungian play therapy with adolescents diagnosed with ADHD. International Journal of Play Therapy, 22(3), 159-172.

Khaledi, S; Validipak, A; Mirkhan, I; & Atai, M. (2014). The positive impact of play therapy on writing performance of students with dysgraghia. International journal school health, 1(2), 1-4.

Russ S. (2004). Projective assessment of affect in children's play. In Hilsenroth M, Segal D; editors. Comprehensive Handbook of Psychological Assessment. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Taghipour, Javan A, Framarzi, S, Abedi, A, Hassan Nattaj, F. (2014). Effectiveness of rhythmic play on the attention and memory functioning in children with Mild Intellectual Disability (MID). International Letters of Social and Humanistic Sciences. 6: 9-21

Ruscheweyh, R., Willemer, C., Kruger, K., Duning, T., Warnecke, T., Sommer, J.,... Floel, A. (2011). Physical activity and memory functions: an interventional study. Neurobiol Aging, 32(7), 1304-1319. doi:10.1016/j.neurobiolaging.2009.08.001

Kiili, K., Lainema, T., de Freitas, S., & Arnab, S. (2014). Flow framework for analyzing the quality of educational games. Entertainment Computing, 5(4), 367-377. doi:https://doi.org/10.1016/j.entcom.2014.08.002

Jafari, N; Mohammadi, M. R; Khanbani, M; Farid, S; & Chiti, P. (2011). Effect of play therapy on behavioral problems of mal adjusted preschool children. Iran journal psychiatry, 6, 37-42.