

اثر بخشی شن‌بازی درمانی بر علائم نقص توجه و پرتحرکی در کودکان مبتلا به

نقص توجه - بیش فعالی

Investigating the efficacy of sand therapy on hyperactivity and attention deficit in ADHD children

Dr. Shirin Zeinali

Assistant professor of psychology, department of psychology, Urmia University, Urmia, Iran.

sh.zeinali@urmia.ac.ir

Roya Reza Zadeh

MA of clinical psychology, Islamic Azad University of Ahar, Ahar, Iran.

دکتر شیرین زینالی (نویسنده مسئول)

استادیار دانشگاه، گروه روانشناسی دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

رویا رضازاده

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اهر، اهر، ایران.

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effect of sand therapy on hyperactivity and attention deficit in children with ADHD in Tabriz city. This was a pretest-posttest controlled semi-experimental study. A convenience sample of 30 children with ADHD was recruited from psychotherapy centers of Tabriz, in 2018 and randomly allocated to the experimental (15) and the control groups (15). Subjects in the experimental group received sand therapy in six, 30-minutes sessions, and subjects in the control group received no treatment. Subjects in experiment and control groups were assessed with a parental form of Child Symptom Inventory (CSI-4) in pretest and posttest. The data were analyzed via the SPSS software (v. 16.0) and by conducting the multivariate analysis of covariance (MANCOVA). Results showed that there were significant differences between scores in pretest and post-test in the experimental group ($p < 0.001$), attention deficit and hyperactive symptoms reduced after sand therapy in the experiment group. Sand therapy is recommended for correcting child behavior and cognitive problems in ADHD.

Keywords: Attention Deficit, Hyperactivity, ADHD, Sand Therapy

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر شن‌بازی درمانی بر علائم کمبود توجه و پرتحرکی در کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی در شهر تبریز بود. روش مطالعه نیمه‌تجربی براساس طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از بین کودکان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره تبریز در سال ۱۳۹۷، ۳۰ نفر با تشخیص اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی به صورت هدفمند انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه کنترل (۱۵ نفر) و آزمایش (۱۵ نفر) قرار گرفتند. کودکان گروه آزمایش، به مدت ۶ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای تحت آموزش شن‌بازی درمانی قرار گرفتند و گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از طریق فرم والد پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۱۶ و از طریق تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون و پس-آزمون گروه آزمایش اختلاف معنادار وجود دارد ($p < 0.001$) و کمبود توجه و پرتحرکی آزمودنی‌های گروه آزمایش پس از انجام مداخله شن‌بازی کاهش یافته است. شن‌بازی درمانی برای کاهش علائم رفتاری و شناختی اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: کمبود توجه، بیش‌فعالی، اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی، شن‌بازی درمانی.

ویرایش نهایی: مرداد ۹۹

پذیرش: آبان ۹۸

دریافت: مرداد ۹۸

نوع مقاله: پژوهشی

مقدمه

از جمله اختلالات شایع تحولی در کودکان، بیش‌فعالی - نقص توجه^۱ است (سایال، رساد، دالی، فورد و کوگیل^۲، ۲۰۱۸). کودکان مبتلا به این اختلال بدون فکر کردن عمل می‌کنند و معمولاً نمی‌توانند یکجا آرام بنشینند و این علائم عمدتاً بیش از شش ماه در مدرسه، خانه

¹ Attention Deficit Hyper Active Disorder

² Sayal, Prasad, Daley, Ford, Coghill

و شرایط اجتماعی وجود دارد (ریگلر، مونار، کالانسکی، شورر و ساداکار^۱، ۲۰۱۶). شیوع اختلال سه تا پنج درصد است (کویچ، بیجلینگا، سالرنو، جاسکه و آشرسون^۲، ۲۰۱۸) و در پسران شایع‌تر از دختران است (سو داوسون^۳، ۲۰۱۲). ویژگی‌های اصلی این اختلال نادیده گرفتن، بیش‌فعالی و تکانش‌وری است (ووگل، بیجلینگا، وردوجین، بون، بیکمن، کویچ و پنیس^۴، ۲۰۱۷). این اختلال معمولاً اولین بار در دبستان تشخیص داده می‌شود یعنی زمانی که سازگاری با مدرسه دچار اختلال شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این کودکان نیازمند حمایت و مراقبت بسیاری جهت جلوگیری از حوادث یا صدمات احتمالی بوده و تندخویی، سخت بودن، پرخاشگری یا تعامل ناپخته با خواهران و برادران یا کودکان دیگر، دیده می‌شود (ایری، لنگلی، استرینگاریس، لیبنلف و تارپر^۵، ۲۰۱۷).

روش‌های درمان متعددی برای این اختلال پیشنهاد شده است (ون، ریشنگ، هاسلم و زیلینگ^۶، ۲۰۱۱). یکی از راه‌های درمانی این اختلال بازی‌درمانی است. بازی برای کودکان همانند کلام برای بزرگسالان است و وسیله‌ای برای بیان احساسات، برقراری روابط، توصیف تجربیات، آشکار کردن آرزوها و خودشکوفایی است (وتینتون و همکاران^۷، ۲۰۰۸). بازی در واقع تلاش کودک برای کنار آمدن با محیط است که از طریق آن خود را می‌یابد و دنیا را درک می‌کند (شیرین و آسا، بوکهاری، راگیش و هامز^۸، ۲۰۱۸). شن‌بازی‌درمانی^۹ فنی غیر کلامی است که در آن کودک با ساختن دنیای خود در سینی شن به بیان تعارضات، تمایلات و هیجاناتش می‌پردازد (ونگ، سو و خو^{۱۰}، ۲۰۱۸). در جریان خلق صحنه توسط کودک، درمانگر نقش مشاهده‌گر صامت را بازی می‌کند (ریچارد، پلای و فریتز^{۱۱}، ۲۰۱۲)، و تا زمانی که کودک در سینی شن مشغول ساختن قصه‌ها است، درمانگر به تعبیر و تفسیر می‌پردازد (دال و واگنر^{۱۲}، ۲۰۰۳). شن‌بازی درمانی، نوعی فن روان‌درمان‌گری به شمار می‌رود که در آن کودک می‌تواند اشکال مینیاتوری را در یک جعبه شنی به‌گونه‌ای بچیند که جهان شنی خود را مطابق با ابعاد مختلف و واقعیت اجتماعی خود خلق کند (سو داوسون، ۲۰۱۲؛ لو، پترسون و لکرویکس^{۱۳}، ۲۰۱۰). بازی با اسباب‌بازی‌ها و عروسک‌ها در سینی شن، به کودکان احساس قدرت می‌دهد. چنین فعالیت‌هایی می‌تواند باعث تخلیه هیجانی شود، زیرا کودکان به روش عینی می‌توانند توانایی‌های خود را نمادی کرده و در محیط مداخله کنند (نورتون، فریگل و نورتون^{۱۴}، ۲۰۱۱).

به نظر می‌رسد این روش درمانی، در بهبود برخی مشکلات رفتاری کودکان تأثیرگذار است (ذوالمجد، برجلی و آرین، ۱۳۹۶). مشاهدات بالینی نشان داد وقتی کودکان در فضای بازی شن قرار می‌گیرند و در حال ساختن داستان و صحنه مورد نظر هستند، کاهش رفتارهای تکانش‌گرایانه را می‌توان مشاهده کرد (می-هیسانگ^{۱۵}، ۲۰۱۳). همچنین درگیر ساختن فرایندهای شناختی از جمله حافظه جهت ساختن و کامل کردن صحنه بازی باعث می‌گردد تا تمرکز کودکان به صفحه شن و ابزارهای مذکور جلب شده و والدین گرایش کودکان به انجام این بازی‌ها به صورت آرام و با تمرکز بالا در خانه را گزارش می‌کنند (ون و همکاران، ۲۰۱۱). آلن و براون^{۱۶} (۱۹۹۳) در مطالعه خود گزارش کردند که شن‌بازی‌درمانی در کاهش رفتارهای تکانشی و پرخاشگرانه، بهبود مهارت‌های اجتماعی و توانایی انتقال انرژی به فعالیت‌های مناسب، نظیر ورزش و هنر مؤثر است. آنستینس دیتور^{۱۷} (۲۰۱۰) شن‌بازی‌درمانی را در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مطلوب و اثربخش عنوان می‌کند. کهریزی، مرادی و مومنی (۱۳۹۴) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که شن‌بازی‌درمانی به کاهش مؤلفه‌های پرخاشگری، بیش‌فعالی، اضطراب، افسردگی، ناسازگاری و کمبود توجه در کودکان مبتلا به اختلال رفتاری منجر می‌شود. نو و کیم^{۱۸} (۲۰۱۳) تأثیر شن‌بازی‌درمانی را بر اضطراب و مشکلات بین‌فردی افراد با اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی نشان داده‌اند. قدم پور و همکاران (۱۳۹۷) در

¹ Rigler, Manor, Kalansky, Shorer, Sadaka,

² Kooij, Bijlenga, Salerno, Jaeschke, Asherson,

³ Sue Dawson

⁴ Vogel, Bijlenga, Verduijn, Bron, Beekman, Kooij, Penninx

⁵ Eyre, Langley, Stringaris, Leibenluft, Thapar

⁶ Wen & Risheng & Haslam and Zhiling

⁷ Wethinton, and et al

⁸ Shrinivasa, Bukhari, Ragesh, Hamza

⁹ sand play therapy

¹⁰ Wang, Cui, Xu

¹¹ Richards, Pillay, Fritz

¹² Dal, Wagner

¹³ Lu, Petersen, Lacroix

¹⁴ Norton, Ferriegl, Norton

¹⁵ Mei-Hsiang

¹⁶ Allan, Brown

¹⁷ Unnesteinsdotir

¹⁸ No, kim

مطالعه خود نشان دادند تکنیک شن‌بازی بر کاهش نشانه‌های نارسایی توجه و تکانش‌گری کودکان نقص توجه/بیش‌فعالی تاثیر دارد. همچنین در یک مطالعه فراتحلیل تاثیر انواع روش‌های مبتنی بر بازی بر علائم اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی مطلوب ارزیابی شده است (براتون، ری، ریان و جونز^۱، ۲۰۰۵).

با توجه به نتایج پژوهش‌های پیشین به نظر می‌رسد بررسی ساز و کار و نحوه تاثیر این روش درمانی در علائم نقص توجه و پرتحرکی کودکان مبتلا به نقص توجه - بیش‌فعالی نیاز به مطالعه و بررسی دقیق دارد. بررسی دقیق تغییرات رفتاری کودکان در حین ساختن قصه‌ها در جلسات انفرادی، بر قدرت مطالعات مرتبط با تاثیر شن‌بازی افزوده و زمینه را برای مطالعات فراتحلیل فراهم می‌کند. لذا هدف اصلی این پژوهش بررسی تاثیر شن‌بازی درمانی در درمان علائم نقص توجه و پرتحرکی کودکان بیش‌فعال در شهر تبریز است. همچنین در مطالعات پیشین عمدتاً به شن‌بازی در سینی خشک پرداخته شده بود، ولی در مطالعه حاضر جلسات به دو بخش بازی در سینی خشک و خیس تقسیم شده است. همچنین در این مطالعه دو جلسه آخر به صورت گروه‌های سه نفره برگزار شد تا تغییرات رفتاری و کنترل رفتار بیشتری حاصل گردد که این موارد در مطالعات پیشین اجرا نشده بود.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری کلیه کودکان با تشخیص بیش‌فعالی-نقص توجه در سن ۵ الی ۱۲ ساله مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تبریز است. از بین مراجعه‌کنندگان به ۱۰ مرکز مشاوره در طی ۳ ماه (زمستان ۹۷)، ۳۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند. شرکت‌کنندگان از لحاظ متغیرهای دریافت دارو، مدت زمان دریافت دارو و جنس هم‌تا شدند. جلسات درمان در مرکز مشاوره، توسط کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و زیر نظر دکتری روانشناسی انجام شد. گروه کنترل در طی مداخله، مداخلات روانشناسی دریافت نکرد و پس از اتمام مطالعه، در جلسات شن‌بازی حضور یافتند. معیارهای ورود، نبود اختلالات روانی همراه، عدم شرکت در دیگر جلسات روان‌درمانی و امکان حضور مرتب در جلسات شن‌درمانی بود. در مطالعه حاضر به منظور رعایت اصول اخلاقی، جلسه‌ای جهت اخذ رضایت والدین برگزار شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل و یک هفته بعد از اجرای مداخله، والدین هر دو گروه به پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) پاسخ دادند.

ابزار سنجش

فرم والد پرسشنامه علائم مرضی کودکان^۲ (CSI-4): مقیاس درجه‌بندی رفتار برای غربال اختلال‌های رفتاری در کودکان ۵-۱۲ است و ۱۱۰ سوال را شامل می‌شود. در پژوهش حاضر، والدین به ۱۸ سوال اول (بخش بیش‌فعالی-نقص توجه) پاسخ دادند. نتایج مطالعه گادو و اسپرافکین (۱۹۹۷؛ نقل از ذوالمجد و همکاران، ۱۳۸۶) از دو بار اجرای پرسش‌نامه مرضی کودکان نشان داد که اعتبار بازآزمایی برای همه طبقه‌های پرسش‌نامه مرضی کودکان مطلوب است. در ایران، مطالعه فرزاد، امامی‌پور و وکیل (۱۳۹۰) اعتبار درونی به روش آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در بخش بیش‌فعالی-نقص توجه ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند.

تکنیک شن‌بازی درمانی: در این پژوهش از یک جعبه به ابعاد ۶۰ × ۷۰ سانتی‌متر با عمق ۱۰ سانتی‌متر استفاده شده است. دیواره‌ها و کف این جعبه با رنگ آبی، رنگ‌آمیزی شده و با شن تا عمق ۵ سانتی‌متری پر شده است. از عروسک‌ها و اسباب‌بازی‌های کوچک نیز استفاده شده است که شامل عروسک‌های انسان، عروسک‌های فانتزی، عروسک‌های سرباز و وسایل جنگی، حیوانات اهلی (مثل سگ، گربه، پرنده) و حیوانات وحشی (مثل شیر، کرگدن، زرافه، پروانه، مار، عقاب) و خانه بزرگ با وسایل و لوازم داخل آن و یک خانه کوچک با وسایل و لوازم بودند. این برنامه که از کتاب راهنمای گام به گام شن‌بازی درمانی نوشته بویک و گودوین^۳ (۲۰۰۰) مستخرج شده است، شامل ۱۲ جلسه شن‌بازی درمانی است که به صورت انفرادی با کودکان انجام می‌شود. در شروع برنامه، کودک وارد اتاق بازی شده و در مورد سینی شن اطلاعاتی کسب می‌کند. از کودک درخواست می‌شود که در مدت نیم ساعت هرطور که دوست دارد با اسباب‌بازی‌ها بازی کند و در پایان داستانی را بیان کند. مشاهده بالینی رفتارهای کودک و طرز بازی نیز توسط درمانگر ثبت می‌گردد. در شن‌بازی درمانی ابتدا کودک با سینی خشک به بازی با اسباب‌بازی‌ها می‌پرداخت و سپس قصه مورد نظر را به درمانگر نقل می‌کرد و سپس در سینی خیس

¹ Bratton, Ray, Rain, Jones

² Child symptoms inventory

³ Boik, Goodwin

اثر بخشی‌شن‌بازی درمانی بر علائم نقص توجه و پرتحرکی در کودکان مبتلا به نقص توجه- بیش‌فعالی
Investigating the efficacy of sand therapy on hyperactivity and attention deficit in ADHD children

همین روند تکرار می‌شد تا میزان درگیری کودک با فضای شن‌بازی بیشتر گردد. در دو جلسه آخر گروه‌های ۳ نفره به اتاق درمان هدایت شدند و قصه‌هایی را به صورت گروهی طراحی کردند و نحوه تعامل آنها و میزان کنترل رفتاری در تقسیم نقش توسط درمانگر ثبت می‌گردید. لازم به ذکر است در همه جلسات اسباب‌بازی‌هایی با محتوی پرخاشگرانه وجود داشت و نحوه تعامل کودک با این اسباب‌بازی‌ها توسط درمانگر ثبت می‌گردید. محتوای جلسات در جدول شماره ۱ ذکر شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات شن‌بازی درمانی

جلسات	محتوی جلسات
اول	آشنایی و برقراری ارتباط عاطفی با کودکان، بیان دستورالمع و قواعد بازی، آشنایی کودک با محیط بازی، سینی‌ها و ابزارها
دوم و سوم	استفاده از ماشین‌های سواری، تاکسی، اتوبوس، پلیس و ... خلق صحنه تصادف ماشین‌ها با یکدیگر، استفاده از هواپیمای مسافربری، خانه‌ها و درختان برای خلق صحنه‌های سقوط هواپیما، آتش سوزی خانه‌ها و درختان، استفاده از حیوانات وحشی برای حمله به حیوانات اهلی (ایجاد صحنه‌های مرتبط با رفتارهای تکانشگرانه)
چهارم و پنجم	استفاده از ماشین‌های جنگنده، عروسک‌های فانتزی، کشتی، سربازها، حیوانات وحشی، علائم راهنمایی و رانندگی برای صحنه‌های مبارزه و جنگ که در آن جنگنده‌ها و سربازان در حال جنگ هستند (برون ریزی رفتارهای تکانشگرانه و پرخاشگرانه)
پنجم	استفاده از هواپیما، سربازها، انسان‌ها، حیوانات وحشی، انسان‌های اولیه، ماشین‌های گوناگون، حصارها، خانه‌ها، ماشین‌های آمبولانس، آتش‌نشانی برای خلق صحنه‌های شکار، تصادف، زندانی کردن و زلزله
ششم و هفتم	استفاده از ماشین‌های پلیس و لودر، سربازان، حیوانات اهلی و وحشی و عروسک‌های انسانی برای ساخت صحنه‌های دزدی، حملات نظامی و مبارزه، استفاده از این ابزارها برای خلق صحنه‌های مبارزه، کنترل، ایست و بازرسی ماشین‌ها
هشتم	استفاده از ماشین‌های مسابقه‌ای، لودر، اتوبوس، لودر، کامیون، حیوانات وحشی و عروسک‌های فانتزی برای خلق صحنه‌های تصادف، حملات حیوانات، خاکبرداری شن با استفاده از لودر و کامیون
نهم	استفاده از خانه و وسایل آن، سربازان، انسان‌ها، ماشین‌های آتش‌نشانی و آمبولانس، حیوانات وحشی برای خلق صحنه‌های کمک‌رسانی در هنگام زلزله و سقوط هواپیما و ...
دهم	استفاده از عروسک‌های سرباز، کشتی، خانه‌ها، ماشین‌ها، تانک‌ها و مدفون کردن آنها و رفتن به تفریح و مسابقه
یازدهم	استفاده از ماشین‌ها، عروسک‌های سرباز، حیوانات اهلی و وحشی، مدفون کردن ماشین‌های جنگی زیر شن و همکاری سربازان در ساخت و ساز
دوازدهم	استفاده از عروسک‌های فانتزی، سربازان، حیوانات اهلی، درختان و لوازم مرتبط با رعایت نظم و ترتیب، ایجاد مناظر طبیعی، تفریحی و ...

یافته‌ها

میانگین سنی کودکان شرکت‌کننده در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب $(M=9.3, SD=3.1)$ و $(M=8.7, SD=5.1)$ بود. میانگین مدت زمان مصرف دارو برای کودکان گروه آزمایش ۲ سال و ۳ ماه و برای گروه کنترل ۳ سال و ۱ ماه بود. در گروه آزمایش دو کودک و در گروه کنترل یک کودک، در حین جلسات بازی‌درمانی به علل شخصی دارو دریافت نمی‌کردند. توزیع جنسیت برای گروه آزمایش (۶۰ درصد پسر و ۴۰ درصد دختر) و گروه کنترل (۷۰ درصد پسر و ۳۰ درصد دختر) بود. جدول شماره ۲ آماره‌های توصیفی گروه‌های مطالعه را در متغیر کمبود توجه و پرتحرکی ارائه داده است.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای کمبود توجه و پرتحرکی در گروه آزمایش و کنترل

گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نقص توجه	آزمایش	۱۵	۱۸/۶	۱۶/۶	۳

کنترل	۱۵	۱۷/۶	۳/۸	۱۷/۸	۳/۴
پرتحرکی	آزمایش	۱۵	۲۱	۱۹/۳	۳
کنترل	۱۵	۲۱/۴	۳/۵	۲۱/۲	۴/۱

بر اساس اطلاعات ارائه شده در جدول ۲، میانگین نمرات نقص توجه و پرتحرکی در گروه آزمایش پس از شن‌بازی درمانی کاهش یافته است. در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس معناداری این تفاوت‌ها را بررسی می‌کند. لازم به ذکر است عدم معناداری آزمون لون حاکی از همسانی واریانس‌ها بود. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها بود. همچنین میزان آزمون ویلکس لامبدا نشان داد متغیر مستقل شن‌بازی درمانی در مدل درمانی تغییر معنادار ایجاد کرده است ($F=12/16$ و $p<0/001$). در جدول شماره ۳ نتایج تحلیل کوواریانس ذکر شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس کمبود توجه و پرتحرکی در گروه کنترل و آزمایش

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	F	معنی‌داری	مربع ایستا	قدرت مشاهده شده
گروه کمبود توجه	۳۳/۱۲	۱	۱۸/۹	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۸
پرتحرکی	۱۹/۳۹	۱	۸/۵	۰/۰۰۱	۰/۲۴	۰/۸۰
خطا کمبود توجه	۴۵/۴۷	۲۶				
پرتحرکی	۵۹/۰۶	۲۶				

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون F برای کمبود توجه و پرتحرکی به ترتیب ($F=18/9$, $P<0/05$) و ($F=8/5$, $P<0/001$) حاکی از تاثیر معنادار شن‌بازی درمانی بر گروه آزمایش است و با توجه به تفاوت میانگین‌ها، شن‌بازی درمانی منجر به کاهش نقص توجه و پرتحرکی شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر بررسی تاثیر شن‌بازی درمانی بر علائم کمبود توجه و بیش‌فعالی در کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد شن‌بازی درمانی منجر به کاهش علائم کمبود توجه و پرتحرکی در این کودکان شده است. نتایج این مطالعه با پژوهش‌های نو و کیم (۲۰۱۳) و قدم پور و همکاران (۱۳۹۷) همسو است. بویک و گودوین (۲۰۰۰) به این نکته اشاره دارند که هر دو روش ترسیم با شن و شن‌بازی، باعث فعال شدن انرژی روان می‌گردند و گذر از یک حالت ذهن به حالت دیگر را امکان‌پذیر می‌سازند. لمس کردن و حرکت دادن شن باعث آزادسازی احساسات منفی می‌شود (ریچارد و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین فرایند ساختن یک محوطه شنی برای کودکان جذاب است و بیان غیرمستقیمی را بدون نیاز به صحبت کردن در برمی‌گیرد. تمرکز بر فرایندهای خلاق، غیرکلامی و به فعل درآوردن توانایی‌های بالقوه فرد، موجب تقویت نیمکره راست مغز می‌شود که مربوط به فرایندهای ادراکی، حافظه تصویری، تجسم‌سازی، خیال‌پردازی، تخیل و احساسات است (ونگ و همکاران، ۲۰۱۸). به عبارتی این روش همراه با تجسم یک صحنه و خلق آن، در زمینه تقویت تمرکز کودکان موثر است. شن‌بازی باعث می‌شود که آزمودنی‌ها، مقداری از انرژی خود را در جلسات بازی صرف نمایند. این صرف انرژی سبب کمتر شدن تکانش‌وری و بیش‌فعالی آزمودنی‌ها در ساعات باقی‌مانده روز می‌گردد (سو داوسون، ۲۰۱۱). علاوه بر این در شن‌بازی تخلیه هیجانی و رفتاری کودکان از طریق زبان شن‌بازی قدرت می‌یابد و تقویت می‌شود (کهریزی و همکاران، ۱۳۹۴). تورنرو و کاپلا^۱ (۲۰۱۷) معتقدند از آنجایی که شن‌بازی برای کودکان لذتبخش است، بنابراین توجه و دقت بیشتری را در ساختن تصاویر و اشیاء صرف کرده و همین امر بتدریج زمینه بهبود توجه و تمرکز را فراهم می‌سازد. بازی با شن به این کودکان اجازه می‌دهد تا احساسات پرخاشگرانه و لطمه دیده خود را برای تسهیل رفتارهای مناسب‌تر و اجتماعی‌تر بیان کنند و معبری برای تخلیه احساسات و رفتارهای پرخاشگرانه خود بیابند (قدم‌پور و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین در این جلسات، سینی خیس

¹ Tornero, Capella

Investigating the efficacy of sand therapy on hyperactivity and attention deficit in ADHD children

باعث می‌شد کودکان وقت بیشتری را به خلق صحنه‌های متعدد بگذرانند و از طرفی بازی گروهی در جلسات آخر نشان می‌داد کودکان توانایی کنترل رفتارهای پرخاشگرانه و رعایت نوبت را در بازی انجام می‌دهند.

با توجه به تاثیر مثبت شن‌بازی درمانی و اثر مثبت درمانی آن بر روی مشکلات رفتاری و عاطفی می‌توان اذعان داشت که این تکنیک به عنوان یکی از تکنیک‌های درمانی برای اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی موثر است. البته نتایج تفاوت میانگین‌ها نشان می‌دهد تاثیر این درمان محدود است و بهتر است به عنوان یک درمان تکمیلی به آن نگریست. مطالعه حاضر با برخی محدودیت‌ها روبرو بود، از جمله عدم کنترل برخی متغیرها مثل نوع دارو و عدم اجرای مرحله پیگیری. در مطالعات آینده پیشنهاد می‌گردد تکنیک‌ها در فضایی آرام و استاندارد و با تعداد جلسات بالا و پیگیری‌های طولانی مدت انجام گردد. همچنین علائم همراه از جمله مشکلات رفتاری نیز مورد مطالعه و بررسی قرار گیرد.

منابع

- ذوالمجد، آنبا؛ برجلی، احمد؛ آرین، خدیجه. (۱۳۸۶). تاثیر شن‌بازی درمانی بر رفتارهای پرخاشگرانه پسران. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۷(۲)، ۱۶۸-۱۵۵.
- فرزاد، ولی الله؛ امامی پور، سوزان؛ وکیل، فرشته (۱۳۹۰). بررسی اعتبار، روایی و هنجاریابی پرسشنامه علائم مرضی کودکان بر روی کودکان کار. *مجله تحقیقات روانشناسی*، ۳(۱۱)، ۳۱-۲۳.
- قدم پور، عزت الله؛ شهبازیراد، افسانه؛ حقیقی کرمانشاهی، مارال، محمدی، فرشته؛ ناصری، نرگس. (۱۳۹۷). تاثیر شن‌بازی درمانی بر کاهش نشانه‌های تکانشگری و نارسایی توجه در کودکان پسر مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۵(۲)، ۴۷-۳۶.
- کهریزی، سمیه؛ مرادی، آسیه؛ مومنی، خدامراد. (۱۳۹۴). اثربخشی شن‌بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره، دانشگاه فردوسی مشهد*، ۵(۱)، ۱۷۴-۱۵۴.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington DC: USA; 2012-2013.
- Allan, J., Brown, K. (1993). Jungian play therapy in elementary schools. *Journal of Elementary School Guidance & Counseling*, 28(1), 30-41.
- Boik, B. L., Goodwin, E. A. (2000). *Sand play therapy: A step-by step manual for psychotherapists of diverse orientations*. New York: Norton.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rain, T., Jones, I. (2005). The efficacy of therapy with children: a meta- analytic review of Treatment outcomes. *Journal of Professional psychology: research and practice*, 3 (4), 370-390.
- Eyre, O., Langley, K., Stringaris, A., Leibenluft, K., Thapar, A. (2017). Irritability in ADHD: Associations with depression liability. *Journal of Affective Disorders*, 215, 281-287.
- Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Asherson, P. (2018). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *Journal of European Psychiatry*, 56, 13-34.
- Lu, L., Petersen, F., Lacroix, L. (2010). Stimulating creative play in children with autism through sand play. *Journal of Arts Psychotherapy*, 37 (1), 56-64.
- Mei-Hsiang, T. (2013). Research in play therapy: A 10-year review in Taiwan. *Children and Youth Services Review Journal*, 35(1), 25-32.
- Norton, B., Ferriegel, M., Norton, C. (2011). Somatic expressions of trauma in experiential play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 20(3), 138-152.
- Richards, S.D., Pillay, J., Fritz, E. (2012). The use of sand tray techniques by school counsellors to assist children with emotional and behavioral problems. *Journal of the Arts in Psychotherapy*, 39 (5), 367-373
- Rigler, T., Manor, I., Kalansky, A., Shorer, Z., Sadaka, Y. (2016). DSM-5 criteria for ADHD- Does it matter? *Journal of Comprehensive Psychiatry*. 68, 56-59.
- Sayal, K., Prasad, S. K., Daley, V., Ford, D., Coghill, T. (2018). ADHD in children and young people: Prevalence, care pathways, and service provision. *Journal of the Lancet Psychiatry*, 5(2), 175-186.
- Shrinivasa, B., Bukhari, M., Ragesh, G., Hamza, A. (2018). Therapeutic intervention for children through play: An overview. *Archives of Mental Health* . 19 (2), 82-92.
- Sue Dowson, L. (2011). *Single-Case Analysis of Sand Tray Therapy of Depressive Symptoms in Early Adolescence*. The Faculty of the graduate school of education and human development and Columbian college of arts and sciences of the George Washington University.
- Tornero, M. A., Capella, C. (2017). Change during psychotherapy through sand play Tray in Children that have been sexually abused. *Journal of Front Psychology*, 8, 617-621.
- Unnesteinsdotir, K. (2012). The influence of sand play and imaginative storytelling on children's learning and emotional behavioral development in an Icelandic primary school. *Journal of Arts Psychotherapy*, 39 (4), 328-32.

- Vogel, S. W. N., Bijlenga, D., Verduijn, J., Bron, T. I., Beekman, A. T. F., Kooij, J. J. S., Penninx, B. W. J. H. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and stress-related biomarkers. *Journal of Psychoneuroendocrinology*, 79, 31-39.
- Wen, Z., Risheng, Z., Haslam, D., Zhiling, J. (2011). The effects of restricted group sand play therapy on interpersonal issues of college students in China. *Journal of the Arts in Psychotherapy*, 38, 281- 289.
- Wang, K., Cui, Q., Xu, Q. H. (2018). Desert as therapeutic space: Cultural interpretation of embodied experience in sand therapy in Xinjiang, China. *Journal of Health & Place*, 53, 173-181
- Wethinton, H. R., Hahn, R. A., Fugua-Whiteley, D. S., Sipe, T. A., Crosloy, A. E., Johnson, R. L., Liberman, A. M., Moscichi, 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.



شپروشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



شپوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی