

اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر اعتماد به نفس، عزت نفس، کارکردهای اجرایی و نشانه‌های بیش‌فعالی کودکان دچار اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه

پریناز بنی سی^۱، مهرداد هوازاده^۲، وحید بنیسی^۳

^۱ استادیار گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران.

^۲ دانش‌آموخته کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، اصفهان، ایران.

^۳ دانش‌آموخته دکتری تخصصی مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

نام نویسنده مسئول:

پریناز بنی سی

چکیده

پژوهش حاضر به دنبال اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر اعتماد به نفس، عزت نفس، کارکردهای اجرایی و نشانه‌های بیش‌فعالی کودکان دچار اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه می‌باشد. روش پژوهش از نوع نیمه تجربی به شیوه پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کودکان سنین ۹-۱۲ سال دارای اختلال بیش‌فعالی و کمبودتوجه مراجعه کننده به کلینیک محیا شهر تهران بودند. که در آزمون کانونز نیز دارای اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه تشخیص داده شود. تعداد ۳۰ نفر از آنها به شکل نمونه گیری در دسترس انتخاب و به دو گروه آزمایش و گواه بصورت تصادفی واگذار شدند. آموزش بازی درمانی بر اساس زمان بندی توافقی طی ۱۰ جلسه حدود ۱/۵ ساعته هفته‌ای یک مرتبه توسط یک روانشناس آموزش دیده انجام شد. نتایج تحلیل‌های آماری حاکی از آن است که بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی در بین کودکان بیش‌فعال تاثیر گذار بوده و باعث افزایش اعتماد به نفس و عزت نفس و کاهش کارکردهای اجرایی و نشانه‌های بیش‌فعالی در بین کودکان می‌شود.

واژگان کلیدی: بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی-رفتاری، اعتماد به نفس، عزت نفس، کارکردهای اجرایی، بیش‌فعالی، کمبودتوجه.

مقدمه

اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، اختلال در بازداری رفتار است که با توانایی انتظار کشیدن، متوقف کردن پاسخ یا عدم پاسخ به رویدادها ارتباط دارد (۱). اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، اختلالی مزمن و شایع است که با سطح فعالیت نامناسب رشدی، تحمل کم محرومیت، ناتوانی در حفظ توجه و تمرکز، تکانشگری و رفتارهای کم سازمان یافته و آشفتگی مشخص می‌شود (۲). این اختلال در سالهای اخیر کانون توجه عمومی، علمی و بالینی بوده است (۳). یکی از شایع‌ترین اختلالات رشدی-عصب‌شناختی در کودکان و نوجوانان و علت مراجعه‌ی آنان به روانپزشک و مشاور اطفال است (۴). در واقع سه نوع اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی وجود دارد: نوع نارسایی توجه غالب، نوع بیش‌فعالی/تکانشگری غالب و نوع مرکب (۵). بررسی‌های نظام دار میزان شیوع اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را در دامنه‌ای از ۲ تا ۱۸ درصد گزارش کرده‌اند (۶). میزان شیوع آن در ایالات متحده حدود ۷ درصد و در سطح بین‌المللی بین ۲ تا ۲۹ درصد گزارش شده است؛ اما بیشترین گزارش‌ها بر رقم ۳ تا ۵ درصد برای شیوع این اختلال تاکید دارند (۷). میزان شیوع این اختلال براسا جنسیت نیز متفاوت است تا جایی که میزان شیوع آن در پسران نسبت به دختران در جمعیت عمومی تقریباً ۳ به ۱ و در موارد بالینی بین ۶ به ۱ تا ۹ به ۱ گزارش شده است (۸).

کودکان مبتلا به این بیماری، ضعف عمده‌ای در کارکرد اجرایی دارند که منجر به بروز مشکلات فراوان در برنامه‌ریزی و رفتار هدفمند در مدرسه، خانه و ارتباط با دیگران می‌شود (۹). این اختلال به نوعی اختلال در عملکرد اجرایی و حافظه کاری است؛ با توجه به پژوهش‌های پیشین، امروزه می‌دانیم که کودکان دارای نقص توجه/بیش‌فعالی، کودکانی تکانشگر و دارای قدرت ریسک بالا هستند و اغلب بدون تفکر و بررسی سازمان یافته، وارد عمل می‌شوند و یا اساساً بی‌هدف و بصورت تکانشی، کاری را آغاز می‌کنند. این کودکان همچنین انعطاف‌پذیری محدودی در روابط اجتماعی دارند (۱۰). این در حالیست که کارکردهای اجرایی مهارت‌های کنترل شناختی نامیده می‌شوند؛ این کارکردها بخشی از مکانیسم خودتنظیمی هستند که فرایندهایی مانند تغییر توجه، حل مسئله، برنامه‌ریزی، بازداری و حافظه‌ی کاری را در بر می‌گیرند (۱۱). کارکردهای اجرایی به‌عنوان فرآیندهایی تعریف می‌شوند که فرایندهای شناختی دیگر را کنترل، هدایت و هماهنگ می‌کنند (۱۲). این کارکردها شامل تمام فرایندهای شناختی پیچیده‌ای می‌شود که در انجام تکالیف هدفمند، دشوار یا جدید ضروری هستند (۱۳). کارکردهای اجرایی عملکرد قسمتهایی از مغز هستند که مسئولیت انجام تکالیف سوئیچینگ، تکالیف چندوظیفه‌ای و دو تکلیف موازی را بر عهده دارند (۱۴). مطالعات طولی نشان می‌دهند این توانایی‌ها با موفقیت تحصیلی، سازگاری اجتماعی و موفقیت شغلی ارتباط دارند (۱۵). یک فراتحلیل در زمینه ۸۳ مطالعه انجام شده در مورد کارکردهای اجرایی در اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی مشخص کرد کودکان و نوجوانان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به صورت معنادار در ارزیابی‌های عصب-روانشناختی مربوط به کارکردهای اجرایی شامل برنامه‌ریزی، بازداری، حافظه کلامی و فضایی و انعطاف‌پذیری شناختی نسبت به جمعیت عادی نقص دارند (۱۶).

در حقیقت مشکلات مشکلات رفتاری کودکان به طور عمیقی بر روابط و کنش‌های خانواده اثر می‌گذارد (۱۷).

در زمینه درمان کودکان ADHD، پژوهش‌ها حاکی از این هستند که استفاده از رویکرد شناختی-رفتاری در کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی، تکانشگری، افزایش رفتارهای جامعه‌پسند و شناخت اجتماعی و بهبود روابط با همسالان موثر بوده است (۱۸). با توجه به نحوه‌ای که مکن است معلمان موجب رفتار اخلاص گرانه شوند، باید سوال‌هایی از خودشان درباره‌ی آموزش تحصیلی، انتظارات و رویکردهای مدیریت رفتار بپرسند (۱۹). نباید معلمان را برای رفتار اخلاص گرانه‌ای که نقشی در آن ندارند مقصر بدانیم، ولی این امر به همان اندازه اهمیت دارد که معلمان هر چیزی را که امکان دارد که موجب بدرفتاری کودک شود حذف کنند (۲۰). در واقع یکی از برجسته‌ترین رویکردهای بازی درمانی که برای کودکان پیش دبستانی و دبستانی طراحی شده است، بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری است. در این رویکرد بر مشارکت کودک در درمان تاکید می‌شود. در ایزی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری این امر از طریق مورد توجه دادن مواردی مانند کنترل رفتار خود و دیگران، تسلط و پذیرش مسئولیت در قبال تغییر رفتار و اکتساب مهارت‌های اجتماعی عملیاتی می‌شود. در این نوع بازی درمانی از روش‌هایی مانند خودنظارتی و فنون مدیریت وابستگی از جمله تقویت مثبت، شکل دهی، خاموش‌سازی و سرمشق دهی استفاده می‌شود که رشد اجتماعی و بهبود مهارت‌های اجتماعی در راستای کاهش مشکلات رفتاری و سازگاری از جمله اهداف نهایی آن است (۲۱). نتایج پژوهش صریحی، پورنمایی و نیک اخلاق (۲۲) نشان داد بازی درمانی گروهی سبب کاهش مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی می‌شود. در این رویکرد، اندیشه‌های ناهمخوان همراه با مشکلات رفتاری شناسایی و اصلاح می‌شوند. در حقیقت تغییراتی در فرایندهای شناختی کودک بوجود می‌آید که بر مشکلات رفتاری آنها تاثیر مطلوبی می‌گذارد (۲۳). عزت نفس شامل احساسات، باورها و آرزوهای پیچیده کودک بر اساس مهارت‌های در حال تغییر وی در تاثیر متقابل و نفوذ به دنیای اطرافش است (۲۴). همچنان که کودکان از خود درکی پیدا می‌کنند و هویت خود را می‌یابند، تلویحا برای خصوصیات خود ارزش منفی یا مثبت قائل می‌شوند. مجموعاً ارزیابی‌هایی که کودک از خود می‌کند، عزت نفس او را تشکیل می‌دهد (۲۵). نیاز به عزت نفس یکی از نیازهای روانی طبیعی انسان است که به دنبال پیروی از قواعد و هنجارهای اجتماعی، پیشرفت موفقیت، فعالیت‌های سالم و برخورداری از سبک زندگی سالم به دست می‌آید و در تمام طبقات و درجات علمی و اخلاقی نیاز به

داشتن مقدار معینی از عزت نفس به عنوان یکی از نیازهای اساسی انسان وجود دارد. هر اندازه فرد در کسب عزت نفس دچار شکست شود بیشتر دستخوش اضطراب، تزلزل روانی و بدگمانی از خود حقیقت‌گریزی و احساس عدم کفایت در زندگی می‌گردد. عزت نفس بالا باعث ایجاد حس اعتماد به خود می‌شود که این احساس فرد را قادر می‌سازد با سختی‌ها بهتر تطابق پیدا کند (۲۶). در این مورد می‌توان گفت یکی دیگر از ویژگی‌های مثبتی که تاثیر بسزایی بر جنبه‌های مختلف زندگی دارد، داشتن اعتماد به نفس است. اعتماد به نفس نوعی نگرش است که به فرد این فرصت را می‌دهد تا دیدگاه واقعی و مثبتی نسبت به خود داشته باشد و سبب می‌شود فرد به توانایی‌های خود اعتماد کرده، احساس کنترل بر زندگی خود داشته باشد. اعتماد به نفس از پنج مولفه تشکیل شده است که عبارتند از اعتماد به نفس اجتماعی، استقلال از هم‌تا، اعتماد به نفس مربوط به موقعیت، ابراز وضع و ابراز فیزیکی. طبق نظر اوزبی اعتماد به نفس به عنوان به رسمیت شناختن توانایی‌ها از دید خود فرد و علاقه به خویشتن و آگاهی از احساسات تعریف می‌شود (۲۷). اعتماد به نفس همچنین ممکن است به عنوان یک احساس خوب به عنوان یک نتیجه از تمیق احساسات مثبت تعریف شود. بطور کلی می‌توان از آن به عنوان یک توافق صحیح همراه با شهامت و شجاعت بین خود و اطرافیان یاد کرد. می‌توان گفت اعتماد به نفس از زمان تولد در فرد وجود دارد ولی با این حال می‌توان گفت این ویژگی شخصیتی قابلیت تغییر و رشد در طول زمان را دارا می‌باشد. عامل اصلی در ایجاد متغیر اعتماد به نفس فاصله زمانی بین تولد تا یک سالگی است. مطالعات نشان داده است که سطح بالای اعتماد به نفس، منجر به افزایش انگیزه و تلاش به منظور حفظ و یا تسهیل عملکرد فرد تحت شرایط اضطراب‌زا می‌شود. آنهایی که در زمینه کار و تحصیل موفق هستند دارای سطح بالایی از اعتماد به نفس هستند (۲۸).

روش

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون، با گروه کنترل و پیگیری است. جامعه‌ی پژوهش حاضر شامل کودکان سنین ۹-۱۲ سال دارای اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه مراجعه کننده به کلینیک محیا شهر تهران بودند که علاوه بر تشخیص روانپزشک لازم بود که در آزمون کانرز نیز دارای اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه تشخیص داده شود. تعداد ۳۰ نفر از آنها به شکل نمونه گیری در دسترس انتخاب و به دو گروه آزمایش و گواه بصورت تصادفی واگذار شدند. ملاک‌های ورود به گروه نمونه عبارتند از تشخیص قطعی اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه توسط روانپزشک و تمایل شرکت کنندگان برای شرکت در جلسات درمانی؛ و ملاک خروج نیز غیبت بیش از یک جلسه برای این پژوهش در نظر گرفته شد. اجرای متغیر مستقل یعنی بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی، با استفاده از کتاب‌های کلیات بازی درمانی محمد اسماعیل (۱۳۸۶) (۲۹)، پژوهش موللی و همکاران (۱۳۹۴) (۳۰) و با همکاری دو نفر از متخصصان آموزش و روانشناسی کودکان با نیازهای ویژه با توجه به رویکرد شناختی-رفتاری تهیه شده است. روند جلسات با تاکید بر انجام گروهی فعالیت‌ها و مشارکت آزمودنی‌ها انجام شد و طرح درمانی جلسات بر روی افزایش خودکنترلی کودکان، افزایش مشارکت فعال و جسورانه و هدفمند و یادگیری پاسخ‌های سازگارانه و تعاملی با یکدیگر و محیط در راستای تقویت اعتماد به نفس، عزت نفس و کارکردهای اجرایی و در همین راستا، کاهش نشانه‌های این اختلال بود. در انتها از کلیه شرکت کنندگان پس از آزمون گرفته شد. این برنامه بر اساس زمان بندی توافقی طی ۱۰ جلسه حدود ۱/۵ ساعته هفته‌ای یک مرتبه توسط یک روانشناس آموزش دیده در کلینیک به شرح زیر برگزار گردید.

| رئوس فعالیت‌ها |
|---|
| ۱. آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و ایجاد رپورت مناسب بین درمانگر و کودکان آزمون و انجام پیش‌آزمون |
| ۲. بازی با مداد رنگی، آبرنگ، آینه، تخته سیاه و دومینوی گروهی |
| ۳. خمیر بازی، ساختن پازل انسان بصورت گروهی و بازی با نخ و مهره‌ها |
| ۴. کار با شن، ساخت مجسمه‌های شنی و بازی با مکعب‌های چوبی |
| ۵. لگوی گروهی، عروسک انگشتی، قصه و بازی با توپ و سطل |
| ۶. بازی تقلید صدا، کاردستی گروهی، دارت و پازل اعداد و حروف |
| ۷. بازی نقش با کودکان، کپی اشکال هندسی، بازی با آهنگ |
| ۸. حباب بازی گروهی، کارت‌های آموزشی، پازل گروهی و دومینوی فردی |
| ۹. بازی با بادکنک، مهره نخ کردن و داستان گویی از روی تصویر بصورت گروهی |
| ۱۰. رنگ آمیزی با انگشت، ساختن داستان، قصه گویی و توپ بازی گروهی |

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، پس از کتب رضایت کتبی از والدین کودکان شرکت کننده در پژوهش و جلب همکاری کودکان، پژوهش صورت گرفت. به مسئولان مراکز و والدین کودکان شرکت کننده در این پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات استخراج

شده بصورت محرمانه باقی ماند، نتایج حاصل از پژوهش در سطح کلی گروه‌ها گزارش شود تا برای پیشبرد اهداف تعلیم و تربیت در اختیار روانشناسان و متخصصین تعلیم و تربیت قرار بگیرد. داده‌های بدست آمده قبل و بعد از برگزاری جلسات آموزشی برای هر دو گروه با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از نسخه ۲۴ نرم افزار آماری SPSS، استفاده شد.

ابزار

۱- پرسشنامه اعتماد به نفس برون رویتزر:

در این پژوهش برای اندازه گیری اعتماد به نفس آزمودنی‌ها از مجموعه ای از سوال‌های پرسشنامه شخصیتی برون رویتزر استفاده شده است. این پرسشنامه در مجموع ۱۲۵ آیتم دارد و شش جنبه از دوجنبه‌ی درون گرایی-برون گرایی تمامی، اعتماد به نفس، سلطه جویی-سلطه پذیری، اعتماد به نفس و اجتماعی بودن را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره‌ای که به هریک از سوال‌ها، در هریک از مقیاس‌ها، داده می‌شود، براساس ارزش تشخیصی آنها تعیین شده و در مقیاس‌های الف +۷ تا -۷ و در مقیاس‌های +۸ تا -۸ متغیر است. هریک از ۲۵ سوال پرسشنامه برای هریک از شش ویژگی شخصیتی مورد سنجش دارای یک ارزش تشخیصی معین است بنابراین می‌توان برای ارزیابی هریک از این شش ویژگی کل پرسشنامه را بروی فرد اجرا کرد. نمره‌ی آزمودنی در هر مقیاس از جمع جبری نمرات مثبت و منفی او در آن مقیاس به دست می‌آید. در این تحقیق برای اندازه گیری اعتماد به نفس آزمودنی‌ها از میان سوال‌های پرسشنامه شخصیتی برون رویتزر ۳۰ سوال، یعنی همان سوالات خرده مقیاس اعتماد به نفس پرسشنامه که دارای بالاترین ارزش تشخیصی برای سنجش اعتماد به نفس بودند و مورد تایید تعدادی از متخصصین روانشناسی نیز قرار گرفت در قالب یک پرسشنامه به آزمودنی‌ها ارائه شد. در مقیاس اعتماد به نفس، هرچه عدد بدست آمده کوچکتر باشد، نشان دهنده‌ی اعتماد به نفس بالاتر است. پایایی مقیاس‌های مختلف پرسشنامه شخصیتی برون رویتزر با استفاده از روش اجرای مجدد بین ۷۸/۰ بدست آمده است. روایی همزمان بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ محاسبه شده است.

۲- پرسشنامه‌ی عزت نفس آیزنگ

۳۰ سوال در این پرسشنامه وجود دارد که عزت نفس را در مقابل احساس حقارت نشان می‌دهد. به سوالهایی که به علامت سوال پاسخ داده باشند عدد نیم، و به آنهایی که عزت نفس را پاسخ داده باشند عدد یک و به پاسخهای مقابل آن عدد صفر تعلق می‌گیرد. دامنه‌ی نمرات پرسشنامه از صفر تا ۳۰ می‌باشد. سوالهایی که با بله نمره‌ی یک می‌گیرند عبارتند از: ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۵، ۵۶، ۵۷، ۵۸، ۵۹، ۶۰، ۶۱، ۶۲، ۶۳، ۶۴، ۶۵، ۶۶، ۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۲، ۷۳، ۷۴، ۷۵، ۷۶، ۷۷، ۷۸، ۷۹، ۸۰، ۸۱، ۸۲، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۰، ۹۱، ۹۲، ۹۳، ۹۴، ۹۵، ۹۶، ۹۷، ۹۸، ۹۹، ۱۰۰. این پرسشنامه، ۳۰ پرسش دو گزینه‌ای (بله و خیر) دارد. روایی این آزمون، به روش اعتبار ملاکی ۰/۸۶، و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی، به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۸۹، به دست آمد (۳۱).

۳- پرسشنامه کارکردهای اجرایی BRIEF:

پرسشنامه درجه بندی رفتاری کارکردهای اجرایی (فرم والدین)، توسط جرارد، جیویا پتر، ایسکوئیس، استیون، گای و کنورسی^۱ در سال ۲۰۰۰ نوشته شده است. این ارزیابی دارای دو فرم والدین و معلمین و دارای ۸۶ سؤال می‌باشد که با توجه به شرایط حادث شدن وضعیت برای کودک به عنوان "هیچ وقت" و "گاهی اوقات" و "همیشه" به ترتیب از ۱ تا ۳ توسط والدین نمره گذاری می‌شود و رفتارهای کودک را در مدرسه و یا منزل مورد بررسی قرار می‌دهد و به منظور تفسیر رفتاری عملکرد اجرایی کودکان ۵ تا ۱۸ ساله طراحی شده است (۳۲). زمان تکمیلی این فرم بین ۱۰ تا ۱۵ دقیقه است. جامعه مورد هدف ان شامل اختلالات رشدی و اختلالات عصبی (اختلال بیش فعالی همراه با نقصی توجه، اختلال طیف در خود مانده، اختلال خواندن، سندروم تور، عقب ماندگی ذهنی و آسیب های مغزی) می‌باشد. این پرسشنامه با مقیاس لیکرت نمره گذاری می‌شود. هر کدام از سؤالات مربوط به یکی از زیر مجموعه های پرسشنامه می‌باشد و این زیر مجموعه ها به دو قسمت اصلی مهارت های تنظیم رفتار و مهارت های فراشناخت به شرح زیر تقسیم می‌شود:

الف) مهارت های تنظیم رفتار: بازداری، انتقالی، کنترل هیجان

ب) مهارت‌های فراشناخت: برنامه‌ریزی، سازماندهی مواد، نظارت، حافظه کاری، آغازگری

¹ Gerard, Gioia, Petr, Isujiuth, Steven, Guy & Kenworthy

۴- مقیاس درجه بندی کانرز برای والدین

این مقیاس دارای ۴۸ پرسش است که می‌توان بوسیله‌ی آن، پنج گروه از اختلال‌های کودکان را شامل ناتوانی‌های یادگیری، سلوک، مشکلات روان‌تنی، بیش‌فعالی و اضطراب را ارزیابی کرد. ۱۰ سوال برای اختلال بیش‌فعالی است. این مقیاس برای رده سنی ۳ تا ۱۷ سالگی ساخته شده است و به هریک از آنها تا ۳ نمره داده می‌شود. میانگین ۱/۵ و بالاتر، بر وجود اختلال بیش‌فعالی دلالت دارد (۳۳). پایایی تست در این پرسشنامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۳ بوده است که این مقیاس دارای میانگینی معادل ۲۱/۴۲ و انحراف استاندارد ۱۶/۲۸ می‌باشد (۳۴).

نتایج

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری اعتماد به نفس، عزت نفس، کارکرد‌های اجرایی، بیش‌فعالی کانرز به تفکیک گروه‌ها

| پیگیری | | | پس آزمون | | | پیش آزمون | | | گروه متغیر | |
|------------------|---------|-------|------------------|---------|-------|------------------|---------|-------|------------|-------------------|
| انحراف استاندارد | میانگین | تعداد | انحراف استاندارد | میانگین | تعداد | انحراف استاندارد | میانگین | تعداد | | |
| ۰,۷۱ | ۳,۵۸ | ۱۵ | ۰,۷۱ | ۳,۶۸ | ۱۵ | ۰,۶۵ | ۳,۱۴ | ۱۵ | آزمایش | اعتماد به نفس |
| ۰,۸۳ | ۳,۲۰ | ۱۵ | ۰,۷۶ | ۳,۰۵ | ۱۵ | ۰,۸۱ | ۳,۰۵ | ۱۵ | کنترل | |
| ۰,۵۱ | ۳,۲۲ | ۱۵ | ۰,۵۵ | ۳,۲۹ | ۱۵ | ۰,۶۲ | ۲,۸۲ | ۱۵ | آزمایش | عزت نفس |
| ۰,۸۴ | ۳,۱۰ | ۱۵ | ۰,۷۶ | ۲,۹۱ | ۱۵ | ۰,۶۹ | ۲,۶۷ | ۱۵ | کنترل | |
| ۰,۴۲ | ۲,۸۰ | ۱۵ | ۰,۴۰ | ۲,۷۸ | ۱۵ | ۰,۴۸ | ۲,۵۷ | ۱۵ | آزمایش | کارکرد‌های اجرایی |
| ۰,۷۲ | ۳,۰۳ | ۱۵ | ۰,۶۵ | ۲,۸۴ | ۱۵ | ۰,۷۱ | ۲,۸۸ | ۱۵ | کنترل | |
| ۰,۸۷ | ۳,۳۴ | ۱۵ | ۰,۸۲ | ۳,۴۲ | ۱۵ | ۰,۹۵ | ۳,۳۸ | ۱۵ | آزمایش | بیش‌فعالی کانرز |
| ۱,۳۵ | ۲,۲۸ | ۱۵ | ۰,۸۰ | ۲,۸۶ | ۱۵ | ۰,۸۱ | ۲,۸۸ | ۱۵ | کنترل | |

با توجه به نتایج جدول بالا عزت نفس، گروه آزمایش در پس‌آزمون با میانگین ۳,۶۸ و انحراف استاندارد ۰,۷۱± است و کمترین میانگین مربوط به مولفه‌ی بیش‌فعالی با میانگین ۲,۲۸ و انحراف استاندارد ۱,۳۵± در گروه کنترل در پیگیری می‌باشد.

جدول شماره (۲) آزمون کلموگروف اسمیروف در مورد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری اعتماد به نفس و عزت نفس، کارکرد‌های اجرایی و بیش‌فعالی به تفکیک گروه‌ها

| آزمون کلموگروف اسمیروف پیگیری | | آزمون کلموگروف اسمیروف پس‌آزمون | | آزمون کلموگروف اسمیروف پیش‌آزمون | | گروه‌ها | نرمال بودن توزیع نمرات |
|-------------------------------|-------|---------------------------------|-------|----------------------------------|-------|---------|------------------------|
| معداری | آماره | معداری | آماره | معداری | آماره | | |
| ۰,۰۸ | ۰,۲۵۸ | ۰,۵۲ | ۰,۲۳۵ | ۰,۲۰ | ۰,۱۵۲ | آزمایش | اعتماد به نفس |
| ۰,۱۱۱ | ۰,۳۷۵ | ۰,۰۸ | ۰,۳۷۵ | ۰,۱۵ | ۰,۱۷۶ | کنترل | |
| ۰,۰۷ | ۰,۲۱۰ | ۰,۲۰ | ۰,۷۱۵ | ۰,۲۰ | ۰,۱۵۴ | آزمایش | عزت نفس |
| ۰,۲۰ | ۰,۱۵۵ | ۰,۲۰ | ۰,۱۳۵ | ۰,۲۰ | ۰,۱۰۶ | کنترل | |
| ۰,۰۸ | ۰,۲۲۳ | ۰,۰۹ | ۰,۲۵۷ | ۰,۱۵ | ۰,۱۱۷ | آزمایش | کارکرد‌های اجرایی |
| ۰,۱۶۹ | ۰,۱۱۲ | ۰,۰۷۵ | ۰,۲۱۶ | ۰,۰۸ | ۰,۱۰۵ | کنترل | |
| ۰,۱۰۷ | ۰,۲۰۱ | ۰,۰۸ | ۰,۲۷۳ | ۰,۱۳ | ۰,۱۴۰ | آزمایش | بیش‌فعالی کانرز |
| ۰,۱۱۴ | ۰,۲۹۴ | ۰,۰۷ | ۰,۲۹ | ۰,۰۷ | ۰,۱۶۱ | کنترل | |

همان گونه که در جدول (۲) ملاحظه می‌شود، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمره‌های دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری رد نمی‌شود. یعنی پیش فرض نرمال بودن نمره‌ها در پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری در هر دو گروه آزمایشی و کنترل تأیید شد ($P > 0.05$).

اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر اعتماد به نفس، عزت نفس، کارکردهای اجرایی و نشانه‌های بیش فعالی کودکان دچار اختلال بیش فعالی و کمبود توجه برای پاسخ به این سوال از تحلیل آزمون اندازه گیری مکرر استفاده شده است و نتایج به شرح جدول زیر می باشد.

جدول (۳) نتایج تحلیل اندازه گیری مکرر نمرات اعتماد به نفس، عزت نفس، کارکردهای اجرایی

| متغیر | مجموع مجذورات SS | درجه آزادی df | میانگین مجذورات MS | F | سطح معناداری | میزان تأثیر | توان آماری |
|-------------------|---------------------|------------------|-----------------------|-------|-----------------|-------------|------------|
| اعتماد به نفس | ۰,۹۱۴ | ۱ | ۰,۹۱۴ | ۰,۹۱۰ | ۰,۰۰۱ | ۰,۰۳۱ | ۱,۵۲ |
| عزت به نفس | ۱۱,۲۳ | ۱ | ۱۱,۲۳ | ۶,۴۱ | ۰,۰۱ | ۰,۵۴۳ | ۰,۶۸۶ |
| کارکرد های اجرایی | ۱۱,۵۵ | ۱ | ۱۱,۵۵ | ۵,۹۸ | ۰,۰۲ | ۰,۴۷۶ | ۰,۶۵۶ |

همان طور که جدول (۳) نشان می‌دهد اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر اعتماد به نفس، عزت نفس، کارکردهای اجرایی و نشانه‌های بیش فعالی کودکان دچار اختلال بیش فعالی و کمبود توجه اثر مثبت و معناداری داشته است ($P \leq 0.05$). جهت بررسی تفاوت پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌ها از آزمون توکی استفاده شد.

جدول (۴) خلاصه نتایج آزمون تعقیبی توکی در گروه آزمایش

| متغیر | آزمون | آزمون | تفاوت میانگین | سطح معناداری |
|-------------------|-----------|----------|---------------|--------------|
| اعتماد به نفس | پیش آزمون | پس آزمون | ۰,۵۴۰ | ۰,۰۰۰۱ |
| | پس آزمون | پیگیری | ۰,۴۴۷ | ۰,۰۰۰۱ |
| | پس آزمون | پیگیری | ۰,۰۹۳ | ۰,۰۴۸ |
| عزت نفس | پیش آزمون | پس آزمون | ۰,۲۶۹ | ۰,۰۰۰۱ |
| | پس آزمون | پیگیری | ۰,۲۲۰ | ۰,۰۰۳ |
| | پس آزمون | پیگیری | ۰,۰۴۹ | ۰,۰۱۲ |
| کارکرد های اجرایی | پیش آزمون | پس آزمون | ۰,۲۶۹ | ۰,۰۰۰۱ |
| | پس آزمون | پیگیری | ۰,۲۲۰ | ۰,۰۰۳ |
| | پس آزمون | پیگیری | ۰,۰۴۹ | ۰,۰۲۲ |
| بیش فعالی | پیش آزمون | پس آزمون | ۰,۲۳۱ | ۰,۰۰۲ |
| | پس آزمون | پیگیری | ۰,۷۴۱ | ۰,۰۱۶ |
| | پس آزمون | پیگیری | ۰,۹۱۰ | ۰,۰۰۰۱ |

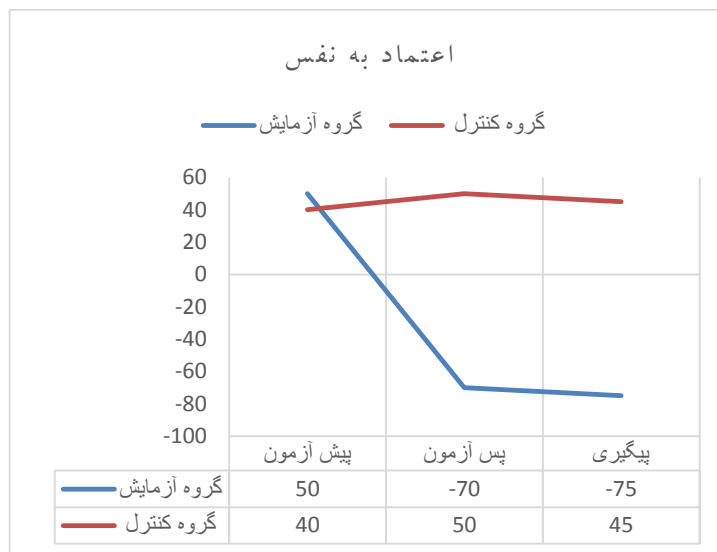
با توجه به نتایج جدول فوق نمره اعتماد به نفس، عزت نفس، کارکرد های اجرایی در گروه آزمایش در پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری متفاوت است. به عبارتی میانگین نمره اعتماد به نفس، عزت نفس، کارکرد های اجرایی در پس آزمون و پیگیری به طور معناداری بالاتر از پیش آزمون است ($P \leq 0.05$) به عبارتی می توان گفت اثر بخشی بازی درمانی تا زمان پیگیری پایدار بوده است.

جدول (۵) خلاصه نتایج آزمون تعقیبی توکی در گروه کنترل

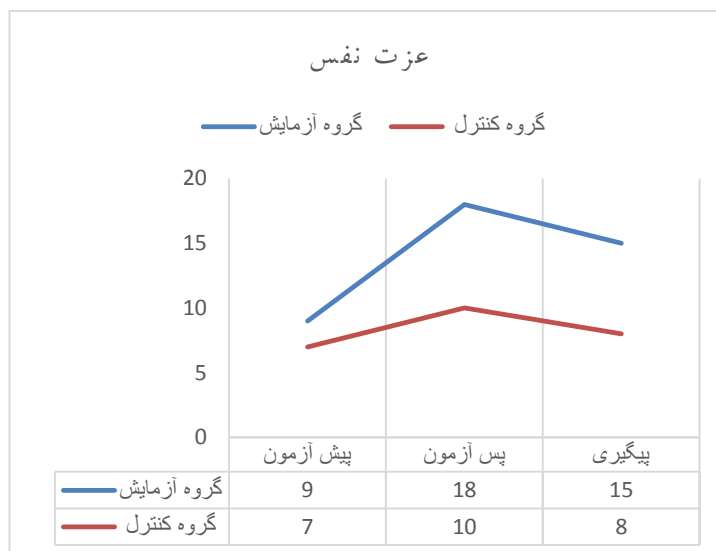
| متغیر | آزمون | آزمون | میانگین تفاوت | سطح معناداری |
|-------------------|-----------|----------|---------------|--------------|
| اعتماد به نفس | پیش آزمون | پس آزمون | ۰,۰۴۷ | ۰,۲۰۴ |
| | پس آزمون | پیگیری | ۰,۱۵۴ | ۰,۰۹۸ |
| | پس آزمون | پیگیری | ۰,۲۰۱ | ۰,۱۴۰ |
| عزت نفس | پیش آزمون | پس آزمون | ۰,۰۱۸ | ۰,۴۳۴ |
| | پس آزمون | پیگیری | ۰,۱۳۶ | ۰,۶۶۷ |
| | پس آزمون | پیگیری | ۰,۱۵۴ | ۰,۳۲۳ |
| کارکرد های اجرایی | پیش آزمون | پس آزمون | ۰,۰۱۸ | ۰,۴۳۴ |
| | پس آزمون | پیگیری | ۰,۱۳۶ | ۰,۶۶۷ |
| | پس آزمون | پیگیری | ۰,۱۵۴ | ۰,۳۲۳ |
| کارکرد های اجرایی | پیش آزمون | پس آزمون | ۰,۰۰۱ | ۰,۵۷۹ |
| | پس آزمون | پیگیری | ۰,۰۳ | ۰,۹۷۴ |
| | پس آزمون | پیگیری | ۰,۰۱۹ | ۰,۸۵۴ |

با توجه به نتایج جدول فوق نمره اعتماد به نفس، عزت نفس، کارکرد های اجرایی در گروه کنترل در پیش آزمون با پس آزمون و آزمون پیگیری تفاوت معنا دار آماری ندارد ($p > 0.05$).

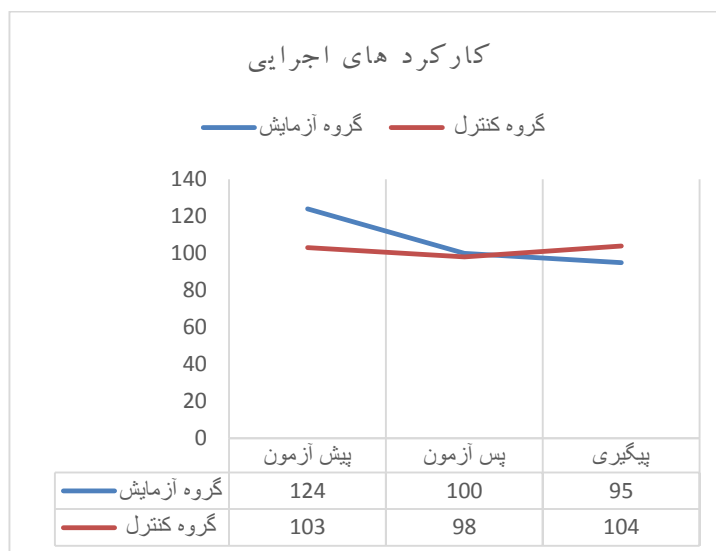
نمودار (۱) مقایسه نمرات اعتماد به نفس در اثر آموزش بازی درمانی در گروه آزمایش و کنترل



نمودار (۲) مقایسه نمرات عزت نفس در اثر آموزش بازی درمانی در گروه آزمایش و کنترل



نمودار (۳) مقایسه نمرات کارکرد های اجرایی در اثر آموزش بازی درمانی در گروه آزمایش و کنترل



بحث و نتیجه گیری

بطور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی-رفتاری، در کاهش مشکلات کودکان با اختلال بیش فعالی و کمبود توجه موثر است و علاوه بر کاهش نشانه‌های آن، بر تقویت عزت نفس و اعتماد به نفس و کارکردهای اجرایی این کودکان، اثرگذار است. اهمیت بازی در روانشناسی به حدی است که صاحب نظران آن را تفکر کودک نامیده‌اند (۳۵). کودکان از طریق بازی می‌توانند مهارت‌های پایه و اجتماعی را یاد بگیرند و رشد کنند؛ به ویژه وسایل بازی نقشی تعیین کننده در بازی دارد تا بتواند جهان اطرافش را کشف کند. بازی کیفیت زندگی کودک را با رشد تفکر خلاقانه بهبود می‌بخشد (۳۶). در بازی امکان بررسی دقیق و فردی الگوهای رفتاری کودک و پرداختن به تمامی جنبه‌های مشکل فراهم می‌شود. روانشناسان و پژوهشگران متعددی طی چندین دهه اثربخشی آن را مورد تایید قرار داده‌اند (۳۷). امروزه مهمترین روش برای درمان اختلالات روانی و عاطفی کودکان، بازی درمانی است که حتی موجب درمان بسیاری از اختلالات روانی در بزرگسالان نیز می‌شود (۳۸). پژوهش‌های بسیاری نشان‌دهنده‌ی این است که کارآمدی بازی درمانی شناختی رفتاری بدون توجه به رویکرد درمانگر، در ۸۰ درصد موارد ثابت شده است. نتایج تحقیقات باگرلی و پارکر (۲۰۰۵) (۳۹)، بیانگر این است که بازی درمانی بر عزت نفس و بسیاری از جنبه‌های دیگر روانشناختی در کودکان موثر است. صفری و همکاران (۱۳۹۳) (۴۰) و سیادتی و همکاران (۱۳۹۳) (۴۱) نیز در پژوهش خود در مورد کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه، بر کارایی بازی درمانی شناختی رفتاری تاکید نمودند. این پژوهش به لحاظ مختلف از محدودیت‌هایی برخوردار بود که برطرف سازی این محدودیت‌ها در پژوهش‌های آتی می‌تواند موجب غنی سازی این گونه پژوهش‌ها گردد. از محدودیت‌های این پژوهش میتوان به این اشاره کرد که امکان ادامه پیگیری به منظور بررسی تاثیر دراز مدت برنامه ارائه شده، می‌توانست بسیار مفید باشد. از طرف دیگر در مورد جنسیت نمونه‌های مورد بررسی، تعدد نمونه‌های پسران و کمی نمونه‌های دختر، امکان مقایسه بین جنسیت‌های مختلف در پژوهش را فراهم نمی‌آورد و مساله مهم دیگر آنکه در نیمه راه مقاومت بعضی والدین و کودکان و عدم همکاری در نیمه راه برای شرکت در جلسات، بر انگیزه آزمونگر در ارائه برنامه تاثیر منفی می‌گذاشت.

منابع و مراجع

- [1] Kirk S, Gallagher G, Coleman MR. Educating exceptional children. New York: Elsevier; 2015.
- [2] Ashori M, Jalil-Abkenar SS. [Students with special needs and inclusive education (Persian)]. Tehran: Roshd-e Farhang; 2016.
- [3] Rajabi S, Abolghasemi M, Ghaemi F. The effectiveness of impulse control training on the self-efficacy of students with ADHD symptoms. *Journal of School Psychology*. 2012; 1(4):56-73.
- [4] Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Attention deficit/ hyperactivity disorder. In: Greenhill LL, Hechtman LI, editors. *Comprehensive textbook of Psychiatry*. 9th ed. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins. P; 2009.
- [5] Sadock J, Sadock A, Ruiz P. *Study Guide and Self-Examination Review in Psychiatry*. 9^{ed}. Philadelphia: LWW; 2011.
- [6] Rowland AS, Lesesne CA, Abramowitz AJ. The epidemiology of attention deficit/ hyperactivity disorder (ADHD): a Public health view. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2002; 8(3): 162-70.
- [7] Nair J, Ehimare U, Beitman BD, Nair SS, Lavin A. Clinical review: evidence-based diagnosis and treatment of ADHD in children. *Mo med*. 2006; 6:617-21.
- [8] Rasmussen K, Levander S. Untreated ADHD in adults: Are there sex differences in symptoms, comorbidity and impairment. *Journal of Attention Disorder*. 2009; 12: 353-60.
- [9] Sadock JM. Kaplan and Sadock's synopsis of Psychiatry, Behavioral sciences/ clinical psychiatry, Amazon. 11th edition. 2015. 201-210.
- [10] Mereugliana M. What is ADHD? *Pediatric clinic of America*. 2003; 46:831-843.
- [11] Sosic-Vasic Z, Kroner J, Schneider S, Vasic N, Spitzer M, Streb J. The association between parenting behavior and executive functioning in children and young adolescents. *Frontiers in Psychology*. 2017; 8:472. [DOI:10.3389/fpsyg.2017.00472] [PMID] [PMCID]
- [12] Bull R, Lee K. Executive functioning and mathematics achievement. *Child Development Perspectives*. 2014; 8(1):36-41. [DOI:10.1111/cdep.12059]
- [13] Amani O, Mazaheri MA, Nejati V, Shamsian BS. [Effects of cognitive rehabilitation on executive functions in adolescent survivors of leukemia: A randomized and controlled clinical trial (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2017; 18(1):73-82. [DOI:10.21859/jrehab-180173]
- [14] Yousefi R, Soleimani M, Ghazanfariyanpoor S. [Comparison between switching and creativity among bilingual and monolingual children (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2017; 18(1):1-12. [DOI:10.21859/jrehab-18011]
- [15] Serpell ZN, Esposito AG. Development of executive functions: implications for educational policy and practice. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Science*. 2016; 3(2): 203-10. [DOI:10.1177/2372732216654718]
- [16] Seriano-Ferrer M, Felix-Mato V, Begeny J. Executive function domains among children with ADHD: Do they differ between parents and teachers ratings. *Procedia-Social and Behavioral Science*. 2014; 132:80-6. [DOI:10.1016/j.sbspro.2014.04.281]
- [17] Bulgan C, Ciftci A. Psychological adaptation, marital satisfaction, and academic self-efficacy of international students. *Journal of International Students*. 2017; 7(3):687-702.
- [18] Dallnic A, Smith SW, Brank EM, Penfield RD. Classroom-based cognitive-behavioral intervention to prevent aggression: Efficiency and social validity. *Journal of School Psychology*. 2006; 44:123-139.
- [19] Hallahan DP, Kauffman JM, Pullen PC. *Exceptional Learners: An introduction to special education*. New York: Pearson; 2015.
- [20] Babinski DE, Mills SL, Bensal PS. The effect of behavioral parent training with educative social skills training for a Preadolescent girl with ADHD and borderline Personality features. *Clinical Case Studies*. 2017; 17(1):21-37. [DOI: 10.1177/1534650117741707]
- [21] Movallali G, Jalil-Abkenar SS, Ashouri M. [The efficacy of group Play therapy on the social skills of Pre-school hearing-impaired children (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2015; 16(1): 76-85

- [22] Sarihi N, Purnesaei GS, Nikakhlagh M. [Effectiveness of group Play therapy on behavior problems in Preschool children (Persian). *Journal of Analytical-Cognitive Psychology*. 2015;6(23): 35-41.
- [23] Shah Rafati F, Pourmohamadreza M, Pishyareh E, Mirzaei H, Biglarian A. [Effectiveness of group play thrapy on the communication of 5-8 years old chidren with high functioning autism (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2016; 17(3):200-211.
- [24] parsa M. Principles of developmental psychology. Tehran: Besat Publication.2006. [Persian]
- [25] Shamlou S. Mental pathology. 18th edition. Tehran: Samt Publication.2007[Persian]
- [26] Cooper S. Self-steem enhancement with children and adolescent.2003. New York: pergamon press
- [27] Ozbey C. Cocuk sorunlarina larina yapici cozumler.2004.Istanbul: Inkilap
- [28] Sar Ali Haydar, Avcu Ramazan, Isiklar Abdullah. Analyzing undergraduate students self confidence levels in terms of some variables. *Journal of social and Behavioral Science*. 2010. 5:1205-1209.
- [29] Mohammad Esmaeel, elahe. (۱۳۸۶). Therapeutic games, theories, methods and clinical applications. First Edition. Tehran: Dangeh Publications.
- [30] Molly, Gita; Jalil Abkenarisideh Somayeh, Ashoori Mohammad (۱۳۹۴). Effect of group therapy game play on the social skills of hearing impaired preschool children. *Quarterly Journal of Rehabilitation*, ۱۶(۱), ۲۷-۱۸
- [31] Beyabangard, Ismail (۱۳۸۴). Methods of increasing self-esteem in children and adolescents. Tehran: Publications of the Association of Educators and Educators.
- [32] GA, Isquith PK, Guy SC, Kenworthy L. Test review behavior rating inventory of executive function. *Child Neuropsychol*. 2000;6(3):235-238.
- [33] ۳۳)Alizadeh, Hamid (۱۳۸۶). Disorders of attention deficit hyperactivity disorder, evaluation, and treatment. Tehran: Growth Publishing.
- [34] ۳۴)Khoshbay, Katayoun, Ghadiri, Fatemeh Vojzairi, Alireza (۲۰۰۶). The Effect of Parent Management Parent Training Program Appropriate to Iranian Culture in Reducing Symptoms of Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD) and its Comparison with Drug Therapy. *Quarterly Journal of Family Studies*, (۷): ۲۸۰-۲۶۹
- [35] Najafi, Mahmoud; Surpulki, Bita (۱۳۹۵). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Aggression and Disorders of Primary Children aged ۷to ۱۲years. *Psychology of Exceptional Persons*, ۶(۲۱): ۱۰۳-۱۲۲
- [36] Ostrosky, M. M., & Meadan, H. (2010). Helping children play and learn together. *YC Young children*, 65(1), 104-110
- [37] Bratton S, C, Dee, R., Tammy, R and Leslie, J (2005). The Dfficacy of Play Therapywith Children, *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol.36, PP: 376-390
- [38] Landrace, Carriage. (۱۳۹۰). Therapeutic game, art of communication, translating Foruzandeh Davarpanah. Tehran: Growth Publishing.
- [39] Baggerly,J., Parker, M. (2005). Child-centered group play therapy with African American boys of the elementary school level. *Journal of Counseling & Development*, 83,387-396.
- [40] Safari, Soheila, Faramarzi, Salar, and Abedi, Ahmad. (۱۳۹۳). The Effect of Cognitive Behavioral Therapy on the Behavioral Behavior of Disobedient Students. *Medical Journal of Urmia*, ۲۵(۳): ۲۵۸-۲۶۷
- [41] Syedatyan, Seyyed Hossein, Abedi, Ahmad, and Sadeghian, Alireza. (۱۳۹۳). The effect of therapeutic play on the auditory and auditory abilities of students with spelling learning disorder. *Journal of Disability Studies*, ۴(۴): ۴۳-۵۴