

«فصلنامه آموزش و ارزشیابی»
سال ششم - شماره ۲۲ - تابستان ۱۳۹۲
ص. ص. ۲۷-۴۳

اثربخشی بازی درمانی کوتاه مدت ساختاری بر علایم اختلال نقص توجه- بیش فعالی کودکان پیش دبستانی (۶ ساله)

دکتر نعیمه محب^۱
شاهرخ امیری^۲
عاطفه بهروش^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۰۱/۱۹
تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۳۹۱/۰۹/۰۸

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر بازی درمانی کوتاه مدت ساختاری بر کنترل علایم اختلال نقص توجه-بیش فعالی^۴ (ADHD) در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش فعالی پیش دبستانی انجام گرفته است. روش پژوهش شبه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون بوده است. جامعه آماری شامل کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش فعالی که به مرکز درمانی بزرگمهر مراجعه کرده بودند با استفاده از نمونه گیری در دسترس ۳۰ کودک به طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده، آزمون CSI-4 (اسپیرافکین و گادو، ۱۹۸۴)، فرم والد-معلم و مقیاس ADHD rating scale IV فرم والدین می باشد. داده های بدست آمده از دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس تک متغیره و آزمون من ویتنی یو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که بر اساس ارزیابی فرم والد-معلم، بازی درمانی کوتاه مدت ساختاری، باعث کاهش معنادار علایم نقص توجه و بیش فعالی در آزمودنی های گروه آزمایش، نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون شده است ($P < 0.001$).

واژگان کلیدی: اختلال نقص توجه / بیش فعالی، بازی درمانی کوتاه مدت ساختاری، کنترل علایم.

۱- دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، گروه روانشناسی، تبریز، ایران.
۲- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۳- روانشناس

مقدمه:

اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی، اختلالی عصبی رشدی است که با سه ویژگی اصلی یعنی نقص توجه / بیش‌فعالی و تکانش‌گری توصیف می‌شود و بر ۳ تا ۷ درصد از کودکان اثر می‌گذارد، از شایع‌ترین اختلالات رفتاری - هیجانی دوران کودکی به شمار می‌آید. شیوع آن در پسران چهار برابر دختران بوده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی پیش از ۵ سالگی (سازمان بهداشت جهانی) یا ۷ سالگی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) تعیین کرده‌اند ولی با این حال تعیین سن برای این اختلال کار دشواری است چرا که یافته‌های پژوهش نشان داده‌اند که گاهی ممکن است این اختلال بعد از سنین یاد شده تشخیص داده شود و از این رو می‌توان نتیجه گرفت که تأکید بر ملاک قرار دادن سن ۷ سال در تشخیص، کاربردی ندارد (علیزاده، ۱۳۸۴). به دلیل شیوع چشمگیر این اختلال در کودکان، و احتمال تداوم آن در دوران نوجوانی و بزرگسالی (فیشر^۲، ۱۹۹۷) توجهات نظری و پژوهشی دامنه‌داری در جهت سبب‌شناسی و درمان آن در طی چند دهه گذشته به عمل آمده است (فاراوان^۳ و بیدرمن، ۲۰۰۵). علاوه بر این در چشم‌اندازهای نظری و پژوهشی بر نقش چندگانه علل زیستی، عصبی و محیطی و روانشناسی توجه ویژه شده است، به نحوی که این اختلال، از جمله اختلالاتی است که دیدگاه‌های نظری متنوعی را به خود اختصاص داده است (بارکلی^۴، ۱۹۹۷).

هر چند که در طی سه دهه اخیر روش‌های درمانی متنوعی برای رویارویی نشانه‌های این اختلال، به منصفه ظهور رسیده است (کاپلان- سادوک، ۱۳۸۸)، لیکن امروزه، روش درمانی منحصر بفردی برای مواجهه بهینه با این اختلال ابداع نشده است (راپورت^۵، ۲۰۰۱). اساساً در شکل‌گیری، تداوم و تشدید و تضعیف نشانه‌های آن عوامل چندگانه دخیل‌اند (کراتوچویل، ۱۳۸۴). یکی از روش‌های مؤثر دیگر برای کاهش علائم نقص توجه / بیش‌فعالی، استفاده از بازی‌درمانی که یک وسیله ضروری برای متخصصان سلامت روانی است که با کودکان سرو کار دارند رویکرد بازی‌درمانی یک زبان ارتباطی برای کودکان است. بازی‌درمانی به عنوان یک ارتباط بین فردی پویا بین کودک و یک درمانگر آموزش دیده در فرایند بازی‌درمانی توصیف می‌شود که رشد یک ارتباط امن را برای کودک تسهیل می‌نماید تا کودک به طور کامل خود را بیان کند (رای^۶، ۲۰۰۴). از طریق بازی‌درمانی کودک می‌تواند مهارت‌های مهار خود را بهتر فرا گیرد (پورتر، هرنازوزو جسی^۷، ۲۰۰۷).

بازی‌درمانی روشی است که به وسیله آن، ابزارهای طبیعی بیان حالت کودک، یعنی بازی، به عنوان متد

1- American Psychiatric Association

2- Fischer

3- Faraone

4- Barkley

5- Rapport

6- Ray

7- Porter, Hernandez, Jessee

درمانی وی به کار گرفته می‌شود تا به کودک کمک کند فشارهای احساسی خویش را تحت کنترل قرار دهد. هر چند کاربردهای بازی درمانی برای کودکان مشکل‌دار در مقالات مختلف مورد تأکید قرار گرفته است ولی اندازه‌گیری رفتارهای مشکل‌دار، هدف و تظاهرات تغییر آن به ندرت گزارش شده است. بازی درمانی در درمان اختلالات و مشکلات کودکان مثل افسردگی، مشکلات رفتاری که ریشه اضطراب دارند، نقص توجه / بیش‌فعالی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، پرخاشگری، شب ادراری، ناخن جویدن و... استفاده و در بسیاری از موارد مؤثر ارزیابی شده است (هانسر، میسلر و اووز^۱، ۲۰۰۰). کادوسان (۲۰۰۰) بازی درمانی کوتاه مدت ساختاری را برای کودکان نقص توجه/بیش فعال مورد بررسی قرار داد و معتقد است مشکلات شناختی و رفتاری دوران کودکی که به عنوان اختلالات توجه، تکانش‌گری و بیش‌فعالی طبقه‌بندی شده، برای بازی درمانگر چالش ایجاد می‌کند. رویکرد کوتاه مدت ساختاری ترکیبی از فنون مختلف با رویکرد چند وجهی است که درمان ممکن را برای کودک دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی ارایه می‌کند. این رویکرد چند وجهی مستلزم آموزش والدین در ارتباط با واقعیت‌های مربوط به اختلال بیش‌فعالی و پیش‌آگهی دادن در حد امکان، آموزش والدین به طور هفتگی، ارجاع به پزشک در صورت لزوم، مداخله در کلاس، آموزش مهارت‌های اجتماعی و بازی درمانی انفرادی است. این رویکردها به کودک کمک می‌کند تا کنترل اختلال و ایجاد مهارت‌های مقابله با این مشکلات را در دست خود بگیرد. در این رویکرد، والدین کودک، همکار درمانگر می‌شوند و هنگام اتمام مداخله کوتاه مدت قادر به ادامه درمان هستند والدین باید به خاطر اهمیت مشارکت‌شان آموزش ببینند (کادوسان، ۲۰۰۰).

تحقیق رای، شاتل کورب و تسای^۲ (۲۰۰۷) در بررسی بازی درمانی بر کودکان ADHD نشان می‌دهد بواسطه مداخله بازی درمانی سطح ناراحتی و مشکلات هیجانی از قبیل اضطراب و افسردگی کاهش یافته است و خود آگاهی، خود کار آمدی و پذیرش اجتماعی در کودکان مبتلا افزایش یافته است. طبق یافته کادوسان و فینرتی^۳ (۱۹۹۵) بازی‌های خود کنترلی، راهبردی و بازخوردی بر کنترل تکانه و افزایش توجه و مهارت‌های اجتماعی تأثیر مثبت داشته است. بلین^۴ (۱۹۹۹) نشان داد که بازی درمانی بر کاهش رفتارهای تکانشی و بهبود عزت نفس مؤثر است. در پژوهش شاتل کورب و رای (۲۰۰۹) تأثیر بازی درمانی کودک محور را در کاهش نشانگان نقص توجه/بیش‌فعالی مؤثر گزارش شده است.

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بازی درمانی کوتاه مدت ساختاری بر کودکان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بود و با توجه به تأثیرات بازی درمانی بر اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی می‌توان بازی درمانی را به عنوان روش مکمل و ترکیب با دارو درمانی در درمان کودکان یاد شده به کار گرفت. با آموزش آن به خانواده‌ها، به درمان این کودکان سرعت بخشید. بر این اساس پژوهش حاضر دنبال این مسأله

1- Hanser, Meissler, Ovevs
2- Ray, Schettkorb, Tasi
3- kaduson& Finnerty
4- Blinn

می‌باشد که تأثیر بازی‌درمانی کوتاه مدت ساختاری بر کاهش علائم ADHD مورد استفاده قرار گرفته است.

روش و جامعه آماری

پژوهش حاضر به روش نیمه تجربی و از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری در پژوهش حاضر کلیه کودکان ADHD مقطع پیش‌دبستانی تبریز در سال ۱۳۹۰ می‌باشد که جهت درمان دارویی به روانپزشک مراجعه کرده‌اند.

نمونه آماری و روش نمونه‌گیری

برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس و از کلینیک روانپزشکی کودک و نوجوان بزرگمهر وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی دانشگاه تبریز صورت گرفت. حجم نمونه پژوهشی شامل ۳۰ کودک ADHD مقطع پیش‌دبستانی بودند که بصورت تصادفی و با توجه به جنسیت در یکی از دو گروه (۱۵ نفر گروه آزمایشی و ۱۵ نفر کنترل) جایگزین شدند. در هر گروه تعداد ۶ نفر (۴۰ درصد) دختر و ۹ نفر (۶۰ درصد) پسر حضور داشتند. میانگین سنی آزمودنی‌ها در گروه آزمایشی ۶/۱۴ سال سن با انحراف معیار ۰/۲۴ و در گروه کنترل ۶/۲۳ با انحراف معیار ۰/۳۱ بودند.

معیارهای ورود

تشخیص قطعی ابتلا به ADHD با نظر روانپزشک؛ نداشتن سابقه تشخیص قبلی ADHD و درمان دارویی / مداخلات روانی؛ همه آزمودنی‌ها تحت درمان دارویی (ریتالین) قرار داشتند؛ اعلام رضایت کتبی جهت شرکت در تحقیق و همراهی آنان در مراحل بازی‌درمانی از معیارهای ورود آزمودنی‌ها بودند.

ابزارهای پژوهشی

آزمون علائم مرضی کودکان فرم والدین و معلم^۱ (CSI-4): این مقیاس در سال ۱۹۸۴ توسط اسپیرافکین و گادو براساس طبقه‌بندی DSM-III به منظور غربال اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان سنین ۱۲-۵ سال طراحی شد و در سال ۱۹۹۴ هم‌زمان با چاپ چهارم DSM-IV مورد تجدید نظر قرار گرفت این پرسشنامه دارای دو فرم والد - معلم است که بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت پاسخ داده می‌شود. فرم والدین دارای ۹۷ سؤال است به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی تنظیم شده و فرم معلم دارای ۸۷ سؤال است که جهت غربال ۱۳ اختلال رفتاری و هیجانی طراحی شده است. ۱۸ ماده اول این پرسش نامه مربوط به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی است که مواد اول تا نهم آن علایم نه گانه بی توجهی و مواد ۱۰ تا ۱۸ آن علایم نه گانه بیش‌فعالی - تکانشگری را ارزیابی می‌کند. در این راستا اسپیرافکین و گادو(به نقل از محمد اسماعیل، ۱۳۸۱). در مطالعه ای بر روی ۳۶ کودک مبتلا به اختلالات هیجانی پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آزمون مجدد حدود ۷۰٪ تا ۸۰٪ بر آورد

کرده‌اند. در جهت مطالعه اعتبار و پایایی این آزمون نشان داده که خرده مقیاس‌های این آزمون از شاخص‌های روان سنجی قابل اطمینانی برای اندازه‌گیری نشانه‌های نقص توجه/ بیش‌فعالی برخوردار است. علاوه بر این، روایی این آزمون بر حسب تحقیقات مربوط به روایی محتوا، مناسب گزارش شده است بطوریکه روایی برای هر دو فرم والد و معلم به ترتیب ۹۰٪ و ۹۳٪ برآورد شده است. در این پژوهش از دو فرم والد- معلم استفاده شده است.

مقیاس درجه‌بندی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی^۱: دوپل و همکاران (به نقل از علیزاده، ۱۳۸۳) گزارش می‌کنند که برای ساختن این مقیاس ۴۰۰۹ کودک و نوجوان در محدوده سنی ۴ الی ۱۹ سال مورد مطالعه قرار گرفتند. در این مقیاس ۱۸ نشانه از نشانه‌های اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی آورده شده است که به طور مستقیم از راهنمایی تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی گرفته شده‌اند. سؤالات آن بر اساس مقیاس ۴ نمره ای لیکرت نمره داده می‌شوند و نمره بیشتر نشان دهنده شدت بیشتر این اختلال است. دارای دو فرم والدین و معلم می‌باشد. نتایج بررسی‌ها نشان داده است که اطلاعات بدست آمده از این آزمون بسیار معتبر است. به طوریکه اعتبار و پایایی آن بالاتر از ۷۵٪ محاسبه شده است (دوپل، پاور، آناستاپولوس و راید^۲، ۱۹۹۸) در این پژوهش از فرم والدین استفاده شده است.

طرح بازی درمانی کوتاه مدت ساختاری: بازی درمانی کوتاه مدت ساختاری، مشتمل بر ۱۰ جلسه، هفته‌ای یکبار به مدت تقریباً یک ساعت به طور انفرادی صورت می‌گیرد، فنون این رویکرد درمانی: آموزش والدین، آموزش مهارت‌های اجتماعی، مداخله در کلاس و بازی درمانی انفرادی. تکنیک‌هایی که در برنامه حاضر ارائه شده اند بر اساس سه ملاک اساسی گزینش شده‌اند:

- ۱- جامع‌الشرایط بودن به لحاظ درگیر کردن کودک از بابت حسی، حرکتی، تخیلی و خوشایند بودن.
- ۲- تأکید و مناسب بودن این تکنیک‌ها برای کودکان ۴ تا ۱۲ سال.
- ۳- جذابیت و راحتی بکارگیری و ارزان بودن این بازی‌ها.

از بازی‌های استفاده شده در این طرح، به عنوان نمونه می‌توان به بازی‌های زیر اشاره کرد: قالیچه سحرآمیز: درمانگر و کودک بر روی قالیچه به مدت ۵ الی ۱۰ دقیقه سوار می‌شوند و فعالیتی بر روی آن صورت می‌گیرد (به عنوان مثال کتاب خوانی، نقاشی کردن).

1- ADHD Rating Scale IV

2- Dupaul, Power, Anastopoulos, Reid

زنگ ساعت: درمانگر به توضیح فرآیند بازی برای کودک می‌پردازد. "ما می‌خواهیم بازی زنگ ساعت را انجام بدهیم." من به تو تعدادی مکعب می‌دهم و یک ساعت تنظیم شده، کودک به مدت ۲ دقیقه مشغول فعالیتی (نقاشی یا برج سازی)، بدون نگاه کردن به بالا و بدون توجه به هر چیز دیگر، اگر کودک این بازی را انجام داد ۱۰ ژتون اضافه بدست می‌آورد. اگر فعالیتی غیر از کار مورد نظر انجام دهد یک ژتون از او گرفته می‌شود. بعد از انجام بازی (سه مرتبه) اگر توانست ۲۵ ژتون جمع کند (با داشتن ۵ اشتباه) می‌تواند از جعبه گنج جایزه بردارد.

بازی با کلمات احساسی: در ابتداء درمانگر بازی را برای کودک توضیح می‌دهد. درمانگر از کودک می‌خواهد احساساتی که می‌تواند داشته باشد را به او بگوید و درمانگر آنها را در کاغذها نقاشی می‌کند (خوشحالی، ناراحتی، عصبانی، گریه کردن و تعجب کردن). سپس آنها روی میز چیده می‌شود و درمانگر شروع به گفتن قصه می‌کند و هر بار که یکی از این احساسات مطرح شد کودک ژتونی بر روی کاغذ مرتبط با آن احساس می‌گذارد. بعد از اینکه درمانگر داستان را تمام کرد کودک داستانی را تعریف می‌کند و ژتون‌ها بر روی احساسات توسط درمانگر و کودک گذاشته می‌شود.

بازی حرکات آهسته: ابتدا درمانگر مقدمه‌ای در مورد شیوه کنترل رفتار خود در حرکات سریع مطرح می‌کند. سپس از کودک خواسته می‌شود تا یک حرکت سریع انجام دهد که مطمئن شویم منظور ما را متوجه شده است. سپس درمانگر به وسیله ساعت زمان را نگه می‌دارد. بر روی میز تعدادی کارت وارونه قرار داده می‌شود که پشت هر کدام انجام یک فعالیت می‌باشد، مثلاً توپ‌بازی، غذا خوردن و... سپس کودک یک کارت را انتخاب کرده و به صورت آهسته آن حرکت را نمایش می‌دهد. درمانگر هر ۱۰ ثانیه یک بار زمان را به کودک گزارش می‌دهد و بعد از یک دقیقه و پایان زمان را به کودک اعلام می‌کند. در نوبت بعدی کودک همان بازی را در دو دقیقه نمایش می‌دهد و در صورت موفقیت جایزه‌ای دریافت می‌کند.

بازی حباب سازی: درمانگر در اتاق شروع به ساختن حباب می‌کند، اغلب کودکان با دیدن حباب شروع به ترکاندن آن می‌کنند. سپس یک حباب ساز در اختیار کودک قرار داده می‌شود و کودک شروع به ساختن حباب می‌کند. بعد از کودک خواسته می‌شود که حباب‌های بزرگ درست کند با توضیح بر اینکه با کشیدن نفس‌های عمیق در درون سینه و شکم و آهسته رها کردن می‌توان حباب بزرگ ساخت. با این عمل درمانگر به کودک توضیح می‌دهد وقتی عصبانی یا مضطرب است، مغز به هوای بیشتری نیاز دارد اما ریه‌ها در آن موقع به خوبی کار نمی‌کنند. چنانچه بطور عمیق نفس بکشد مغز به قلب دستور می‌دهد آرامتر بطپد و ریه‌ها بهتر کار کنند و همین طور در موقع عصبانیت نفس‌های عمیق (همانند حباب سازی بزرگ) در فروکش کردن آن کم می‌کند.

طرح بکار رفته در این پژوهش محقق ساخته بوده و بر گرفته از منابع زیر می‌باشد: (کادوسان، ۱۳۸۸، کادوسان، ۲۰۰۰، محمد اسماعیل، ۱۳۸۹).

| برنامه بازی مداخله درمانی ساختاری با توجه به محتوای جلسات آموزشی | | |
|--|--|--|
| جلسه | ملاقات با والدین | ملاقات با کودک |
| اول | پذیرش و مصاحبه اولیه، آشنایی والدین با بازی درمانی. | کودک با اسباب بازی‌ها بازی می‌کند. |
| دوم | | هدف: پذیرش و همدلی با کودک و ایجاد جو عاطفی مناسب و دوستانه با انجام بازی‌های قالبچه سحر آمیز، نمایش عروسکی، نقاشی. |
| سوم | آموزش والدین در تمرکز بر رفتارهای مثبت کودک و چگونگی نوشتن کتاب رفتار خوب. | هدف: ایجاد توانمندی در کودک در بیان احساسات، کنترل تکانه، افزایش توجه و اعتماد به نفس با انجام بازی‌های کلمات احساسی، زنگ ساعت، پرتاب توپ. |
| چهارم | آموزش والدین در جهت بازی بی رهنمود و بازی زنگ ساعت. | هدف: افزایش مهارت حل مسأله، تمرکز و توجه، خود کنترلی با انجام بازی‌های کیسه زباله، زنگ ساعت. |
| پنجم | آموزش والدین در انجام بازی حرکات آهسته. | هدف: افزایش مهارت حل مسأله و بیان احساسات، تمرکز و توجه و کنترل حرکات با انجام بازی‌های کیسه زباله، زنگ ساعت، حرکات آهسته. |
| ششم | آموزش بازی حباب سازی به والدین. | هدف: آموزش مهارت مسأله گشایی، افزایش تمرکز و توجه، آموزش آرمیدگی و خود کنترلی با انجام بازی‌های کیسه زباله، زنگ ساعت، حباب سازی. |
| هفتم | مرور تکالیف والدین و آموزش اجرای برنامه اقتصاد ژتونی. | هدف: افزایش مهارت حل مسأله، تمرکز و توجه، آگاهی کودک از احساسات خود و کنترل پرخاشگری با انجام بازی‌های کیسه زباله، زنگ ساعت، حباب سازی. |
| هشتم | ارایه باز خورد به والدین. | هدف: ارایه باز خورد به کودک - تمرکز بر موفقیت‌های کودک با انجام بازی صفحه‌ای. |
| نهم | کنترل کودک توسط والدین. | رها سازی کودک، تمرکز بر موفقیت‌های کودک و ایجاد فهرستی از من خوب. |
| دهم | کودک و والدین با هم در جلسه حضور دارند، صحبت از تغییرات خوب، انجام بازی نقاشی با حضور خانواده و درمانگر. | |

اجرای پژوهش

در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز آزمودنی‌ها از مراکز درمانی ارجاع داده شده‌اند روانپزشک کودک تشخیص قطعی ADHD را داده است. اندازه‌های مربوط به متغیر با استفاده از مقیاس درجه‌بندی اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و CSI-4 بدست آمد. این اندازه‌ها به عنوان داده‌های پیش‌آزمون جمع‌آوری شده‌اند تا امکان مقایسه با داده‌های پس‌آزمون مشخص شود. پس از اجرای

بازی‌درمانی بر روی گروه آزمایش و اتمام آن که حدود سه ماه بطول انجامید گروه کنترل نیز برای رعایت اصول اخلاقی در لیست انتظار باقی ماندند تا پس از خاتمه و تأیید نتیجه پژوهش مورد بازی‌درمانی قرار گیرند. افزون بر این، از مربیان خواسته شد که فرم گزارش معلم CSI-4 را در مورد هر کودک پیش از شروع مداخله و پس از اتمام آن تکمیل کنند. بازی‌درمانی به طور انفرادی صورت گرفت و آزمودنی‌های گروه آزمایش به طور انفرادی در ۱۰ جلسه (هفته‌ای یک جلسه) و در هر جلسه به مدت ۳۰ الی ۵۰ دقیقه تحت بازی‌درمانی قرار گرفتند. شرایط و محل بازی‌درمانی از لحاظ نور و دما، فضا و ساعات‌های اجرای آن به لحاظ کنترل شرایط گرسنگی، سیری و خستگی برای تمام آزمودنی‌ها یکسان فراهم شد. بعد از اتمام دوره بازی‌درمانی در مورد هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. بازی‌درمانی کوتاه مدت ساختاری بر مؤلفه‌های اصلی اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی یعنی توجه (فراخوانی توجه کوتاه)، بیش‌فعالی (بی‌قراری، آرام نگرفتن) و تکانشگری (عمل قبل از تفکر، توانایی برنامه‌ریزی ضعیف و تحمل ناکامی پایین) متمرکز بود. اهداف درمان بر ایجاد اعتماد به نفس در کودک در حوزه‌های خاصی از کمبود، افزایش توانایی آنها در تمرکز بر تکالیف و آموزش به آنها برای در نظر گرفتن پیامدها قبل از عمل کردن و تشویق آنها بر نشان دادن خود‌کنترلی متمرکز بود. نحوه برگزاری جلسات برای والدین و کودک به طور جداگانه به صورت زیر ارائه شده است: لازم به ذکر است که قبل از شروع بازی قوانین اتاق بازی برای کودک گفته شد از جمله محدودیت زمانی و ممنوعیت تخریب وسایل.

روش آماری

بعد از جمع‌آوری اطلاعات از آزمودنی‌ها، داده‌ها به منظور بررسی نتایج و تحلیل آنها وارد رایانه شدند. برای تحلیل داده‌های آماری از نرم افزار SPSS-17 استفاده شد. همچنین برای تحلیل اطلاعات از روش‌های آماری توصیفی شامل (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل آزمون تحلیل واریانس تک متغیره برای تحلیل هر سه فرضیه و آزمون یو من ویتنی هم برای تحلیل فرضیه سوم استفاده گردید.

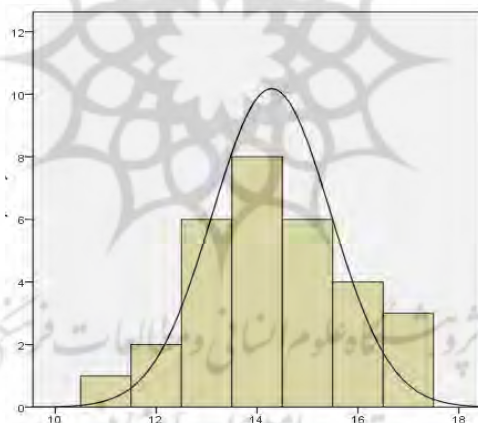
یافته‌ها

در جدول ۱ ویژگی‌های توصیفی متغیرهای تحقیق آورده شده است. همچنین وضعیت توصیفی نرمال بودن با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف ارائه شده است. در نمودارهای ۱ و ۲ و ۳ وضعیت نرمال بودن متغیرهای تحقیق نمایش داده شده است.

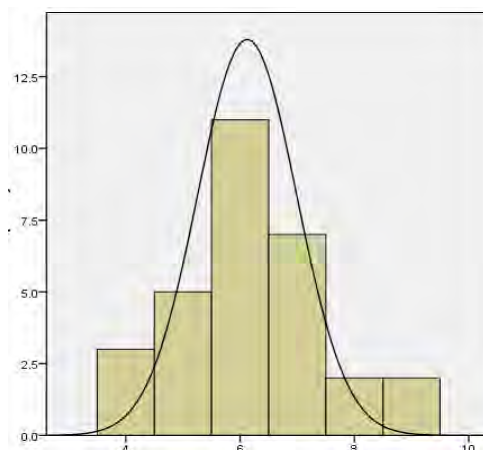
جدول ۱: میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای تحقیق در گروه آزمایش و کنترل

| متغیرها | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | توزیع نرمال بودن پیش‌آزمون‌ها | معنی‌داری |
|-----------------------------------|--------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------------|-----------|
| | | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | | |
| نقص توجه - بیش‌فعالی (فرم والدین) | آزمایش | ۱۴/۵۳ (۱/۷۶) | ۶/۸۰ (۲/۲۱) | ۰/۴۸ | ۰/۸۳ | کولموگروف اسمیرنوف | |
| | کنترل | ۱۴/۱۳ (۱/۳۰) | ۱۰/۶۷ (۲/۳۵) | ۰/۲۰ | ۱/۰۶ | | |
| نقص توجه (فرم والدین) | آزمایش | ۶/۸۰ (۱/۲۶) | ۴/۰۱ (۱/۰۱) | ۰/۰۷ | ۱/۲۹ | کولموگروف اسمیرنوف | |
| | کنترل | ۵/۶۰ (۱/۰۵) | ۴/۰۷ (۱/۵۸) | ۰/۰۷ | ۱/۲۹ | | |
| بیش‌فعالی (فرم والدین) | آزمایش | ۷/۷۳ (۱/۸۳) | ۶/۷۳ (۲/۳۷) | ۰/۳۷ | ۰/۹۱ | کولموگروف اسمیرنوف | |
| | کنترل | ۸/۵۳ (۱/۵۹) | ۴/۴۰ (۱/۷۶) | ۰/۳۷ | ۰/۹۱ | | |
| نقص توجه - بیش‌فعالی (فرم معلم) | آزمایش | ۱۰/۳۳ (۱/۶۳) | ۷/۷۳ (۱/۲۲) | ۰/۰۹ | ۱/۲۲ | کولموگروف اسمیرنوف | |
| | کنترل | ۹/۶۷ (۱/۲۳) | ۱/۶۰ (۰/۸۲) | ۰/۰۹ | ۱/۲۲ | | |
| نقص توجه (فرم معلم) | آزمایش | ۴/۰۷ (۰/۸۸) | ۲/۵۳ (۰/۹۹) | ۰/۰۶ | ۱/۳۰ | کولموگروف اسمیرنوف | |
| | کنترل | ۳/۶۰ (۰/۸۲) | ۲/۷۳ (۱/۰۳) | ۰/۰۶ | ۱/۳۰ | | |
| بیش‌فعالی (فرم معلم) | آزمایش | ۶/۲۷ (۱/۲۲) | ۵/۲۰ (۰/۹۴) | ۰/۰۶ | ۱/۳۰ | کولموگروف اسمیرنوف | |
| | کنترل | ۶/۰۷ (۰/۹۶) | ۵/۲۰ (۰/۹۴) | ۰/۰۶ | ۱/۳۰ | | |

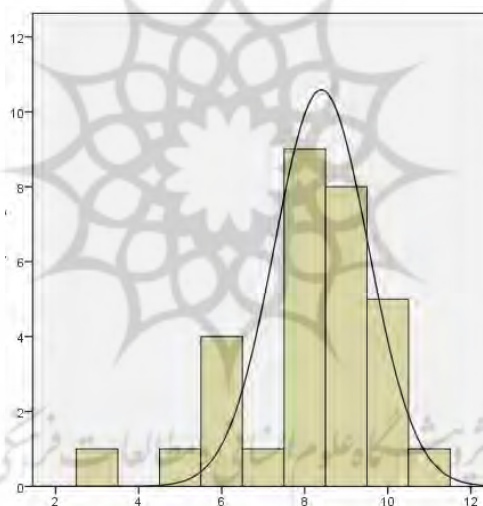
* اعداد داخل پارانتر انحراف استاندارد می‌باشد.



نمودار ۱: نمودار توزیع نرمال زیرمقیاس بیش‌فعالی - نقص توجه



نمودار ۲: نمودار توزیع نرمال زیرمقیاس نقص توجه



نمودار ۳: نمودار توزیع نرمال زیرمقیاس بیش‌فعالی

از آنجا که طرح این تحقیق نیمه تجربی و از نوع طرح دو گروهی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد، لذا برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس تک متغیری با کنترل تأثیر متغیر تصادفی کمکی (پیش‌آزمون) استفاده شده است. قبل از استفاده از تحلیل کوواریانس از آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس دو گروه در متغیرهای مورد مقایسه اطمینان حاصل شد.

جدول ۲: نتایج آزمون تأثیرات بین آزمودنی‌ها

| شاخص متغیر | متغیر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | نسبت F | سطح معنی داری |
|----------------------------|-----------------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|
| بیش‌فعالی (نسخه والدین) | گروه‌ها | ۰/۰۱ | ۱ | ۰/۰۱ | ۰/۰۰۳ | ۰/۹۵ |
| | پیش‌آزمون | ۳۳/۰۵ | ۱ | ۳۳/۰۵ | ۱۰/۶۴ | ۰/۰۰۳ |
| بیش‌فعالی (نسخه معلم) | گروه* پیش‌آزمون | ۱/۱۹ | ۱ | ۱/۱۹ | | |
| | خطا | ۸۰/۷۱ | ۲۶ | ۳/۱۰ | -/۳۸ | ۰/۵۴ |
| | کل | ۱۰۴۲ | ۳۰ | | | |
| بیش‌فعالی (نسخه معلم) | گروه‌ها | ۰/۷۱ | ۱ | ۰/۷۱ | -/۸۳ | ۰/۳۷ |
| | پیش‌آزمون | ۴/۹۳ | ۱ | ۴/۹۳ | ۵/۷۴ | ۰/۰۲ |
| بیش‌فعالی (نسخه معلم) | گروه* پیش‌آزمون | ۰/۰۹ | ۱ | ۰/۰۹ | | |
| | خطا | ۲۲/۳۴ | ۲۶ | ۰/۸۵ | -/۱۱ | ۰/۷۳ |
| | کل | ۵۴۵ | ۳۰ | | | |

همان طوری که در جدول نشان داده شده است. ابتدا متغیر پیش‌آزمون بیش‌فعالی به عنوان هم متغیر وارد مدل شد. در این مرحله از تحلیل و بر اساس نتایج حاصل از آزمون تأثیرات بین آزمودنی‌ها، فرضیه همگنی شیب رگرسیون معنی‌دار نیست. بنابراین مجوز استفاده از مدل تحلیل کوواریانس را برای داده‌های تحقیق وجود دارد.

جدول ۳: نتایج آزمون تأثیرات بین آزمودنی‌ها

| شاخص متغیر | متغیر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | نسبت F | سطح معنی داری |
|----------------------------|-----------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|
| بیش‌فعالی (نسخه والدین) | پیش‌آزمون | ۳۱/۹۵ | ۱ | ۳۱/۹۵ | ۱۰/۳۵ | ۰/۰۰۳ |
| | گروه‌ها | ۳۳/۳۵ | ۱ | ۳۳/۳۵ | ۱۰/۹۹ | ۰/۰۰۳ |
| بیش‌فعالی (نسخه معلم) | خطا | ۸۱/۹۰ | ۲۷ | ۳/۰۳ | | |
| | کل | ۱۰۴۲ | ۳۰ | | | |
| | پیش‌آزمون | ۴/۸۸ | ۱ | ۴/۸۸ | ۵/۸۸ | ۰/۰۲ |
| بیش‌فعالی (نسخه معلم) | گروه‌ها | ۴۸/۰۶ | ۱ | ۴۸/۰۶ | ۵۷/۸۱ | ۰/۰۰۱ |
| | خطا | ۲۲/۴۴ | ۲۷ | -/۸۳ | | |
| کل | ۵۴۵ | ۳۰ | | | | |

بر اساس جدول ۳ نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد اثر اصلی گروه معنی‌دار می‌باشد به طوری که بر اساس تفاوت میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون استنباط می‌شود که نمرات آزمودنی‌ها در پس‌آزمون بیش‌فعالی با ۹۹ درصد اطمینان کاهش یافته است. بنابراین بازی درمانی ساختاری موجب کاهش علائم بیش‌فعالی شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تأثیرات بین آزمودنی‌ها

| متغیر | شاخص | | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | نسبت F | سطح معنی‌داری |
|-----------------|---------------|-------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|
| | متغیر | متغیر | | | | | |
| گروه‌ها | اختلال | نقص | ۰/۱۵ | ۱ | ۰/۱۵ | ۰/۰۹ | ۰/۷۵ |
| پیش‌آزمون | توجه | | ۹/۲۹ | ۱ | ۹/۲۹ | ۵/۶۹ | ۰/۰۲ |
| گروه* پیش‌آزمون | (نسخه والدین) | | ۰/۲۰ | ۱ | ۰/۲۰ | | |
| خطا | | | ۴۲/۴۲ | ۲۶ | ۱/۶۳ | ۰/۱۲ | ۰/۷۲ |
| کل | | | ۴۱۵ | ۳۰ | | | |
| گروه‌ها | اختلال | نقص | ۰/۰۲ | ۱ | ۰/۰۲ | ۰/۰۳ | ۰/۸۵ |
| پیش‌آزمون | توجه | | ۷/۹۰ | ۱ | ۷/۹۰ | ۱۳/۴۷ | ۰/۰۰۱ |
| گروه* پیش‌آزمون | (نسخه معلم) | | ۰/۳۳ | ۱ | ۰/۳۳ | | |
| خطا | | | ۱۵/۲۶ | ۲۶ | ۰/۵۸ | ۰/۵۷ | ۰/۴۵ |
| کل | | | ۱۵۸ | ۳۰ | | | |

همان طوری که در جدول ۴ نشان داده شده است، ابتدا متغیر پیش‌آزمون نقص توجه به عنوان هم متغیر وارد مدل شد. در این مرحله از تحلیل و بر اساس نتایج حاصل از آزمون تأثیرات بین آزمودنی‌ها، فرضیه همگنی شیب رگرسیون معنی‌دار نیست. بنابراین مجوز استفاده از مدل تحلیل کوواریانس را برای داده‌های تحقیق وجود دارد.

جدول ۵: نتایج آزمون تأثیرات بین آزمودنی‌ها

| متغیر | شاخص | | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | نسبت F | سطح معنی‌داری |
|-----------|-------|-------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|
| | متغیر | متغیر | | | | | |
| پیش‌آزمون | نقص | توجه | ۹/۱۰ | ۱ | ۹/۱۰ | ۵/۷۶ | ۰/۰۲ |
| گروه‌ها | | | ۱۷/۲۹ | ۱ | ۱۷/۲۹ | ۱۰/۹۵ | ۰/۰۰۳ |
| خطا | | | ۴۲/۶۲ | ۲۷ | ۱/۵۷ | | |
| کل | | | ۴۱۵ | ۳۰ | | | |
| پیش‌آزمون | نقص | توجه | ۷/۷۳ | ۱ | ۷/۷۳ | ۱۳/۳۸ | ۰/۰۰۱ |
| گروه‌ها | | | ۱۰/۳۳ | ۱ | ۱۰/۳۳ | ۱۷/۸۸ | ۰/۰۰۱ |
| خطا | | | ۱۵/۶۰ | ۲۷ | ۰/۵۷ | | |
| کل | | | ۱۵۸ | ۳۰ | | | |

بر اساس جدول ۵ نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که اثر اصلی گروه معنی‌دار می‌باشد به طوری که بر اساس تفاوت میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون استنباط می‌شود که نمرات آزمودنی‌ها در پس‌آزمون علایم نقص توجه با ۹۹ درصد اطمینان کاهش یافته است. بنابراین بازی‌درمانی ساختاری موجب کاهش علایم نقص توجه شده است.

در بررسی اینکه بازی‌درمانی کوتاه مدت ساختاری بر کنترل علایم اختلال نقص توجه همراه با بیش‌فعالی تأثیر دارد. از تحلیل کوواریانس تک متغیری با کنترل تأثیر متغیر تصادفی کمکی (پیش‌آزمون) استفاده شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون تأثیرات بین آزمودنی‌ها

| متغیر | شاخص | متغیر | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | نسبت F | سطح معنی داری |
|-----------------|----------------|-------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|
| گروه‌ها | | | ۱/۹۰ | ۱ | ۱/۹۰ | ۰/۴۲ | ۶/۵۲ |
| پیش‌آزمون | نقص توجه همراه | | ۲۸/۲۰ | ۱ | ۲۸/۲۰ | ۶/۲۹ | ۰/۰۱ |
| گروه* پیش‌آزمون | بایش‌فعالی | | ۶/۳۱ | ۱ | ۶/۳۱ | | |
| خطا | (نسخه والدین) | | ۱۱۶/۵۶ | ۲۶ | ۴/۴۸ | ۱/۴۰ | ۰/۲۴ |
| کل | | | ۲۵۴۶ | ۳۰ | | | |
| گروه‌ها | | | ۰/۳۷ | ۱ | ۰/۳۷ | ۰/۲۱ | ۰/۶۴ |
| پیش‌آزمون | نقص توجه همراه | | ۱۸/۵۷ | ۱ | ۱۸/۵۷ | ۱۰/۵۵ | ۰/۰۰۳ |
| گروه* پیش‌آزمون | بایش‌فعالی | | ۰/۵۷ | ۱ | ۰/۵۷ | | |
| خطا | (نسخه معلم) | | ۴۵/۷۱ | ۲۶ | ۱/۷۶ | ۰/۳۲ | ۰/۵۷ |
| کل | | | ۱۲۵۲ | ۳۰ | | | |

همان طوری که در جدول ۶ نشان داده شده است، ابتدا متغیر پیش‌آزمون نقص توجه همراه با بیش‌فعالی به عنوان هم‌متغیر وارد مدل شد. در این مرحله از تحلیل و بر اساس نتایج حاصل از آزمون تأثیرات بین آزمودنی‌ها، فرضیه همگنی شیب رگرسیون معنی‌دار نیست. بنابراین مجوز استفاده از مدل تحلیل کوواریانس را برای داده‌های تحقیق وجود دارد.

جدول ۷: نتایج آزمون تأثیرات بین آزمودنی‌ها

| متغیر | شاخص | متغیر | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | نسبت F | سطح معنی داری |
|-----------|----------------|-------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|
| پیش‌آزمون | نقص توجه همراه | | ۲۲/۸۵ | ۱ | ۲۲/۸۵ | ۵/۰۲ | ۰/۰۳ |
| گروه‌ها | با بیش‌فعالی | | ۱۲۳/۸۴ | ۱ | ۱۲۳/۸۴ | ۲۷/۲۱ | <۰/۰۰۱ |
| خطا | (نسخه والدین) | | ۱۲۲/۸۸ | ۱ | ۴/۵۵ | | |
| کل | | | ۲۵۴۶ | ۳۰ | | | |
| پیش‌آزمون | نقص توجه همراه | | ۱۸/۱۸ | ۱ | ۱۸/۱۸ | ۱۰/۵۹ | ۰/۰۰۳ |
| گروه‌ها | با بیش‌فعالی | | ۹۷/۳۹ | ۱ | ۹۷/۳۹ | ۵۶/۷۴ | ۰/۰۰۱ |
| خطا | (نسخه معلم) | | ۴۶/۳۴ | ۲۷ | ۱/۷۱ | | |
| کل | | | ۱۲۵۲ | ۳۰ | | | |

بر اساس جدول ۷ نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که اثر اصلی گروه معنی‌دار می‌باشد به طوری که بر اساس تفاوت میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون استنباط می‌شود که نمرات آزمودنی‌ها در پس‌آزمون علایم نقص توجه همراه با بیش‌فعالی با ۹۹ درصد اطمینان کاهش یافته است. بنابراین بازی‌درمانی ساختاری موجب کاهش علایم نقص توجه همراه با بیش‌فعالی شده است. جهت بررسی تفاوت حاصل از نمرات پیش‌آزمون از پس‌آزمون از تحلیل ناپارامتریک یو من ویتنی استفاده شد. علت استفاده از این تحلیل معنی‌دار بودن همگنی واریانس دو گروه در آزمون لون بود. بدین ترتیب نتایج حاصل از جدول ۸ آزمون یو من ویتنی نشان داد که میانگین رتبه‌ها در دو گروه نسبت به هم تفاوت آماری معنی‌داری دارد ($P < 0.001$). بطوریکه نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل

کاهش بیشتری داشته است.

جدول ۸: نتایج آزمون یو من ویتنی جهت مقایسه نمرات دو گروه کنترل و آزمایش

| آزمون یو من ویتنی | میانگین رتبه گروه آزمایش | میانگین رتبه گروه کنترل | یومن ویتنی | ویلاکسون | نمره Z | معنی‌داری |
|---------------------|--------------------------|-------------------------|------------|----------|--------|-----------|
| تفاوت نمرات دو گروه | ۲۲/۴۰ | ۸/۶۰ | ۹ | ۱۲۹ | -۴/۳۱ | <۰/۰۰۱ |

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های بدست آمده از تحقیق نشان داد که بازی‌درمانی کوتاه مدت ساختاری موجب کاهش علائم اختلال بیش‌فعال در کودکان دارای اختلال ADHD می‌شود. نتایج این بخش از تحقیق با نتایج ویکلس و کوردیروبووندی و همکاران^۱ (۲۰۱۱)، برزگر و زمینی^۲ (۲۰۱۱)، رای و همکاران (۲۰۰۷)، پنکسب و بورگدرف و تورنر و گردون^۳ (۲۰۰۳)، رضازاده (۱۳۸۶)، موسوی شوشتری و همکاران (۱۳۹۰) همخوان می‌باشد. بنظر می‌رسد در بازی‌درمانی کودکان با رعایت انجام حرکاتی که در آن نظام حرکتی تحت کنترل هشیاری انجام می‌شود به واسطه تکرار آن در طول زمان این امکان به سیستم عصبی بوجود می‌آید که بتواند در مواقع غیربازی نیز تکانشگری حرکتی را تحت کنترل در آورد. مثلاً در حین بازی از کودک خواسته می‌شود حرکات خواستی را به صورت آهسته و در زمانی که آهنگ بازی ایجاب می‌کند انجام دهد.

یافته‌های بدست آمده از تحقیق نشان داد که بازی‌درمانی کوتاه مدت ساختاری موجب کاهش علائم اختلال نقص توجه در کودکان دارای اختلال ADHD می‌شود. نتایج این بخش از تحقیق با نتایج برزگر و زمینی (۲۰۱۱)، هانسر و همکاران (۲۰۰۰) و تحقیق دهقان، بهنیا و امیری و همکاران (۱۳۸۹) همخوان می‌باشد. از آنجایی که در فرایند بازی‌درمانی ساختاری به رفتار کودک بازخوردهای مناسب از طریق اجرای برنامه اقتصاد ژتونی اعمال می‌شود، لذا کودکان بهتر می‌توانند از نتایج رفتار هشیاری داشته باشند و با اعمال کنترل بیشتر به نتایج لذت بخشی دست یابند. هم‌چنین بواسطه بازی‌های انتخابی، نظارت بر رفتار با کنترل بیشتری صورت می‌گیرد که در نهایت به کاهش علائم نقص توجه می‌انجامد. اساساً در بخش‌های مختلف بازی‌درمانی ساختاری دستوراتی به کودک ارائه می‌شود که کودک نیازمند داشتن توجه به روند بازی است تا بتواند به موقع عکس‌العمل نشان دهد.

یافته‌های بدست آمده از تحقیق نشان داد که بازی‌درمانی کوتاه مدت ساختاری موجب کاهش علائم اختلال نقص توجه همراه با بیش‌فعالی در کودکان دارای ADHD می‌شود. نتایج این بخش از تحقیق با نتایج برزگر و زمینی (۲۰۱۱)، نادری (۲۰۱۰)، بلین (۲۰۰۰)، هانسر، میسلر و اووز (۲۰۰۰)، تحقیق دهقان،

- 1- Wikles, Cordier, Bundy & etal
- 2- Barzegary, Zamini
- 3- Pankesep, Burgdorf, Turner, Gordon

بهنیا و همکاران (۱۳۸۹). موسوی شوشتری و همکاران (۱۳۹۰)، جنتیان، نوری و همکاران (۱۳۸۷) همخوان می‌باشد. چنین استدلال شده است که در فرایند بازی‌درمانی ساختاری که نوعی بازی‌درمانی شناختی- رفتاری است کودک به واسطه مشارکت در بازی از طریق مورد توجه قرار دادن موضوعاتی چون کنترل، تسلط و پذیرش مسئولیت در قبال تغییر رفتار شخصی خویش، ایجاد می‌شود. در این روش همانند درمان‌های شناختی- رفتاری با بزرگسال‌ها، اعتقاد بر آن است که رفتار انطباقی حاصل تعامل بین افکار، احساسات و رفتار فرد می‌باشد بنابراین با همراهی کودک در فرایند بازی‌درمانی مشکلات نقص توجه همراه با بیش‌فعالی کاهش می‌یابد (قزوینی‌نژاد، ۱۳۸۷).

از آنجایی که در مراکز مختلفی مانند مهدهای کودک و مدارس پیش‌دبستانی، مبتلایان ADHD با فراوانی بیشتری حضور دارند لذا لزوم اتخاذ برنامه‌هایی برای کودکان دارای مشکلات ADHD با استفاده از بازی درمانی ساختاری اهمیت دارد. بویژه اینکه بازی درمانی ساختاری می‌تواند به شکلی طراحی شود که کودکان عادی نیز می‌توانند در آن شرکت کنند و از بازی درمانی لذت ببرند. از طرفی می‌توان در کلینیک‌های ویژه برای کودکان ADHD این روش دروانی را مورد استفاده قرار داد. در این تحقیق با اینکه تشخیص اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی توسط روانپزشک صورت گرفته است. اما ارزیابی پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها توسط پرسشنامه و از طریق والدین صورت گرفته است. لذا گزارش والدین درباره وضعیت پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها از محدودیت‌های این تحقیق محسوب می‌شود. در این تحقیق تأثیر بازی‌درمانی در کودکان ADHD که تحت درمان دارویی قرار داشتند مورد بررسی قرار گرفته است. لذا یافته‌ها محدود به کودکانی است که همزمان تحت دارو درمانی قرار داشتند. به واسطه محدودیت‌های فوق پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی ارزیابی پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها از طریق مصاحبه بالینی انجام شود و مطالعه با گروه بندی سه گانه (کودکان مبتلا به ADHD که تحت درمان دارویی هستند، تحت درمان دارویی نیستند، و گروه کنترل) انجام گیرد.

منابع

برگ، لورا ای (۱۳۸۹). **روانشناسی رشد**، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: نشر رشد.
جنتیان، سیما. نوری، ابوالقاسم، شفتی، سید عباس و همکاران. (۱۳۷۸). اثر بخشی بازی‌درمانی بر روکرد شناختی - رفتاری بر شدت علائم اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه، **تحقیقات علوم رفتاری**. دوره ۶، شماره ۲، ص ۱۱۹-۱۰۹.

رضازاده، مریم‌السادات (۱۳۸۳). **تأثیر بازی‌های آموزشی تمرکز فکر بر کاهش علائم اختلال کمبود توجه همراه با بیش‌فعالی**، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد. دانشگاه اصفهان.

دهقان فائزه؛ بهنیا فاطمه؛ امیری نسرين؛ پیشیاره ابراهیم؛ اصفرخانی مریم (۱۳۸۹). بررسی تأثیر استفاده از تمرینات ادراکی- حرکتی بر اختلالات رفتاری کودکان پنج تا هشت ساله مبتلا به اختلال کمبود توجه بیش‌فعالی، **تازه‌های علوم شناختی**، سال دوازدهم، شماره ۳، (مسلسل ۴۷)، ص ۸۲-۹۶.

- فرخ‌پور (۱۳۹۰). **روانشناسی بازی**، تهران: دانشگاه پیام
 علیزاده، حمید (۱۳۸۳). **اختلال نقص توجه فزون جنبشی، ارزیابی و درمان**. تهران: نشر رشد.
 علیزاده، حمید (۱۳۸۴). تبیین نظری اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی: الگوی بازداری رفتاری و ماهیت خود‌کنترلی.
پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال پنجم، شماره ۳، ص ۳۳۹-۳۴۸.
 قزوینی‌نژاد، حمیرا (۱۳۷۸). **کلیات بازی‌درمانی**، تهران: نشر آئین
 کاپلان، ه. سادوک، ب (۱۳۸۸). **خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی**، ترجمه نصرت ا...
 پورافکاری. (۲۰۰۷). تهران: نشر شهر آشوب.
 کراتوچویل، م (۱۳۸۴). **روانشناسی بالینی (روش‌های درمانگری)**، ترجمه محمد رضا نائیبیان و
 همکاران. (۱۹۹۹). تهران: نشر رشد.
 محمداسماعیل، الهه (۱۳۸۱). بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه (CSI-4). **فصلنامه پژوهش در حیطه
 کودکان استثنایی**، سال دوم، شماره ۳، ص ۲۵۴-۲۴۱.
 محمداسماعیل، الهه (۱۳۸۹). **بازی درمانی (نظریه‌ها، روش‌ها و کاربردهای بالینی)**، تهران: نشر دانژه.
 موسوی‌شوشتری، مژگان. ملک‌پور، مختار و همکاران (۱۳۹۰). اثر بخشی مداخلات زود هنگام مبتنی بر بازی‌های
 توجهی بر میزان توجه کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی - تکانشگری، **مجله روانشناسی
 بالینی**. سال سوم، شماره ۳، ص ۲۷-۱۷.
 American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and Statistical Annual Disorder**. (4th
 ed -Revised). Washington, DC: Author.
 Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions:
 Constructing a unifying theory of ADHD. **Psychological Bulltian**, 121,65-94.
 Barzegary L, Zamini S. (2011). The effect of play therapy on children with ADHD,
Procedia - Social and Behavioral Sciences, 30: 2216 – 2218.
 Blinn , E.L.(1999). **Efficacy of play Therapy on Problem Behaviors of children with
 attention deficit hyperactivity disorder**. Unpublished doctoral dissertation California
 school of professional psychology, Fresno.
 Blinn,E.L.(2000). Efficacy of play Therapy on Problem Behaviors of of a Child with
 Attention Deficit Hyperactivity Disorder. **Retrieved from www.Altavista.com**.
 Cordier, R. Bundy, A. Hcking , C. Einfeld, s. (2009). Playing with a child with ADHD:
 afouce on the play mates. **Australian Occupational Therapy Journal**. 56(5):332-40
 Dupaul, G. J. power, T. J.(1991). **ADHD Rating Scale**. IV. NY. Guilford press.
 Faraone, S.V. Biderman, J. (2005). **Neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity
 Disorder**.
 Fischer, M. (1997). The persistence of ADHD into adulthood: It depends on whom you ask.
The ADHD Report. 5:8-10
 Hanser S, Meissler K, Ovevs R. (2000). Kids together A group play therapy model for
 children with ADHD symptom logy. **Journal of children and adolescent group
 therapy**. 10 (4).
 Kaduson, H. finnerty, K. (1995). Self- control game intervention for Attention- Deficit
 Hyperactivity Disorder. **International Journal of play therapy**. (4):15-19.
 Naderi, f. Heidarie, A. Bouron, L. Asgari.P.(2010). The Efficacy of play therapy on
 ADHD, anxiety and social maturity in 8 to 12 years clientele children of Ahwaz metro

- phi tan counseling clinics. **Journal of Applied Science**. 10. (3)0189-195.
- Nazari MA, Berquin P, Missonnier P, Aarabi A, Debatisse D, De Broca A, Wallois F. (2010). Visual sensory processing deficit in the occipital region in children with attention-deficit / hyperactivity disorder as revealed by event-related potentials during cued continuous performance test, **Neurophysiol Clin**, 40(3):137-49.
- Panksepp, J. Burgdorf, J. Turner, C. Gordon, N.(2003). Modeling ADHD – type arousal with unilateral frontal cortex damage in rats and beneficial effects of play therapy. **Journal of brain and cognition**. 52: 97 -105.
- Piek JP, Dyck MJ. (2004). **Sensory-motor deficits in children with developmental coordination disorder, attention deficit hyperactivity disorder and autistic disorder**, **Hum Mov Sci**, 23(3-4):475-88.
- Porter, M.L. Hernandez – Reif, M & Jessee, P. (2007). **Play Therapy: A review. Early child Developmental and care**. Taylor & Francis.
- Rapport, M. D. (2001). **A Model of Child Psychology: Implication for Under Standing Attention Deficit / Hyperactivity Disorder and Treatment Efficacy**.
- Ray, D.(2004). Supervision of basic of advanced skills in play therapy. **Journal of Professional Conseling Practice**, Theory & Resarch. 32(2):28-41.
- Ray, D. schottlekorb, A. Tsai, M-H.(2007). Play Therapy with Children Exhibiting Symptoms of Attention Deficit Hyperactive Disorder. **International Journal of Play Therapy**. 16 (2): 95 - 111
- Schottelkorb, A. Ray, D.(2009). ADHD symptom reduction in elementary students: a single – case effectiveness design. **Journal of professional school counseling**. 13 (1):11-12.
- Wilkes, S. Cordier, R. Bundy, A & etal (2011). A play – based intervention for children with ADHD: a pilot study. **Australian Occupational Therapy Journal**. 58: (4).231-240



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی