

اثر بخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی

بهمن اکبری^{۱*}، فهیمه رحمتی^۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثر بخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی انجام شد. طرح پژوهش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل تمامی کودکان ۴-۶ ساله مهدکودک‌های شهر رشت در سال تحصیلی ۹۲-۹۱ بود که از این میان ۴۰۰ کودک به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و پرسشنامه علائم مرضی کودکان برای آنها اجرا شد. سپس ۳۰ کودک دارای اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی با احراز ملاک‌های ورود به پژوهش به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل) جایدهی شدند و به پرسشنامه پرخاشگری پیش‌دبستانی واحدی و همکاران (۱۳۸۷) پاسخ دادند. سپس برنامه بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری در یک دوره ۱۰ جلسه‌ای ۶۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دو بار برای کودکان گروه آزمایش به اجرا درآمد و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات پس‌آزمون اجراء شد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش پرخاشگری معنادار بوده است، بنابراین استفاده از بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری برای کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

کلیدواژه‌ها: بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری، پرخاشگری، اختلال نارسایی توجه/
فزون‌کنشی

۱. دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رشت bakbari44@yahoo.com

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رشت

اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، یک اختلال عصب‌روان‌شناختی با سن شروع در دوران کودکی است که از طریق درجاتی از نارسایی توجه نامتناسب با سن و مزمن، تکانشگری و تا اندازه‌ای فزون‌کنشی مشخص می‌شود و نسبت به افراد عادی که در همان سطح از تحول قرار دارند، با فراوانی و شدت بیشتری رخ می‌دهد (اریکا و همکاران، ۲۰۰۸). این اختلال، یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی کودکان است. آمار گوناگونی در زمینه نرخ شیوع این اختلال وجود دارد. در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی نرخ شیوع این اختلال برای بزرگسالان ۲/۵ درصد و برای کودکان رقم ۵ درصد گزارش شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، با این وجود، رقم محتاطانه ۳ تا ۷ درصد از کودکان در سنین مدرسه را مبتلایان به این اختلال تشکیل می‌دهند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷؛ وودارد، ۲۰۰۶؛ گوپدا و کار، ۲۰۰۹). نشانه‌های اصلی نارسایی توجه/ فزون‌کنشی بر اساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی وجود پنج نشانه مرتبط با تکانشگری، نارسایی توجه یا فزون‌کنشی باید قبل از سن ۱۲ سالگی شروع شود و حداقل در دو موقعیت متفاوت مانند کودکستان، مدرسه، خانه و یا هنگام ارزیابی و معاینه روان‌شناختی دیده می‌شود. در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی هجده نشانه ارائه و الزام شده است که حداقل شش نشانه در نارسایی توجه یا فزون‌کنشی/ تکانشی باید مشاهده شود تا بتوان تشخیص این اختلال را در افراد داد. به عبارت دیگر، در حداقل نشانه‌ها برای تشخیص اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی در بزرگسالان پنج نشانه و برای کودکان، حداقل شش نشانه است. بسته به نشانه‌های موجود، افراد مبتلا به این اختلال به سه زیر گروه متفاوت تقسیم می‌شوند: نوع با نارسایی توجه، نوع با فزون‌کنشی/ تکانشگری و نوع ترکیبی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). متوسط سن شروع در نوع فزون‌کنشی تکانشگر حدود ۴ سالگی و در نوع ترکیبی حدود ۵ سالگی است. بنابراین اغلب کودکان در انواع فزون‌کنشی تکانشگر و نوع ترکیبی قبل از ۷ سالگی دچار اختلال عملکرد ناشی از بیماری می‌شوند. اما متوسط سن شروع علائم در نوع نارسایی توجه بعد از ۶ سالگی بوده است و در برخی موارد سن شروع علائم بالاتر از ۷ سالگی است. بنابراین علائم نارسایی توجه و فزون‌کنشی در کودکان اغلب قبل از سن مدرسه شروع می‌شود (کاتبی، ۱۳۸۸).

پرخاشگری رفتاری است که هدف آن صدمه زدن به خود یا دیگران است. در این تعریف قصد و نیت حائز اهمیت است، یعنی رفتار آسیب‌زا در صورتی پرخاشگری محسوب می‌شود که از روی قصد و عمد به منظور صدمه زدن به دیگری یا به خود انجام گرفته باشد (بارون، ۲۰۱۰). پرخاشگری تأثیرات مخربی از جمله صدمه، آسیب‌زدن، حملات آسیب‌زا به خود و دیگران، مرگ غیرمنتظره و رفتارهای پرخطر را ممکن است به دنبال داشته باشد (جنتری، ۲۰۰۷). پرخاشگری ممکن است به اشکال گوناگونی بروز یابد. شکل کلامی و فیزیکی آن مؤلفه‌های ابزاری یا رفتاری را نشان می‌دهد، خشم، جنبه هیجانی و خصومت، جنبه شناختی پرخاشگری است (بس و پری، ۱۹۹۲). برخی از پیامدهای منفی احتمالی پرخاشگری شامل ترس، تحریک پرخاشگری متقابل، از دست دادن کنترل، احساس گناه، تنهایی و مشکلات در سلامت روان و زندگی اجتماعی است (شر و همکاران، ۱۹۹۰).

با توجه به شیوع پرخاشگری دوران کودکی و آثار سوء آن بر جنبه‌های مختلف زندگی، توجه ویژه‌ای به درمان آن می‌شود و مطالعات گوناگونی درباره جنبه‌های مختلف درمان این اختلال انجام شده است. این مطالعات طیفی از روش‌های دارو درمانی، رفتار درمانی و شناخت درمانی یا ترکیبی از

اثربخشی بازی درمانی ...

روش‌های مختلف را در بر می‌گیرد (شر و همکاران، ۱۹۹۰؛ کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷). مهم‌ترین شیوه تثبیت‌شده درمان اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، ایجاد و حفظ یک محیط مناسب در قالب درمان شناختی- رفتاری و دارو درمانی است. هدف نهایی درمان اختلال نارسایی توجه/ فزون- کنشی، توانمند ساختن کودکانی است که بتوانند بر مشکلاتی که در طول زندگی با آنها مواجه می‌شوند، فائق آیند. این هدف را نمی‌توان با دارو درمانی یا وادار کردن کودکان به رعایت قواعد به دست آورد، بلکه تنها راه به انجام رساندن آن، آموزش راهکارهایی در مورد شیوه برخورد با مردم و وظایفی است که در نحوه عملکرد روزانه کودک مفید است. بیشتر درمان‌های شناختی- رفتاری را می‌توان با آموزش، درنگ کن- فکر کن- عمل کن، توصیف کرد. این شیوه درمانی به طور معمول توسط درمانگران با بازی درمانی انجام می‌شود (گراهام، ۱۹۹۸). بازی درمانی یک تکنیک درمانی کودک‌محور است که برای درمان مشکلات و اختلال‌های کودکان مورد استفاده قرار می‌گیرد. هر چند کاربردهای بازی درمانی برای کودکان مشکل‌دار در مطالعات مختلف مورد تأکید قرار گرفته است ولی اندازه‌گیری رفتارهای مشکل‌دار، هدف و تظاهرات تغییر آن به ندرت گزارش شده است. از بازی درمانی در درمان انواع اختلال‌های کودکان مثل افسردگی کودکان، ترس‌های کودکان، مشکلات رفتاری که ریشه اضطرابی دارند، شباداراری، ناخن جویدن، دروغ گفتن، پرخاشگری، فزون‌کنشی و نارسایی توجه استفاده و در بسیاری از موارد مؤثر ارزیابی شده است (هانسر و میسلر، ۲۰۰۰).

در فرآیند تحول، مشکلات کودکان اغلب به علت ناتوانی بزرگسالان برای درک یا پاسخگویی مؤثر به احساس‌ها و کوشش‌های آنها برای برقراری ارتباط است. به منظور ارتباط برقرار کردن از طریق شفاهی با کودکان نیازمند، بازی یک وسیله کاملاً پیشرفته برای بیان است که برای کودکان همانند کلام برای بزرگسالان است. بازی وسیله‌ای است که کودکان برای بیان احساس‌ها، برقراری روابط، توصیف تجربه‌ها، آشکار کردن آرزوها و خودشکوفایی خود از آن استفاده می‌کنند (لندرت، ۱۹۹۵). از طرف دیگر بازی می‌تواند نقش درمانی نیز داشته باشد که به یاری کودکان پر مشکل می‌شاید تا این که بتوانند مسائل خود را به دست خویش و از طریق بازی‌های خود حل کنند. در این روش به کودکان فرصت داده می‌شود تا احساس‌های آزاردهنده و مشکلات درونی خود را از طریق بازی بروز دهند و آنها را به نمایش بگذارند (ام‌اکسلاین، ۱۹۹۰).

بازی درمانی شناختی- رفتاری بر این فرض استوار است که ادراک و تفسیر فرد از موقعیت، پاسخ هیجانی و رفتاری او را به موقعیت تعیین می‌کند. شناخت‌درمانی مبتنی بر این دیدگاه است که آسیب‌شناسی روانی، نتیجه خطای سیستماتیک، سوگیری و تحریف در ادراک و تعبیر و تفسیر رویدادهاست. از لحاظ نظری، تأکید بر تعامل فرد و محیط است نه بر فرد یا محیط به طور جداگانه. تفسیر فرد از رویدادها، نقش مهمی در بسیاری از آسیب‌های روانی، ایفا می‌کند و این تفسیر، محصول تعامل ویژگی‌های فرد و ماهیت رویدادهایی است که فرد با آن مواجه است. این درمان بر این فرض استوار است که عاطفه و رفتار افراد، تا حد زیادی به واسطه روشی که آنها بر اساس آن، جهان را تفسیر می‌کنند، تعیین می‌شوند. برای آن که بازی درمانی با این دیدگاه مؤثر باشد، باید فعالیت‌ها ساخت‌دار و هدف‌گرا باشند و در عین حال، در همان زمان، آوردن ماده خود به خودی (خودانگیخته) را برای کودک میسر کند (محمداسماعیل، ۱۳۸۷).

ذوالمجد، برجعلی و آربین (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان تأثیر شن‌بازی درمانی بر روی پسران پرخاشگر بررسی شده و نتایج آن، حاکی از کاهش سطح پرخاشگری در گروه آزمایش بوده است؛

همچنین در پژوهشی زارع و احمدی (۱۳۸۶) با موضوع اثربخشی بازی درمانی به شیوه شناختی- رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مشخص شد که بازی درمانی شناختی- رفتاری، موجب کاهش مشکلات رفتاری کودکان می‌شود. در پژوهش به‌پژوه و نوری (۱۳۸۱) که به منظور بررسی تأثیر نقاشی درمانی در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در تهران انجام شد، تحلیل داده‌ها حاکی از کاهش معنادار رفتار پرخاشگرانه دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در گروه آزمایشی بود. در پژوهش دیگری که جنتیان، نوری، شفقتی، مولوی و سماواتیان (۱۳۸۷) با موضوع بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر شدت علائم اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی انجام شد، به بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری به مثابه روش درمانی مؤثری برای کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی اشاره شد، همچنین نتایج پژوهش قادری، اصغری مقدم و شعیری (۱۳۸۵) با منظور بررسی کارایی بازی درمانی رفتاری- شناختی بر روی پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک در تهران، نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه در تفاضل نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون پرخاشگری به نفع گروه آزمایشی وجود داشته است.

از جمله پژوهش‌های خارجی نیز بارکی (۲۰۱۲) در پژوهش خود به مطالعه اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر مهارت‌های سازشی و کارکردهای اجرایی در کودکان فزون‌کنش و افراد مبتلا به اختلال‌های یادگیری پرداخت که نتایج تفاوت معناداری را بین گروه‌های مورد بررسی در متغیرهای مهارت‌های سازشی و کنش‌های اجرایی نشان داد و به این نتیجه رسید که کودکان فزون‌کنش بیش از سایرین در این مسئله مشکل دارند. فینتر (۲۰۱۲) در پژوهش خود نتیجه گرفت که کودکان با نارسایی توجه/ فزون‌کنشی در گروه بدون آموزش مشکلاتی را در کارکردهای اجرایی نشان می‌دهند. وی در پژوهش خود ادعا کرد که این کودکان نارسایی زیادی را در درک و سازگاری با موقعیت‌ها دارند. جانسما و کامب (۲۰۰۹)، تاثیر برنامه‌های ترکیبی نقاشی درمانی و بازی درمانی را در افزایش مهارت‌های سازشی کودکان فزون‌کنش، بررسی نمودند. آنها ابتدا زمانی از روز را که رفتارهای آزمودنی‌ها به‌طور مکرر رخ می‌داد را تعیین کرده و سپس برنامه مناسبی را به مدت ۱ ساعت و قبل از زمان مشخص شده اجرا کردند. نتایج مشاهدات آنها حاکی از کاهش رفتارهای سازش‌نیافته آزمودنی‌ها و افزایش مهارت‌های سازشی بود.

با توجه به مرور پیشینه پژوهش و مطالب گفته شده خلاء پژوهشی درباره تاثیر بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی وجود دارد. همچنین این پژوهش می‌تواند زمینه‌ساز پژوهش‌های بیشتر در حوزه پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی شود. در سطح کاربردی نیز انجام این پژوهش می‌تواند گامی مؤثر در راستای پیشگیری و کاهش رفتار پرخاشگرانه در سطح پیش‌دبستانی باشد. ما در پژوهش حاضر با هدف مطالعه تاثیر بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی به دنبال بررسی این فرضیه هستیم که بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی مؤثر است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل تمامی کودکان ۶-۴ ساله مهدکودک‌های شهر رشت در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ بود که از این میان ۴۰۰ کودک به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و پرسشنامه علائم مرضی کودکان در مورد آنها اجرا شد. سپس ۳۰ کودک دارای اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی با احراز ملاک‌های ورود به پژوهش (داشتن اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، سن ۴ تا ۶ سال و عدم داشتن مشکلات جسمی و کم‌توانی ذهنی) به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل) جایدهی شدند و به پرسشنامه پرخاشگری پیش‌دبستانی واحدی و همکاران (۱۳۸۷) پاسخ دادند.

ب) ابزار پژوهش: ۱. پرسشنامه علائم مرضی کودکان: این پرسشنامه یک ابزار غربالگری برای شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی است. عبارات آن بر اساس ویرایش چهارم ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی تدوین شده است. با توجه به اهمیت منابع اطلاعات متعدد، این پرسشنامه دارای دو فهرست والدین و معلمان است که در مقایسه با مقیاس‌ها و شیوه‌های دیگر، کارآمدی خود را نشان داده است و جایگزین مناسبی به عنوان یک مصاحبه مورد قبول روان‌پزشکی است که در وقت صرفه‌جویی می‌کند. حساسیت پرسشنامه علائم مرضی کودکان بر اساس بهترین نمره برش ۵، ۴ و ۷ برای هر یک از اختلال‌های نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک به ترتیب ۷۵ درصد، ۸۹ درصد و ۸۹ درصد و ویژگی آن به ترتیب ۹۲ درصد، ۹۱ درصد و ۹۰ درصد به دست آمده است. علاوه بر این، اعتبار پرسشنامه نیز برای هر دو فرم والد و معلم به ترتیب ۹۰ درصد و ۹۳ درصد برآورد شده است (محمد اسماعیل، ۱۳۸۶).

۲. مقیاس پرخاشگری پیش‌دبستانی: این مقیاس یک پرسشنامه ۴۳ سؤالی با مقیاس رتبه‌بندی لیکرت، برای ارزیابی پرخاشگری جسمانی، رابطه‌ای و واکنشی- کلامی کودکان پیش‌دبستانی است. این پرسشنامه برای اولین بار در سال ۱۳۷۸ توسط واحدی، فتحی‌آذر و حسینی نسبت‌مقدم با بهره‌گیری از پرسشنامه پرخاشگری کودکان دبستانی شهیم و پرسشنامه پرخاشگری اهواز به منظور سنجش ابعاد مختلف پرخاشگری در کودکان سنین پیش‌دبستانی طراحی گردید. این پرسشنامه که توسط مربی یا والدین کودک تکمیل می‌گردد شامل یک نمره کلی و چهار خرده‌مقیاس: پرخاشگری کلامی- تهاجمی، پرخاشگری فیزیکی- تهاجمی، پرخاشگری رابطه‌ای و خشم تکانشی است. نمره‌دهی این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای (اصلاً = ۰، به ندرت = ۱، یک بار در ماه = ۲، یک بار در هفته = ۳، اغلب روزها = ۴) است که نمره هر خرده‌مقیاس از جمع نمره سؤال‌های مربوطه و نمره کل از جمع تمامی خرده‌مقیاس‌ها حاصل می‌گردد. همچنین نقطه برش در انتخاب افراد پرخاشگر بر اساس این پرسشنامه، دو انحراف معیار بالاتر از میانگین یعنی ۵۱ درصد است. ضریب اعتبار آلفای کرونباخ در کل مقیاس ۹۸ درصد و در خرده‌مقیاس‌های چهارگانه پرخاشگری کلامی- تهاجمی، پرخاشگری فیزیکی- تهاجمی، پرخاشگری رابطه‌ای و خشم تکانشی به ترتیب ۹۳ درصد، ۹۲ درصد، ۹۴ درصد و ۸۸ درصد به دست آمده است (واحدی و همکاران، ۲۰۰۸).

معرفی برنامه آموزشی: برنامه بازی درمانی مبتنی بر رویکر شناختی- رفتاری در یک ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دو بار برای کودکان گروه آزمایش به اجرا درآمد و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت

نکردند. پس از اتمام جلسات مجدداً پرسشنامه پرخاشگری بر روی هر دو گروه در یک موقعیت یکسان اجراء شد. خلاصه جلساتی که برای کودکان اجراء شد به شرح زیر است:

جلسه اول: ۱. خوش آمدگویی، بیان اهداف، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی، ۲. تحویل گرفتن فرم رضایت‌نامه اولیاء، ۳. تمثیل چمدان برای شناخت درمان، ۴. ارائه صحبت‌هایی در مورد اهمیت و لزوم و فواید کار گروهی، ۵. معرفی اعضا، ۶. اجرای پیش‌آزمون.

جلسه دوم: ۱. تعریف بازی درمانی، ۲. معرفی انواع وسایل مربوط به بازی بادکنک‌های خشم، ۳. اجرای بازی، ۴. دادن تکلیف برای جلسه بعد.

جلسه سوم: ۱. مروری بر تکالیف جلسه قبلی، ۲. اجرای بازی مقیاس احساس خشم، ۳. تعیین تکلیف برای جلسه بعدی.

جلسه چهارم: ۱. مروری بر تکالیف جلسه قبلی، ۲. اجرای بازی پاره پاره کردن کاغذ، ۳. تعیین تکلیف برای جلسه بعدی.

جلسه پنجم: ۱. مروری بر تکالیف جلسه قبلی، ۲. اجرای بازی قالیچه سحرآمیز، ۳. تعیین تکلیف برای جلسه بعدی.

جلسه ششم: ۱. مروری بر تکالیف جلسه قبلی، ۲. اجرای بازی زنگ ساعت، ۳. تکلیف برای جلسه بعدی استفاده از وسایلی که کودکان با آن بازی می‌کنند از آنها خواسته می‌شود با دیدن هر کدام از آنها مواردی را که می‌توان افکار و احساسات خود را مطرح کنند.

جلسه هفتم: ۱. مروری بر تکالیف جلسه قبلی، ۲. اجرای بازی با گل مصنوعی، ۳. تعیین تکلیف برای جلسه بعدی.

جلسه هشتم: ۱. مروری بر جلسات قبلی، ۲. اجرای بازی هنر خط خطی کردن، ۳. تعیین تکلیف برای جلسه بعدی.

جلسه نهم: ۱. مروری بر جلسات قبلی، ۲. اجرای بازی داستان شال گردن.

جلسه دهم: ۱. بحث گروهی کلی درباره مطالب آموزشی و شیوه‌های فراگرفته شده، ۲. بیان نظرات اعضای گروه، ۳. اجرای پس‌آزمون و تشکر و آرزوی موفقیت برای گروه.

نتایج

در جدول شماره ۱ شاخص‌های آماری نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرخاشگری در گروه آزمایشی و کنترل ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های آماری نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرخاشگری در گروه آزمایشی و کنترل

متغیر	گروه	وضعیت	میانگین نمرات	انحراف استاندارد
پرخاشگری	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۰۳/۶۱	۳/۸۶
		پس‌آزمون	۲۸/۳۲	۳/۹۲
کنترل	کنترل	پیش‌آزمون	۹۷/۵۴	۹/۳۶
		پس‌آزمون	۸۷/۰۳	۷/۷۱

اثربخشی بازی درمانی ...

به منظور آزمون فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد. به این منظور ابتدا مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری یعنی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف ($P < 0/13$) و همگنی شیب‌ها ($F=4/37, P < 0/43$) پرخاشگری) بررسی و تأیید شد. بنابراین شرایط لازم برای استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برآورده شده است. نتایج آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲، نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری نمره پس آزمون پرخاشگری

ضریب سهمی ایتا	سطح معنی داری	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	آماره منبع تغییرات
۰/۹۷۴	۰/۰۰۰	۶۳۲/۰۳۶	۱۶۲۵۸/۹۸۲	۱	۱۶۲۵۸/۹۸۲	گروه
۰/۳۴۳	۰/۰۰۸	۸/۸۸۹	۲۲۸/۶۷۹	۱	۲۲۸/۶۷۹	کوواریانس با کنترل پیش آزمون
			۲۵/۷۲۵	۱۷	۴۳۷/۳۲۱	خطا

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، تحلیل کوواریانس پس‌آزمون نمرات متغیر پرخاشگری پس از تعدیل پیش‌آزمون، نشان می‌دهد که با حذف اثر نمره‌های پیش‌آزمون، اثر بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر نمره‌های پس‌آزمون معنادار است ($P < 0/000, df=1/17, F=632/036$). به این ترتیب زمانی که اثر پیش‌آزمون مربوط به گروه‌ها حذف شود تفاوت بین گروه‌ها معنادار است و می‌توان نتیجه گرفت که بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی مؤثر بوده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی انجام شد. نتایج مربوط به آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری نشان داد بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون-کنشی مؤثر است. نتیجه بدست آمده بطور ضمنی با یافته‌های بارکلی (۲۰۱۲)، فینتز (۲۰۱۲)، جانسما و کامب (۲۰۰۹)، ذوالمجد، برجلی و آرین (۱۳۸۶)، زارع و احمدی (۱۳۸۶) و قادری، اصغری مقدم و شعیری (۱۳۸۵) همسو است. در این راستا، زارع و احمدی (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان اثربخشی بازی درمانی به شیوه شناختی- رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان به این نتایج دست یافتند که بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری، موجب کاهش مشکلات رفتاری کودکان می‌شود. همچنین، جنتیان، نوری، شفتی، مولوی و سماواتیان (۱۳۸۷) در پژوهشی با عنوان اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر شدت علائم اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی به این نتایج دست یافتند که می‌توان از بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری به مثابه روش درمانی مؤثری برای کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی استفاده کرد. نتایج پژوهش

قادری، اصغری مقدم و شعیری (۱۳۸۵) با هدف بررسی کارایی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد رفتاری-شناختی بر روی پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک نشان دادند که بازی درمانی مبتنی بر رویکرد رفتاری-شناختی در کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک مؤثر است. جانسما و کامب (۲۰۰۹) در پژوهش خود تأثیر برنامه‌های ترکیبی نقاشی درمانی و بازی درمانی را در افزایش مهارت‌های سازشی کودکان فزون‌کنش، بررسی نمودند. نتایج مشاهدات آنها حاکی از کاهش رفتارهای سازش‌ناایافته آزمودنی‌ها و افزایش مهارت‌های سازشی بود.

در تبیین نتیجه به دست آمده باید گفت که با توجه به مبانی نظری و عملی پرخاشگری و درمانگری‌های مختلف، پرخاشگری یک شکل پیچیده‌ای از رفتار آدمی در جوامع انسانی است. پرخاشگری، واکنشی نسبت به ناکامی و سرکوب امیال است. کودکان فزون‌کنش چون نمی‌توانند نیازهای خود را برآورده سازند، دچار ناکامی می‌شوند. در این حالت نمی‌توانند با شرایط محیطی، مقررات و محدودیت‌های جامعه، آداب و رسوم، ارزش‌ها و امر و نهی‌ها خود را تطبیق دهند و دچار سازش‌ناایافتگی می‌شوند که منجر به رفتارهای پرخاشگری می‌شود. پرخاشگری نوعی واکنش نسبت به موانع و عامل تهدید است. وقتی کودک فزون‌کنش خود را محکوم به پدیده‌های محیطی می‌بیند و احساس کنترل‌ناپذیری شرایط به وی دست می‌دهد، رفتار پرخاشگری از خود بروز می‌دهد. در بازی درمانی مبتنی بر رویکرد رفتاری-شناختی موانع محیطی از قبیل والدین برداشته می‌شود و کودک به راحتی می‌تواند پرخاشگری خود را بروز دهد. از این رو کودک ناکامی‌های انباشته شده خود را در بستری مناسب از طریق پرخاشگری بروز می‌دهد و با بازتاب مناسب نحوه کنترل آن را آموخته و درونی می‌کند.

نتایج این پژوهش لزوم توجه هرچه بیشتر به بحث پرخاشگری در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی را یادآور می‌شود زیرا نه تنها بر سازش‌یافتگی خانوادگی و اجتماعی این کودکان تأثیر می‌گذارد بلکه چنانچه پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی تداوم و شدت یابد، موجب بروز ناهنجاری‌های رفتاری و هیجانی شدیدتر شده و آینده تحصیلی این قبیل کودکان نیز به مخاطره می‌افتد.

با توجه به آنچه گفته شد نمی‌توان راحت از کنار پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی گذشت. در این میان بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری می‌تواند خدمتی ارزشمند محسوب شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان و روان‌پزشکان فواید این روش مداخله را در کنار گزینه‌های دارویی مدنظر قرار دهند. همچنین استفاده از بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر کاهش رفتارهای پرخاشگرانه کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود.

سیاسگزاری: از تمامی کودکان شرکت‌کننده در این پژوهش، والدین آنها و مربیانی که در انجام این پژوهش به ما یاری رساندند تشکر می‌شود.

منابع

- به پژوه، ا؛ و نوری، ف. (۱۳۸۱). تاثیر نقاشی درمانی در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۳۲، ۱۷۰-۱۵۵.
- جنتیان، س؛ نوری، ا؛ شفتی، س. ع؛ مولوی، ح؛ و سماواتیان، ح. (۱۳۸۷). اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر شدت علائم اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی در دانش‌آموزان پسر نه تا یازده سال. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۶، ۱۱۹-۱۰۹.
- ذوالمجد، آ؛ برج علی، ا؛ و آرین، خ. (۱۳۸۶). تاثیر شن‌بازی درمانی بر رفتارهای پرخاشگرانه پسران. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۷، ۱۶۸-۱۵۵.
- زارع، م؛ و احمدی، س. (۱۳۸۶). اثربخشی بازی درمانی به شیوه رفتاری شناختی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان. *روان‌شناسی کاربردی*، ۳، ۲۸-۱.
- قادری، ن؛ اصغری مقدم؛ م. ع؛ و شعیری، م. ر. (۱۳۸۵). بررسی کارآیی بازی درمانی رفتاری شناختی روی پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک. *دو ماهنامه علمی پژوهشی دانش‌ور رفتار دانشگاه شاهد*، ۱۳، ۴۲-۲۹.
- محمد اسماعیل، ا. (۱۳۸۶). انطباق و هنجاریابی سیاهه نشانه‌های مرضی کودک ویرایش چهارم (CSI-4). *مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۷، ۹۶-۷۹.
- محمد اسماعیل، ا. (۱۳۸۷). *بازی درمانی: نظریه‌ها، روش‌ها و کاربرد بالینی*. تهران: دانژه.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington DC: USA.
- Barkey, L. T. (2012). *The Practice of Child Therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Brown, K. (2010). Jungian Play Therapy in Elementary Schools. *Elementary School Guidance and counseling*, 28, 30-42.
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
- Ericka, L., Wodka, A., Loftis, C. A., Stewart, H., Mostofsky, A., Prahme, C.A, et al. (2008). Prediction of ADHD in boys and girls using the D-KEFS. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23:283-93.
- Fintez, J. M. (2012). The Assessment of Phonological Memory Skills in Preschool Children. *Journal of Educational Psychology*, 65, 155-164.
- Gupta, R., & Kar, B. R. (2009). Development of attentional processes in ADHD and normal children. *Prog Brain Res*, 176, 259-76.
- Hanser, S., & Meissler, K. (2000). *Ovens R. Kids Together: A group Play Therapy Model for Children with ADHD, Single Case Study*. Thesis for Master of Art in Art Therapy and Counseling, Abstract Page.
- Jansma, P., & Combs, C. S. (2009). The effects of fitness training and reinforcement on maladaptive behaviors of institutionalized adults, classified as mentally retarded, emotionally disturbed. *Journal Developmental Neuropsychology*, 9, 207-224.
- Jentery, D. (2007). Anger Management and May Not Help At All. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 10, 169-176.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan and Sadock's of psychiatry: Behavioral Science/ Clinical Psychiatry* 10th ed. North American: Lippincott Williams & Wilkins.

Woodard, R. (2006). The diagnosis and medical treatment of ADHD in children and adolescents in primary care: A practical guide. *Journal of Pediatric Nursing*, 4, 363-70.

