

اثربخشی بازی مشترک مادر - کودک بر علائم اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی در دانش‌آموزان پسر دوره ابتدایی شهر اصفهان

سعیده سبزیان^۱، مهرداد کلانتری^۲، حسینعلی مهربانی^۳

تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۴/۲۸

تاریخ وصول: ۹۴/۱/۱۲

چکیده

هدف از اجرای این پژوهش تعیین اثربخشی بازی مشترک مادر - کودک بر علائم اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی در دانش‌آموزان پسر دوره ابتدایی شهر اصفهان بود. بر این اساس، در قالب یک مطالعه نیمه تجربی همراه با گروه کنترل و با ارزیابی به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تعداد ۳۲ دانش‌آموز پسر دارای نمره بالا در دسته مقیاس‌های اختلالات رفتار ایدایی CSI-4 از مدارس ابتدایی شهر اصفهان به شیوه در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی به گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند ($n_1=n_2=16$). آزمودنی‌های گروه آزمایش یک دوره هشت جلسه‌ای به صورت هفتگی با مشارکت مادران و بازی با کودک دریافت کردند، در حالی که آزمودنی‌های گروه کنترل در لیست انتظار مداخله قرار گرفتند. آزمودنی‌های دو گروه با استفاده از فرم والد چک‌لیست مرضی کودک (CSI-4) مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که ارائه مداخله بازی مشترک مادر - کودک باعث کاهش ۵۷/۹٪ علائم کمبود توجه و کاهش ۲۸/۲٪ علائم بیش‌فعالی و کاهش ۵۵٪ علائم نوع مرکب این اختلال در پس‌آزمون می‌شود ($p < 0/05$). علاوه بر این، مداخله در مرحله پیگیری هم باعث کاهش ۵۴/۲٪ علائم کمبود توجه، کاهش ۲۲/۵٪ علائم بیش‌فعالی و کاهش ۵۸/۱٪ علائم نوع مرکب این اختلال شد ($p < 0/05$). بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت ارائه مداخله مبنی بر آموزش بازی مشترک مادر - کودک در کاهش علائم کمبود توجه و بیش‌فعالی مؤثر بوده است و با استفاده از این روش مداخله‌ای، ضمن کاهش شدت علائم بیش‌فعالی - کمبود توجه، می‌توان در جهت بهبود رابطه مادر و کودک بیش‌فعال و جلوگیری از تبدیل این اختلال به سایر اختلالات رفتاری استفاده کرد.

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه اصفهان - اصفهان - ایران sabzian1989@yahoo.com

۲. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان - اصفهان - ایران mehrdad.k@ui.ac.ir

۳. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان - اصفهان - ایران mehrabihosseini@yahoo.com

واژگان کلیدی: آموزش بازی مشترک مادر - کودک، اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی

مقدمه

اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی (ADHD^۱) از اختلال‌های دوران کودکی است که با علائم کمبود توجه و یا بیش‌فعالی - تکانشگری مشخص می‌شود. میزان شیوع این اختلال ۸ تا ۱۲ درصد در کودکان مدرسه‌ای گزارش شده است (فاراتون و همکاران^۲، ۲۰۰۳؛ فرولیچ و همکاران^۳، ۲۰۰۷). این اختلال بر کارکردهای، تحصیلی، اجتماعی، رفتاری و هیجانی این کودکان را متأثر می‌کند (لای و لی^۴، ۲۰۱۲). همچنین در صورت ناشناخته ماندن و عدم مداخله درمانی مناسب و به‌موقع این اختلال، پیامدهای نامطلوبی نظیر شکست تحصیلی، طرد از سوی همسالان و رشد نایافتگی عزت‌نفس در کودکان مبتلا بروز خواهد کرد. شیوع این اختلال در سنین کودکی بین ۳ تا ۵ درصد گزارش شده است و ابتلا پسران به این عارضه سه برابر دختران هست (بیدرمن و فاراتون^۵، ۲۰۰۵). شیوع این اختلال در ایران بین سه تا شش درصد گزارش شده است (نجفی و همکاران، ۱۳۸۸) و ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۸۴)، بر اساس متن تجدیدنظر شده ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی انجمن روان‌پزشکی آمریکا سه زیر نوع اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی شامل نوع کمبود توجه غالب، نوع بیش‌فعالی - تکانشگری غالب و نوع مرکب معرفی شده است (سادوک و سادوک^۶، ۲۰۰۳؛ ترجمه رفیعی و رضاعی، ۱۳۸۷).

انواع متعددی از درمان‌ها سعی در مهار کردن اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی داشته‌اند. بازی‌درمانی، از فنون موفقیت‌آمیزی بوده است که علاوه بر آموزش فنون اداره زندگی به کودک، او را فعالانه درگیر فرآیند درمان می‌کند. ارائه بازی‌درمانی به‌عنوان یک روش درمانی مبتنی بر آن دسته از نظریه‌ها است که بیان می‌کند بازی علاوه بر جنبه فراغتی، تمرینی و وقت‌گذرانی، دارای کارکرد اصلاحی و تغییر رفتار هم هست؛ چراکه کودکان از طریق

-
1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder
 2. Faraone
 3. Froehlich
 4. Li & Lee
 5. Biederman & Faraone-
 6. Sadock and Sadock

بازی، احساسات، ناکامی‌ها و اضطراب‌های خود را بیان می‌کنند (وینر^۱ و همکاران، ۲۰۰۱؛ ترجمه محمد اسماعیل، رحمانی رسا، ۱۳۸۹). بازی افکار درونی کودک را با دنیای خارجی او ارتباط می‌دهد و باعث می‌شود کودک بتواند اشیای خارجی را تحت کنترل خود در آورد. بازی به کودک اجازه می‌دهد تا تجربیات، افکار، احساسات و تمایلاتی را که برای او تهدیدکننده هستند، نشان دهد (وتینگتون و همکاران^۲، ۲۰۰۸).

شافر معتقد است بازی درمانی برای کودکان مزایای متعددی نظیر در هم شکستن مقاومت در کودک، ایجاد لیاقت و توانایی، تفکر خلاق، پالایش، تخلیه هیجانی، ایفای نقش، خیال‌پردازی، آموزش نمادین، ایجاد و ارتقای رابطه و دلبستگی، هیجان مثبت و غلبه بر بهار خواب‌های مربوط به دوران رشد را به همراه دارد (تامپسون و رودلف، ترجمه طهوری ۱۳۸۸). بازی با نقش درمانی خود فرصتی را برای کودک فراهم می‌آورد تا بتواند نگرانی‌ها و ناراضی‌هایش را از محیط تخلیه و عواطفش را بیان کند (احمدی و بنی جمالی، ۱۳۸۵). از سوی دیگر، لندرت (۲۰۰۲) اشاره می‌کند که مشارکت والدین هم در بازی درمانی، آنان را به درک و پذیرشی مطلوب در ارتباط با رفتار کودک دست می‌رساند. علاوه بر این، از جمله روش‌های درمانی که برای اصلاح رفتار کودکان پیشنهاد شده، می‌توان به برنامه درمان ارتباطی والد کودک (CPRT^۳) اشاره کرد که بیانگر آن است چون والدین از ارتباط قوی با کودک برخوردارند، دارای مزیتی بالاتر نسبت به درمانگران هستند، به احتمال زیاد این ارتباط طبیعی و ذاتی بین والد و کودک، کلید اثربخشی بالاتر و نتایج ماندگارتر درمان در روش آموزشی مبتنی بر رابطه والد - کودک است (لندرت، ۲۰۰۶).

والد و کودک از طریق بازی با یکدیگر، شیوه جدیدی از با هم بودن را تجربه می‌کنند که باعث بهبود اعتماد، شادی دوجانبه و شکل‌گیری انعطاف‌پذیری برای ترمیم مشکلات احساسی می‌شود (دروژ^۴، ۱۹۴۸؛ ترجمه رضانی، ۱۳۸۹). بر این اساس، به نظر می‌رسد بازی درمانی مبتنی بر ارتباط والد - کودک به دلیل تمرکز بر کودک، می‌تواند روشی مناسب

-
1. Winner
 2. Wethinton
 3. Children- Parent - Relationship Teaching
 4. Drouze

برای بهبود ارتباط با کودک و کاهش مشکلات رفتاری - هیجانی وی در نظر گرفته شود. این روش از مبانی نظری راجرز گرفته شده است. روش درمانی کارل راجرز موجب تحلیل نظریه ارتباط درمانی و ایجاد درمان غیرمستقیم (بدون رهنمود) را فراهم نمود (لندرت و همکاران^۱، ۲۰۰۶).

در زمینه اثربخشی مداخلات مبتنی بر بازی درمانی بر علائم بیش‌فعالی و کمبود توجه مطالعاتی انجام شده است. از جمله این مطالعات می‌توان به مطالعه کوردیر و همکاران^۲ (۲۰۰۹) اشاره کرد که اثربخشی بازی بر رشد اجتماعی در کودکان دارای اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی را مورد تأیید قرار دادند. جانسون و همکاران^۳ (۲۰۰۰) دریافتند بازی درمانی می‌تواند روابط والد - کودک را در کودکان با اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی بهبود بخشد. کادوسان^۴ (۱۹۹۷) در پژوهشی اثر بازی درمانی فردی را در بهبود رفتارهای بیش‌فعالی و تنظیم رفتارهای هیجانی نشان داد. در پژوهش تسای نیز اثربخشی بازی درمانی بر کاهش علائم کمبود توجه / نشان داده شده است (سعادت، ۱۳۹۰)، نادری و همکاران (۲۰۱۰) هم دریافتند تأثیر بازی درمانی موجب کاهش علائم بیش‌فعالی، کمبود توجه و اضطراب و همچنین افزایش رشد اجتماعی در کودکان می‌شود. بهرامی (۱۳۹۱) در پژوهشی نشان داد انجام بازی‌های تویی و غیر تویی، تأثیر مثبتی بر بهبود نشانه‌های اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی دارد. علاوه بر این، گنجی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی به بررسی تأثیر بازی درمانگری کودک محور بر کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان با اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی پرداختند؛ نتایج پژوهش آنان نشان داد، بازی درمانگری کودک محور را می‌توان در کنار سایر روش‌های درمانی به‌عنوان روشی اثربخش برای کاهش نشانه‌های رفتاری اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی در کودکان به‌کاربرد. تکلوی (۱۳۹۰) نشان داد آموزش بازی درمانی مادران موجب کاهش مشکلات رفتاری در کودکان می‌شود. مصطفوی و همکاران (۱۳۸۹) نشان دادند آموزش بازی درمانی به مادران باعث کاهش

-
1. Landreth & etal
 2. Cordier & etal
 3. Johnson & etal
 4. Kaduson

معنادار مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی می‌شود. جنتیان (۱۳۸۵) در پژوهشی اثربخشی، بازی درمانی بر کاهش شدت علائم بیش فعالی دانش آموزان پسر، نشان داد بازی درمانی باعث کاهش معنادار بیش فعالی و کمبود توجه و نیز خطاهای پاسخ‌دهی و افزایش معنادار زمان پاسخ‌دهی می‌شود.

مرور مطالعات فوق نشانگر آن است که بررسی اثربخشی بازی درمانی به خصوص بازی مشترک - مادر کودک (و نه صرفاً بازی درمانی) در کاهش نشانه‌های کمبود توجه و بیش‌فعالی مورد توجه قرار نگرفته است کما این که این مداخله در مورد کودکان پسر بررسی نشده است. همچنین با توجه به تأثیر مخرب این اختلال بر رشد روان‌شناختی و تکامل کودکان و با توجه به محدود بودن تحقیقات در زمینه‌ی تأثیر بازی درمانی در اختلالات ناشی از بروز آسیب در کودکی، به خصوص عدم وجود مطالعه در مورد بازی درمانی مبتنی بر بازی مشترک مادر - کودک، در کاهش نشانه‌های کمبود توجه و بیش‌فعالی کودکان، در این مطالعه اثربخشی روش بازی درمانی که مبنی بر تعامل مادر - کودک بوده بر کاهش مشکلات کمبود توجه و بیش‌فعالی در کودکان پسر مورد بررسی قرار گرفت.

فرضیه‌های این پژوهش عبارت بودند از:

- ۱- بازی مشترک مادر - کودک باعث کاهش نشانه‌های کمبود توجه در دانش آموزان پسر دوره ابتدایی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری می‌شود.
- ۲- بازی مشترک مادر - کودک باعث کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی در دانش آموزان پسر دوره ابتدایی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری می‌شود.
- ۳- بازی مشترک مادر - کودک باعث کاهش علائم نوع مرکب بیش‌فعالی / کمبود توجه در دانش آموزان پسر دوره ابتدایی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری می‌شود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با گروه آزمایش و کنترل همراه با ارزیابی به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان پسر دوره ابتدایی دارای نمرات بالا در مشکلات رفتاری ایدایی و به‌ویژه نمره بالا در مقیاس مربوط به بیش‌فعالی / کمبود توجه در دبستان‌های شهر اصفهان بود.

نمونه‌گیری این پژوهش در دو مرحله انجام شد؛ در مرحله اول، از بین نواحی پنج‌گانه شهر اصفهان، ناحیه سه و از بین دبستان‌های این ناحیه، چهار دبستان پسرانه به صورت در دسترس انتخاب شدند. در هر مدرسه از بین کلاس‌های پایه اول و دوم چهار کلاس به طور تصادفی انتخاب و سپس کلیه دانش‌آموزان این چهار کلاس ۱۲۳ نفر از جهت داشتن مشکلات رفتاری با استفاده از فرم معلم مقیاس چک‌لیست علائم مرضی کودکان (CSI-4) مورد ارزیابی قرار گرفتند. بر این اساس، تعداد ۳۲ دانش‌آموز دارای نمرات بالای مشکلات رفتاری، به‌ویژه در مقیاس کمبود توجه/بیش‌فعالی انتخاب و با انجام فرم والد CSI-4 و مصاحبه بالینی بر اساس سیستم تشخیصی چند محوری DSM از صحت این تشخیص، اطمینان حاصل شد و آزمودنی‌های فاقد ملاک‌های ورودی شامل عملکرد هوشی حداقل متوسط (بالتر از ۸۵) یا بیشتر در محور دوم سیستم تشخیصی، نداشتن بیماری جسمانی شدید، زندگی با پدر و مادر، محدوده سنی بین ۸-۶ سال انتخاب شدند. سپس، در مرحله دوم، این ۳۲ دانش‌آموز دارای مشکلات رفتاری و بیش‌فعالی / کمبود توجه به طور تصادفی به گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند ($n_1=n_2=16$). برای مادران کودکان گروه آزمایش یک دوره آموزش بازی مشترک با کودک به مدت هشت جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه به صورت هفتگی ارائه شد در حالی که مادران گروه کنترل، در لیست انتظار قرار گرفتند و چنین مداخله‌ای دریافت نکردند.

محتوای این جلسات که بر اساس نظریه‌های بازی‌درمانی و درمان مبتنی بر تعامل مادر - کودک تنظیم شده بود، شامل دو جلسه آموزش به مادران در جهت آشنایی بیشتر با علائم کودک مبتلا و همچنین آموزش مهارت‌هایی در جهت بهبود رابطه والد - فرزندی در منزل بود. علاوه بر این، از جلسه سوم به بعد، برخی از بازی‌ها به والدین آموزش داده ارائه شد که با طور مشترک با فرزند خود انجام دهند. این بازی‌ها بسته به اهداف تحقیق انتخاب شده بود به گونه‌ای که از یک سو ساده و کم‌هزینه بود و از سوی دیگر، بر کاهش علائم مشکلات رفتاری و افزایش مهارت‌های خودکنترلی، تعامل مثبت، توجه، تخلیه هیجان و بهبود ارتباط تأکید داشت. در هر جلسه یک تا سه بازی ارائه و به صورت عملی انجام می‌شد و مادران

موظف بودند در منزل هم تا جلسه بعد حداقل چهار مرتبه این بازی را به طور مشترک با فرزند خود انجام دهند و بسته به سلیقه خود می توانستند آن را تا حدودی تغییر دهند. پس از اتمام دوره آموزش، مجدداً از مادران هر دو گروه آزمایش و کنترل فرم والد CSI-4 به عنوان پس آزمون به عمل آمد و یک ماه پس از آن، ضمن هماهنگی تلفنی با مادران مجدداً پرسشنامه مذکور توسط مادران به عنوان پیگیری تکمیل شد. در نهایت، پس از نمره گذاری تمامی پرسشنامه ها، داده ها وارد نرم افزار آماری اس پی اس اس - ۲۰ شد و با استفاده از روش تحلیل کوواریانس اهداف پژوهش ارزیابی شد. در این تحلیل، عضویت گروهی در دو سطح دریافت و عدم دریافت مداخله به عنوان متغیر مستقل، نمرات پس آزمون و پیگیری نوع کمبود توجه، بیش فعالی و نوع مرکب اختلال ADHD به عنوان متغیرهای وابسته و نمرات پیش آزمون در نوع مذکور به همراه تحصیلات والدین و طبقه اجتماعی - اقتصادی خانواده به عنوان متغیر کنترل لحاظ شدند که البته جهت پرهیز از طولانی شدن جدول های آماری، نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تحصیلات والدین و طبقه اجتماعی - اقتصادی ارائه نمی شود.

ابزار گردآوری داده ها

الف: پرسشنامه علائم مرضی کودکان، (CSI-4): این پرسشنامه از ابزارهای غربالگری رایج برای شایع ترین انواع اختلالات روان پزشکی در کودکان بوده است که عبارات آن بر اساس ملاک های چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) تدوین شده است. با توجه به اهمیت منابع اطلاعات متعدد، این پرسشنامه دارای دو فهرست والدین و معلمان هست. پرسشنامه مرضی کودکان (CSI-4) شامل فهرست علائم ۱۷ اختلال رفتاری و هیجانی از جمله: ۱. اختلال کمبود توجه / بیش فعالی، بی اعتنایی مقابله ای و اختلال سلوک هست (سلیمان نژاد، ۱۳۷۶؛ به نقل از مهزابی، ۱۳۸۴). مطالعات محدودی در زمینه پایایی و اعتبار این پرسشنامه انجام گرفته است از جمله در مطالعه ای که توسط گریسون و کارسون بر روی فرم CSI-3-R آن انجام شد «حساسیت»

آن برای اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی ۰/۷۷ به دست آمد. همچنین گادو و اسپرافکین حساسیت این پرسشنامه در فهرست معلم ۰/۵۸ و ویژگی آن را ۰/۸۳ بدست آوردند، همچنین در تحقیق کلاتری، نشاط دوست و زارعی (۱۳۸۰) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش تصنیف برای فهرست معلمان ۰/۹۱ و برای فهرست والدین ۰/۸۵ محاسبه شد (مهرابی، ۱۳۸۴). همچنین ضریب اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه با فاصله زمانی دو هفته برای اختلال‌های گوناگون در دامنه‌ای از ۰/۲۹ تا ۰/۷۶ برآورد شده است (به نقل از گنجی و همکاران، ۱۳۹۰) از این ابزار در این مطالعه جهت ارزیابی شدت علائم بیش‌فعالی و کمبود توجه استفاده شد.

ب: برگه اطلاعات جمعیت شناختی: به منظور جمع‌آوری اطلاعات فردی و دموگرافیک آزمودنی‌ها، برگه اطلاعات فردی طراحی گردید که در آن جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اجتماعی - اقتصادی خانواده و سایر اطلاعات فردی جهت ترسیم تصویر جمعیت شناختی آزمودنی‌ها تهیه و استفاده گردید.

یافته‌های پژوهش

بررسی نمونه‌های پژوهش نشان داد میانگین سنی آزمودنی‌های گروه آزمایش ۸/۱۲ و گروه کنترل ۸/۰۰ سال بود. همچنین میانگین سن پدرها در گروه آزمایش ۳۶/۴۳ و در گروه کنترل ۳۷/۷۵ و همچنین میانگین سن گروه مادرها در گروه آزمایش ۳۲/۹۳ و گروه کنترل ۳۱/۶۲ بود. همچنین در گروه آزمایش ۴۳/۸٪ و در گروه کنترل ۴۳/۸٪ مادران وضعیت اقتصادی خود را متوسط، ۵۶/۳٪ در گروه آزمایش و ۵۶/۳٪ در گروه کنترل وضعیت اقتصادی خود را خوب گزارش کردند. علاوه بر این، ۲۵٪ پدران گروه آزمایش و ۳۷/۵٪ گروه کنترل دارای تحصیلات دیپلم بودند و ۴۳/۸٪ در گروه آزمایش و ۵۶/۳٪ در گروه کنترل دارای تحصیلات لیسانس بودند. ۶۲/۵٪ مادران گروه آزمایش و ۴۳/۸٪ در گروه کنترل دارای تحصیلات لیسانس و ۱۸/۸٪ در گروه آزمایش و ۱۲/۵٪ در گروه کنترل دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بودند. ۱۸/۸٪ مادران گروه آزمایش و ۶/۳٪ گروه کنترل دارای تحصیلات دکترا بودند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی کمبود توجه / بیش‌فعالی برحسب مرحله و عضویت گروهی

مرحله عضویت گروهی	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایش	کمبود توجه	۱۳/۳۷	۵/۴	۸/۶۸	۳/۷۷	۸/۳۱	۴/۱۱
	بیش‌فعالی	۱۳/۵۶	۴/۲۵	۹/۱۲	۳/۷۰	۸/۸۷	۳/۳۴
	مرکب	۲۶/۹۳	۸/۰۲	۱۷/۸۱	۵/۸۳	۱۷/۱۸	۵/۴۶
گروه کنترل	کمبود توجه	۱۲/۸۷	۴/۲۵	۱۱/۲۵	۴/۲۹	۱۱/۰۶	۴/۰۰
	بیش‌فعالی	۱۳/۸۱	۳/۸۱	۱۱/۶۸	۴/۱۵	۴/۰۹	۱۱/۳۱
	مرکب	۲۶/۶۸	۷/۴۸	۲۲/۹۳	۷/۵۷	۲۲/۳۷	۶/۸۴

همان‌طور که در جدول (۱) مشاهده می‌شود میانگین نمره کمبود توجه آزمودنی‌های گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۱۳/۳۷، در پس‌آزمون ۸/۶۸ و در مرحله پیگیری ۸/۳۱ برای گروه کنترل هم به ترتیب ۱۲/۸۷، ۱۱/۲۵ و ۱۱/۰۶ بود. این میانگین‌ها برای علائم بیش‌فعالی برای گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون ۱۳/۵۶ و در پس‌آزمون ۹/۱۲ و در مرحله پیگیری ۸/۸۷ برای گروه کنترل هم به ترتیب ۱۳/۸۱، ۱۱/۶۸ و ۴/۰۹ بود؛ علاوه بر این میانگین نمره نوع مرکب آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون ۲۶/۹۳، در پس‌آزمون ۱۷/۸۱ و در مرحله پیگیری ۱۷/۱۸ و برای گروه کنترل هم به ترتیب ۲۶/۶۸، ۲۲/۹۳ و ۲۲/۳۷ بود.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس بررسی اثربخشی بازی مادر - کودک بر علائم کمبود توجه / بیش فعالی آزمودنی‌ها برحسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

منبع تغییرات	مرحله	متغیر وابسته	مجموع مجاورات	درجه آزادی	میانگین مجاورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	کمبود توجه	۲۴۳/۸۵	۱	۲۴۳/۸۵	۱۸۰/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۸۷۸	۱/۰۰	
	بیش‌فعالیت	۳۳۴/۲۸	۱	۳۳۴/۲۸	۱۶۱/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۸۶۶	۱/۰۰	
	مربک	۱۱۱۳/۳۹	۱	۱۱۱۳/۳۹	۲۱۶/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۸۹۳	۱/۰۰	
پیش‌آزمونی	کمبود توجه	۲۳۹/۳۴	۱	۲۳۹/۳۴	۱۱۸/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۸۲۵	۱/۰۰	
	بیش‌فعالیت	۳۰۳/۳۴	۱	۳۰۳/۳۴	۱۳۴/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۸۴۴	۱/۰۰	
	نوع مرکب	۹۱۰/۰۳	۱	۹۱۰/۰۳	۱۹/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۸۸۰	۱/۰۰	
عضویت گروهی	کمبود توجه	۴۶/۳۳	۱	۴۶/۳۳	۳۴/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۵۷۹	۱/۰۰	
	بیش‌فعالیت	۲۰/۴۱	۱	۲۰/۴۱	۹/۸۳	۰/۰۰۴	۰/۲۸۲	۰/۸۵۴	

۱/۰۰	۰/۵۵۰	۰/۰۰۱	۳۱/۷۲	۱۶۲/۸۶	۱	۱۶۲/۸۶	تغییر مدرک
۰/۹۹۹	۰/۵۴۲	۰/۰۰۱	۲۹/۵۶	۵۹/۸۷	۱	۵۹/۸۷	کمبود توجه
۰/۷۳۷	۰/۲۲۶	۰/۰۱۲	۷/۲۸	۱۶/۳۹	۱	۱۶/۳۹	تغییر فعالیت
۱/۰۰	۰/۵۸۱	۰/۰۰۱	۳۶/۰۵	۱۷۲/۳۸	۱	۱۷۲/۳۸	تغییر مدرک

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره مندرج در جدول ۲ نشان داد با کنترل رابطه‌های معنادار نمرات پیش‌آزمون با نمرات پس‌آزمون و پیگیری علائم کمبود توجه ($P < 0/05$)، تفاوت میانگین تعدیل‌شده - که این میانگین تعدیل‌شده از کسر اثر نمرات پیش‌آزمون از روی نمرات پس‌آزمون و پیگیری به دست می‌آید - دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($P < 0/05$)؛ لذا فرضیه اول تحقیق تأیید می‌شود و با توجه به میانگین‌های تعدیل‌شده (جدول ۳) دو گروه نتیجه گرفته می‌شود ارائه مداخله بازی مادر کودک باعث کاهش علائم کمبود توجه در آزمودنی‌ها شده است. اندازه اثر نشانگر آن است ارائه مداخله باعث کاهش ۵۷/۹٪ علائم کمبود توجه آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون ۵۴/۲٪ این علائم در مرحله پیگیری شده است.

علاوه بر این، با کنترل رابطه معنادار نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری علائم بیش‌فعالی ($P < 0/05$)، تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده علائم بیش‌فعالی دو گروه آزمایش و کنترل در هر دو مرحله ارزیابی معنادار است ($P < 0/05$). لذا فرضیه دوم تحقیق هم تأیید می‌شود و با توجه به میانگین‌های تعدیل‌شده دو گروه (جدول ۳) و همچنین اندازه اثر مشاهده‌شده، می‌توان نتیجه گرفت ارائه مداخله آموزش بازی مادر - کودک باعث کاهش

۲۸/۲٪ علائم بیش‌فعالی آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون و ۲۲/۶٪ این علائم در مرحله پیگیری شده است. توان آماری ۱۰۰٪ در ارزیابی هر دو فرضیه هم‌حاکمی از دقت آماری بسیار بالا و کفایت حجم نمونه برای ارزیابی این فرضیه‌ها هست.

علاوه بر این با کنترل رابطه معنادار نمرات پس‌آزمون و پیگیری نوع مرکب بیش‌فعالی ($P < 0/05$)، میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات نوع مرکب بیش‌فعالی دو گروه کنترل و آزمایش هم‌از لحاظ آماری معنی‌دار بود. با توجه به اندازه اثر مشاهده‌شده و میانگین‌های تعدیل‌شده‌ی دو گروه، مندرج در (جدول ۳)، نتیجه گرفته می‌شود ارائه مداخله آموزش بازی مشترک مادر - کودک باعث کاهش ۵۵٪ علائم نوع مرکب در مرحله پس‌آزمون می‌شود و این تأثیر در مرحله پیگیری به ۵۸/۱٪ افزایش پیدا می‌کند. توان آماری این آزمون هم‌دقت آماری بالا و کفایت حجم نمونه را برای ارزیابی این فرضیه نشان می‌دهد.

جدول ۳. میانگین‌های تعدیل‌شده علائم کمبود توجه و بیش‌فعالی آزمودنی‌ها برحسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

عضویت گروهی	مرحله	پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد		میانگین
گروه آزمایش	کمبود توجه	۸/۶۱	۳/۱۰	۸/۱۴	۰/۴
	بیش‌فعالی	۹/۵۰	۰/۴	۹/۲۸	۰/۴
	مرکب	۱۷/۸۹	۰/۶	۱۷/۲۳	۰/۶
گروه کنترل	کمبود توجه	۱۱/۳۲	۳/۱۰	۱۱/۲۳	۰/۴
	بیش‌فعالی	۱۱/۳۰	۰/۴	۱۰/۹۰	۰/۴
	مرکب	۲۲/۸۶	۰/۶	۲۲/۳۴	۰/۶

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش بازی مشترک مادر کودک بر شدت علائم کمبود توجه و بیش‌فعالی در دانش‌آموزان پسر دارای مشکلات رفتاری شهر اصفهان بود. نتایج نشان داد آموزش بازی مشترک مادر - کودک باعث کاهش علائم کمبود توجه و بیش‌فعالی در آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شد. در واقع اثربخشی درمان مبتنی بر رابطه والد - کودک مورد بررسی قرار گرفته و نتایج این تحقیقات کاهش معناداری را در برخی از مشکلات رفتاری کودکان نشان داده است. بنابراین یافته‌های این پژوهش با نتایج تحقیقات کوردیر (۲۰۰۹)، جانسون و همکاران (۲۰۰۰)، نادری و همکاران (۲۰۱۰)، بهرامی (۱۳۹۱)، گنجی و همکاران (۱۳۹۰)، تکلوی (۱۳۹۰)، مصطفوی و همکاران (۱۳۸۹) و جنتیان (۱۳۸۵) همخوانی دارد.

اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی با مشکل در بازداری پاسخ، خودکنترلی و نقص در کنش اجرایی همراه است که بر توانایی کودکان در توجه کردن، پیروی از قواعد و انجام تکلیف‌های شناختی که در موفقیت تحصیلی اهمیت دارند، اثر قابل توجهی بر جای می‌گذارد (بارکلی^۱، ۱۹۹۸؛ بارکلی، ۲۰۰۸، بارکلی و همکاران، ۱۹۹۷). بر این اساس، در این پژوهش اثربخشی بازی مشترک مادر - کودک را بر شدت علائم کمبود توجه و بیش‌فعالی در دانش‌آموزان پسر مورد بررسی قرار گرفت. علی‌رغم اینکه بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد - کودک هنوز تأثیر خود را در شرایط بومی کشور ما آشکار نساخته است، جایگزینی والدین به‌عنوان درمانگر و استفاده از ارتباط عاطفی موجود بین والد و کودک در جهت درمان، به متخصصین کمک می‌کند تا به نتایج مطلوبی دست پیدا کنند؛ چراکه عواطف حاکم بر ارتباطات والد - کودک، پدیده‌ای ذاتی و فارغ از نژاد، ملیت و قومیت است.

به نظر می‌رسد فعالیت مشترک مادر - کودک به‌صورت بازی آن‌هم بازی‌های جهت‌دار و ساخت یافته که دارای اهداف روانی - آموزشی مشخص هست، مزیت‌های مختلفی را برای کودک دارای علائم بیش‌فعالی / کمبود توجه به همراه دارد، اولین مزیت آن جهت‌دادن انرژی کودک است؛ به‌گونه‌ای که سطوح زیادی از این انرژی سیال و فعال دوران کودکی

به سمت فعالیت‌های مبتنی بر بازی خاصی سوق داده می‌شود و قاعدتاً این انرژی کمتر به سمت فعالیت‌های دیگر می‌رود که مثلاً از جانب مادر یا اعضا خانواده می‌تواند مخرب یا تنش‌زا محسوب شود.

علاوه بر این که انجام بازی مشترک باعث جهت دادن انرژی کودک می‌شود، باعث می‌شود مجموعه رفتارهای منفی کودک هم کاهش پیدا کند؛ چون از یک طرف زمان‌های مشخصی از کودک در طول روز صرف بازی می‌شود از سوی دیگر کودک با بازی‌های جالب و آموزنده‌ای آشنا و درگیر می‌شود که جایگزین رفتارهای منفی قبلی می‌شود این جایگزینی بازی به جای رفتارهای منفی قبلی، خودبه‌خود مزیت دیگری از بازی مادر - کودک را مشخص می‌کند؛ وقتی کودک رفتارهای منفی کمتری انجام می‌دهد و زمان‌هایی از روز را صرف بازی‌های خاص و غیر مخرب می‌کند. از یک سو توجه مثبت مادر بر رفتارهای مثبت کودک افزایش یابد و از سوی دیگر یا تنش و استرس مادر و دیگر اعضای خانواده ناشی از رفتارهای مخرب کودک کاهش می‌یابد. علاوه بر این، ساخت یافته بودن و هدف‌دار بودن بازی‌ها می‌تواند به صورت آگاهانه یا ناآگاهانه به بهبود تمرکز کودک منجر شود که قاعدتاً کمبود توجه را به همراه دارد.

در واقع آموزش بازی مشترک مادر - کودک از آن جهت می‌تواند موجب کاهش علائم مشکلات رفتاری شود که می‌تواند با تمرین و انجام مداوم بر کارکردهای اجرایی تأثیر گذارد. دوست و گوایر^۱ (۲۰۰۴) هم تصریح می‌کنند که می‌توان کارکردهای اجرایی توانایی اصلاح و افزایش تفکر قبل از عمل و بهبود مدیریت هیجانی را دارا هست علاوه بر این، می‌تواند انعطاف‌پذیری کودک را افزایش داده و به تبع آن کارکردهای اجرایی کودک بیش فعال را افزایش دهد و در نتیجه مشکلات رفتاری عاطفی کودک را هم کاهش دهد.

انجام این بازی به صورت مشترک با مادر مزیت‌های دیگری را به همراه دارد که یکی از پیامدهای مثبت آن، کاهش رفتارهای بیش‌فعالانه و مبتنی بر کمبود توجه است؛ مثلاً همراهی مادر کودک موجب افزایش صمیمیت مادر با کودک می‌شود؛ و مادر در کی جدید از رفتار کودک پیدا می‌کند؛ کما این که در جلسات اولیه آموزش هم در مورد شرایط کلی این

1. Dawson & Guare

کودکان و کودکان دارای مشکلات رفتاری آموزش‌هایی به مادران ارائه شد و در کنار این مؤلفه‌ها انجام دادن مرتب این مجموعه بازی‌ها با مشارکت مادر و کودک، هم تمرین عملی برای کودک جهت مدیریت انرژی خود و بهبود تمرکز خود است و هم فرآیندی است عملی جهت بهبود و اصلاح فرزندپروری برای مادر که مادر یاد می‌گیرد چگونه با فرزندش رفتار کند و به چه رفتاری کمتر یا بیشتر تأکید کند. این گونه فعالیت‌های بازی مدارانه تنش و سطوحی از اضطراب بچه را کاهش می‌دهد و این مسئله هم به نوبه خود به بهبود تمرکز کودک می‌انجامد.

درواقع از این بازی مشترک مادر - کودک به عنوان یک شیوه عملی، در دسترس و کم‌هزینه می‌توان جهت کاهش علائم بیش‌فعالی / کمبود توجه استفاده کرد و آن را به مادران و حتی پدران و دیگر اعضای خانواده نیز آموزش داد تا خودشان در قالب مجموعه فعالیت‌های خوشایندی به نام بازی به اصلاح رفتار کودک مبتلا پردازند. همچنین به نظر می‌رسد که با اندکی تغییرات در فرآیند آموزش، مریبان مهد کودک و حتی مشاوران مدارس ابتدایی نیز می‌توانند از این شیوه‌ی مبتنی بر بازی‌درمانی مشارکتی جهت اصلاح رفتار این کودکان استفاده کنند. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود حتی در مراکز آموزشی - تفریحی که برای کودکان طراحی می‌شود، این گونه فعالیت‌ها یا با مشارکت مادر و یا مریبان دیگر انجام پذیرد.

همچنین در این پژوهش میانگین‌های بعضی قسمت‌ها از جمله: بیش‌فعالی - در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون در گروه کنترل نیز کاهش داشت در تبیین این مسئله می‌توان گفت که کاهش نمره گروه کنترل ممکن است ناشی از اثر انتشار باشد به این معنی که وقتی آزمودنی‌های دو گروه در یک مکان مشترک باشند و بین آن‌ها ارتباط وجود داشته باشد ناخواسته ممکن است آزمودنی‌های گروه آزمایش دربارہ راهکارهای مطرح‌شده در جلسات آموزشی اطلاعاتی را در اختیار آزمودنی‌های گروه کنترل قرار داده باشند. بخصوص که این جلسات با حضور مادران انجام شد و بالطبع بین مادران این دانش‌آموزان ارتباط وجود داشته است. همچنین ممکن است علت این کاهش نمره در گروه کنترل به خاطر اندازه‌گیری‌های مکرر باشد چون آزمودنی‌های گروه کنترل ۳ بار به این ابزار سنجش

پاسخ داده‌اند لذا از اهداف این ابزار آگاهی پیدا کرده و در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به نحو مطلوبی به سؤالات آن پاسخ داده‌اند.

البته به نظر می‌رسد می‌تواند مطالعات بعدی اثربخش این مداخله را در مقایسه با سایر رویکردهای درمانی خصوصاً دارودرمانی صرف، بازی‌درمانی، آموزش والدین بر مبنای فرزند پروری مثبت^۱ (3P) و سایر روش‌های درمانی مطرح برای بیش‌فعالی مورد بررسی قرار دهند کما این‌که می‌تواند اثربخشی این مداخله بر دختران بیش‌فعال هم مورد بررسی قرار گیرد و تأثیر حضور و مشارکت سایر همشیرها نیز در زمان ارائه مداخله بررسی شود.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس؛ نریمانی، محمد و کیامرثی، آذر. (۱۳۸۴). بررسی میزان شیوع و هم‌ابتلائی اختلال‌های رفتاری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی و ارتباط آن با پیشرفت تحصیلی، *مجله علم و فناوری*، ۴(۳): ۱۹-۱۴.
- احدی، حسن و بنی‌جمالی، شکوه‌السادات. (۱۳۸۵). *روان‌شناسی رشد*، تهران: انتشارات پردیس.
- بهرامی، علیرضا. (۱۳۹۱). اثربخشی بازی‌های توپی- غیر توپی بر کاهش نشانگان اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی دانش‌آموزان پسر ۹-۱۱ ساله شهر اراک، *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*: ۱۵(۵)، ۹-۱.
- تامپسون، چارلز و رودلف، لیندا. (۱۳۸۸). *مشاوره با کودکان*، ترجمه جواد طهوریان تهران: انتشارات رشد. (۱۳۸۸)
- تک‌لوی، سمیه. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش بازی‌درمانی مادران بر مشکلات رفتاری کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری، *فصلنامه ناتوانی‌های یادگیری* ۱(۱): ۵۹-۴۴.
- جنتیان، سیما؛ نوری، ابوالقاسم؛ شفتی، سید عباس؛ مولوی، حسین و سماواتیان، حسین. (۱۳۸۷). اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری بر شدت علائم اختلال

- کاستی توجه و بیش‌فعالی در دانش‌آموزان پسر نه تا یازده سال. تهران: تحقیقات علوم رفتاری ۲(۶): ۱۱۹-۱۰۹.
- درواز، آتنا. (۱۹۴۸). ترکیب بازی‌درمانی با رفتاردرمانی شناختی، ترجمه: غزال رضانی (۱۳۸۹)، تهران: انتشارات و انیا.
- سعادت، مهرناز. (۱۳۹۰). کدام یک از نشانه‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی با مداخله‌های یوگا و بازی‌درمانی تغییر می‌کند؟ فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی؛ ۱۱ (۱): ۴۵-۵۶.
- سادوک، ویرجینا؛ سادوک، بنیامین. (۲۰۰۳). خلاصه روان‌پزشکی بالینی، جلد سوم؛ ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضاعی (۱۳۸۷)، تهران: انتشارات ارجمند.
- مهرابی، حسینعلی. (۱۳۸۴). بررسی میزان و نوع اختلالات رفتاری در کودکان ۶-۱۱ ساله مدارس ابتدایی شهر اصفهان، سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان: شورای تحقیقات.
- کلانتری، مهرداد؛ نشاط دوست، حمید و زارعی، محمدباقر. (۱۳۸۰). تأثیر آموزش رفتاری والدین و دارو درمانگری بر میزان علائم فزون‌کنشی کودکان مبتلابه اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی. مجله روانشناسی ۵(۲): ۱۱۸-۱۳۵.
- گنجی، کامران؛ ذبیحی، رزیتا؛ خدابخش، روشنگر؛ کراسکیان، آدیس. (۱۳۹۰). تأثیر بازی درمانگری کودک محور بر کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی، روان‌شناسی بالینی ۳(۴): ۲۵-۱۵.
- مصطفوی، سعیده سادات؛ شعیری، محمد رضا؛ اصغری مقدم، محمدعلی و محمودی قرایی، جواد. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد - کودک به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان، روان‌شناسی معاصر ۵(ویژه‌نامه): ۷۱۲-۷۱۰.
- نجفی، محمود؛ فولادچنگ، محبوبه؛ علیزاده، حمید و محمدی فر، محمدعلی. (۱۳۸۸). میزان شیوع اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان دبستانی، پژوهش در حیطه کودکان استثنایی ۹(۳): ۲۵۴-۲۳۹.

وینر، کارن گیلتن، ساندگراند آلیس و شافر، چالز (۲۰۰۱). *بازی کودکان*، ترجمه الهه محمد اسماعیل و امیر رحمانی رسا (۱۳۸۹). تهران، انتشارات دانژه.

- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of selfcontro*, New York: The Guilford Press;
- Barkley R .A. (1998). *Attention-deficitl hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford.
- Barkley, R. A, Murphy K .R, Fischer M. (2008). *ADHD in adults: what the science says*: New York: The Guilford Press.
- Biederman, J, Faraone S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*; 366(9481): 237-48.
- Cordier, R, Bundy A, Hocking C, Einfeld S. (2009). A model for play-based intervention for children with ADHD. *Astralian Occup Ther J.* (56): 332-340.
- Dawson, P & Guare, S. (2004). *Executive skills in children & adolescents*, New York: Guilford Press.
- Faraone, S. V, Sergeant, J, Gillberg, C, & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, 2(4) 104-113.
- Froehlich, T. E. Lanphear, B. P. Epstein, J. N. Barbaresi, W. J. Katusic, S. K. & Kahn, R. S. (2007). prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161, 857-864.
- Johnson B D, Franklin LC, Hall K, Prieto LR. (2000). Parent training through play: Parent-child interaction therapy with a hyperactive child. *The Family J Couns and Ther for Couples and Fam.* (2): 180-186.
- Kaduson, H. (1997). Play therapy for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. In H.Kaduson, D. Cangelosi, & C. Schaefer (Eds.), *The Playing Cure: Individualized play therapy for specific childhood problems*. 197-227.
- Landreth, G. L. (2006). *Child-Parent-Relationship(C-P-R) therapy: a 10 session Filial Therapy Model*.
- Li, J, & Lee, S. S. (2012). Association of Positive and Negative Parenting Behavior with Childhood ADHD: Interaction with Offspring Monoamine Oxidase A (MAO-A) Genotype. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40: 165-175.
- Naderi, F, Heidari, L, Bouron, P & Asgari, A. (2010). The efficacy of play therapy on ADHD, Anxiety and social maturity in 8 to 12 years aged clientele children of ahvaz metropolitan counseling clinics, *Applied Sciences*,10: 189-195.



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