

اثر بخشی بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۲/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۳/۲۹

بهمن اکبری^{۱*}، فهیمه رحمتی^۲

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری بر پرخاشگری کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی انجام شد.

روش: طرح پژوهش آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل تمامی کودکان ۴-۶ ساله مهدکودک‌های شهر رشت در سال تحصیلی ۹۲-۹۱ بود که از این میان ۴۰۰ کودک به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و پرسشنامه علائم مرضی کودکان برای آنها اجرا شد. سپس ۳۰ کودک دارای اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی با احراز ملاک‌های ورود به پژوهش به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل) جایدهی شدند و به پرسشنامه پرخاشگری پیش دبستانی واحدی و همکاران (۱۳۸۷) پاسخ دادند. سپس برنامه بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری در یک دوره ۱۰ جلسه‌ای ۶۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دو بار برای کودکان گروه آزمایش به اجرا درآمد و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات پس آزمون بر روی هر دو گروه اجرا شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری بر کاهش پرخاشگری معنادار بوده است.

نتیجه‌گیری: کودک در فرایند بازی درمانی، کام‌نایافتگی‌های انباشته شده خود را در بستری مناسب از طریق پرخاشگری بروز می‌دهد و با بازتاب مناسب، نحوه مهار آن را آموخته و درونی می‌کند.

کلیدواژه‌ها: بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی - رفتاری، پرخاشگری، اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی

۱. *نویسنده مسئول: دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رشت، رشت، ایران (bakbari44@yahoo.com)

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

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی، یک اختلال عصب روان شناختی با سن شروع در دوران کودکی است که از طریق درجاتی از نارسایی توجه نامتناسب با سن و مزمن، تکانشگری و تا اندازه‌ای فزون کنشی مشخص می‌شود و نسبت به افراد عادی که در همان سطح از تحول قرار دارند، با فراوانی و شدت بیشتری رخ می‌دهد (۱). این اختلال، یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان پزشکی کودکان است. آمارهای گوناگونی در زمینه میزان شیوع این اختلال وجود دارد. در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی میزان شیوع این اختلال برای بزرگسالان ۲/۵ درصد و برای کودکان رقم ۵ درصد گزارش شده است (۲)؛ با این وجود، رقم محتاطانه ۳ تا ۷ درصد از کودکان در سنین مدرسه را مبتلایان به این اختلال تشکیل می‌دهند (۳، ۴، ۵). نشانه‌های اصلی نارسایی توجه/ فزون کنشی بر اساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی وجود پنج نشانه مرتبط با تکانشگری، نارسایی توجه یا فزون کنشی باید قبل از سن ۱۲ سالگی شروع شود و حداقل در دو موقعیت متفاوت مانند کودکستان، مدرسه، خانه و یا هنگام ارزیابی و معاینه روان شناختی دیده شود. در ویرایش پنجم هجده نشانه ارائه و الزام شده است که حداقل شش نشانه در نارسایی توجه یا فزون کنشی/ تکانشی باید مشاهده شود تا بتوان تشخیص این اختلال را در افراد داد. به عبارت دیگر، در حداقل نشانه‌ها برای تشخیص اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی در بزرگسالان پنج نشانه و برای کودکان، حداقل شش نشانه است. بسته به نشانه‌های موجود، افراد مبتلا به این اختلال به سه زیرگروه متفاوت تقسیم می‌شوند: نوع با نارسایی توجه، نوع با فزون کنشی/ تکانشگری، و نوع ترکیبی (۲). متوسط سن شروع در نوع فزون کنشی - تکانشگر حدود ۴ سالگی و در نوع ترکیبی حدود ۵ سالگی است. بنابراین اغلب کودکان در انواع فزون کنشی - تکانشگر و نوع ترکیبی قبل از ۷ سالگی دچار اختلال عملکرد ناشی از بیماری می‌شوند اما متوسط سن شروع علائم در نوع نارسایی

توجه بعد از ۶ سالگی بوده است و در برخی موارد سن شروع علائم بالاتر از ۷ سالگی است. بنابراین علائم نارسایی توجه و فزون کنشی در کودکان اغلب قبل از سن مدرسه شروع می‌شود (۴).

پرخاشگری رفتاری است که هدف آن صدمه زدن به خود یا دیگران است. در این تعریف قصد و نیت حائز اهمیت است، یعنی رفتار آسیب‌زا در صورتی پرخاشگری محسوب می‌شود که از روی قصد و عمد به منظور صدمه زدن به دیگری یا به خود انجام گرفته باشد (۵). پرخاشگری تأثیرات مخربی از جمله صدمه، آسیب‌زدن، حمله‌های آسیب‌زا به خود و دیگران، مرگ غیرمنتظره و رفتارهای پرخطر را ممکن است به دنبال داشته باشد (۶). پرخاشگری ممکن است به شکل‌های گوناگونی بروز یابد. شکل کلامی و فیزیکی آن مؤلفه‌های ابزاری یا رفتاری را نشان می‌دهد و خشم، جنبه هیجانی و خصومت، جنبه شناختی پرخاشگری است (۳). برخی از پیامدهای منفی احتمالی پرخاشگری شامل ترس، تحریک پرخاشگری متقابل، از دست دادن توانایی مهارگری، احساس گناه، تنهایی و مشکلات در سلامت روان و زندگی اجتماعی است (۷).

با توجه به شیوع پرخاشگری دوران کودکی و آثار سوء آن بر جنبه‌های مختلف زندگی، توجه ویژه‌ای به درمان آن می‌شود و مطالعات گوناگونی درباره جنبه‌های مختلف درمان این اختلال انجام شده است. این مطالعات طیفی از روش‌های دارودرمانی، رفتاردرمانی و شناخت‌درمانی یا ترکیبی از روش‌های مختلف را در بر می‌گیرد (۷). مهمترین شیوه تثبیت‌شده درمان اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی، ایجاد و حفظ یک محیط مناسب در قالب درمان شناختی- رفتاری و دارودرمانی است. هدف نهایی درمان اختلال اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی، توانمند ساختن کودکانی است که بتوانند بر مشکلاتی که در طول زندگی با آنها مواجه می‌شوند، فائق آیند. این هدف را نمی‌توان با دارودرمانی یا وادار کردن کودکان به رعایت قواعد به دست آورد، که تنها راه به انجام

به موقعیت تعیین می‌کند. شناخت درمانی مبتنی بر این دیدگاه است که آسیب‌شناسی روانی، نتیجه خطای سیستماتیک، سوگیری و تحریف در ادراک و تعبیر و تفسیر رویدادهاست. از لحاظ نظری، تأکید بر تعامل فرد و محیط است نه بر فرد یا محیط به طور جداگانه. تفسیر فرد از رویدادها، نقش مهمی در بسیاری از آسیب‌های روانی ایفا می‌کند و این تفسیر، محصول تعامل ویژگی‌های فرد و ماهیت رویدادهایی است که فرد با آن مواجه است. این درمان بر این فرض استوار است که عاطفه و رفتار افراد، تا حد زیادی به واسطه روشی که آنها بر اساس آن، جهان را تفسیر می‌کنند، تعیین می‌شود. برای آن که بازی درمانی با این دیدگاه مؤثر باشد، باید فعالیت‌ها ساخت‌دار و هدف‌گرا باشند و در عین حال، جنبه‌های ارتجالی را برای کودک میسر کند (۱۲).

ذوالمجد، برجعلی و آراین (۱۳) در پژوهشی با عنوان تأثیر شن‌بازی درمانی بر روی پسران پرخاشگر نتیجه گرفتند که میزان پرخاشگری به طور معناداری در گروه آزمایش کاهش یافته است. همچنین در پژوهشی زارع و احمدی (۱۴) با موضوع اثربخشی بازی درمانی به شیوه شناختی- رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مشخص شد که بازی درمانی شناختی- رفتاری موجب کاهش مشکلات رفتاری کودکان می‌شود. در پژوهش به‌پژوه و نوری (۱۵) که به منظور بررسی تأثیر نقاشی درمانی در کاهش رفتارهای پر خاشگرانه دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در تهران انجام شد، تحلیل داده‌ها حاکی از کاهش معنادار رفتار پر خاشگرانه دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در گروه آزمایشی بود. در پژوهش دیگری که جنتیان، نوری، شفتی، مولوی و سماواتیان (۱۶) با موضوع بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری بر شدت نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی انجام شد، به بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری به مثابه روش درمانی مؤثری برای کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی اشاره شد. همچنین نتایج پژوهش قادری، اصغری مقدم و شعیری (۱۷) با منظور بررسی

رساندن آن، آموزش راهکارهایی در مورد شیوه برخورد با مردم و وظایفی است که در نحوه عملکرد روزانه کودک مفید است. بیشتر درمان‌های شناختی- رفتاری را می‌توان با آموزش، درنگ کن- فکر کن- عمل کن، توصیف کرد. این شیوه درمانی به طور معمول توسط درمانگران با بازی درمانی انجام می‌شود (۸). بازی درمانی یک تکنیک درمانی کودک‌محور است که برای درمان مشکلات و اختلال‌های کودکان مورد استفاده قرار می‌گیرد. هر چند کاربردهای بازی درمانی برای کودکان مشکل‌دار در مطالعات مختلف مورد تأکید قرار گرفته است ولی اندازه‌گیری رفتارهای مشکل‌دار، هدف و تظاهرات تغییر آن به ندرت گزارش شده است. از بازی درمانی در درمان انواع اختلال‌های کودکان مانند افسردگی کودکان، ترس‌های کودکان، مشکلات رفتاری که ریشه اضطرابی دارند، شب‌ادراری، ناخن جویدن، دروغ گفتن، پرخاشگری، فزون‌کنشی و نارسایی توجه استفاده و در بسیاری از موارد مؤثر ارزیابی شده است (۹).

در فرآیند تحول، مشکلات کودکان اغلب به علت ناتوانی بزرگسالان برای درک یا پاسخگویی مؤثر به احساس‌ها و کوشش‌های آنها برای برقراری ارتباط است. به منظور ارتباط برقرار کردن از طریق شفاهی با کودکان، بازی یک وسیله کاملاً پیشرفته برای بیان است که برای کودکان همانند کلام برای بزرگسالان است. بازی وسیله‌ای است که کودکان برای بیان احساس‌ها، برقراری روابط، توصیف تجربه‌ها، آشکار کردن آرزوها و خودشکوفایی خود از آن استفاده می‌کنند (۱۰). از طرف دیگر بازی می‌تواند نقش درمانی نیز داشته باشد که به یاری کودکان با مشکلات هیجانی/ رفتاری می‌شتابد تا این که بتوانند مسائل خود را به دست خویش و از طریق بازی‌های خود حل کنند. در این روش به کودکان فرصت داده می‌شود تا احساس‌های آزاردهنده و مشکلات درونی خود را از طریق بازی بروز دهند و آنها را به نمایش بگذارند (۱۱).

بازی درمانی شناختی- رفتاری بر این فرض استوار است که ادراک و تفسیر فرد از موقعیت، پاسخ هیجانی و رفتاری او را

می تواند گامی موثر در راستای پیشگیری و کاهش رفتار پرخاشگرانه در سطح پیش دبستانی باشد. ما در پژوهش حاضر با هدف مطالعه تأثیر بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی به دنبال بررسی این فرضیه هستیم که بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی مؤثر است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل تمامی کودکان ۶-۴ ساله مهدکودک های شهر رشت در سال تحصیلی ۹۲-۹۱ بود که از این میان ۴۰۰ کودک به روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای چند مرحله ای انتخاب و پرسشنامه علائم مرضی کودکان در مورد آنها اجرا شد. سپس ۳۰ کودک دارای اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی با احراز ملاک های ورود به پژوهش (داشتن اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی، سن ۴ تا ۶ سال و عدم داشتن مشکلات جسمی و کم توانی ذهنی) به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل) جایدهی شدند و به پرسشنامه پرخاشگری پیش دبستانی واحدی و همکاران (۱۳۸۷) پاسخ دادند.

ب) ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه علائم مرضی کودکان: این پرسشنامه یک ابزار غربالگری برای شایع ترین اختلال های روان پزشکی است. عبارت های آن بر اساس ویرایش چهارم ملاک های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی تدوین شده است. با توجه به اهمیت منابع اطلاعات متعدد، این پرسشنامه دارای دو فهرست والدین و معلمان است که در مقایسه با مقیاس ها و شیوه های دیگر، کارآمدی خود را نشان داده است و جایگزین مناسبی به عنوان یک مصاحبه مورد قبول روان پزشکی است که در وقت صرفه جویی می کند. حساسیت پرسشنامه علائم

کارایی بازی درمانی رفتاری- شناختی بر روی پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک در تهران، نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه در تفاضل نمرات پیش آزمون- پس آزمون پرخاشگری به نفع گروه آزمایشی وجود داشته است.

از جمله پژوهش های خارجی نیز بارکی (۱۸) در پژوهش خود به مطالعه اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر مهارت های سازشی و کنش های اجرایی در کودکان فزون کنش و افراد مبتلا به اختلال های یادگیری پرداخت که نتایج تفاوت معناداری را بین گروه های مورد بررسی در متغیرهای مهارت های سازشی و کنش های اجرایی نشان داد و به این نتیجه رسید که کودکان فزون کنش بیش از سایرین در این مسئله مشکل دارند. فینتز (۱۰) در پژوهش خود نتیجه گرفت که کودکان با نارسایی توجه/ فزون کنشی در گروه بدون آموزش مشکلاتی را در کنش های اجرایی نشان می دهند. وی در پژوهش خود ادعا کرد که این کودکان نارسایی زیادی را در درک و سازش یافتگی با موقعیت ها دارند. جانسما و کامب (۱۹) تأثیر برنامه های ترکیبی نقاشی درمانی و بازی درمانی را در افزایش مهارت های سازشی کودکان فزون کنش، بررسی نمودند. آنها ابتدا زمانی از روز را که رفتارهای آزمودنی ها به طور مکرر رخ می داد را تعیین کرده و سپس برنامه مناسبی را به مدت ۱ ساعت و قبل از زمان مشخص شده اجرا کردند. نتایج مشاهده های آنها حاکی از کاهش رفتارهای سازش نیافته آزمودنی ها و افزایش مهارت های سازشی بود.

با توجه به مرور پیشینه پژوهش و مطالب گفته شده خلاء پژوهشی درباره تأثیر بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی وجود دارد. همچنین این پژوهش می تواند زمینه ساز پژوهش های بیشتر در حوزه پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی شود. در سطح کاربردی نیز انجام این پژوهش

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

مرضی کودکان براساس بهترین نمره برش ۴، ۵ و ۷ برای هر یک از اختلال‌های نارسایبی توجه/فزون‌کنشی، نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک به ترتیب ۷۵ درصد، ۸۹ درصد و ۸۹ درصد و ویژگی آن به ترتیب ۹۲ درصد، ۹۱ درصد و ۹۰ درصد به دست آمده است. علاوه بر این، اعتبار پرسشنامه نیز برای هر دو فرم والد و معلم به ترتیب ۹۰ درصد و ۹۳ درصد برآورد شده است (۱۲).

۲. مقیاس پرخاشگری پیش‌دبستانی: این مقیاس یک پرسشنامه ۴۳ سؤالی با مقیاس رتبه‌بندی لیکرت، برای ارزیابی پرخاشگری جسمانی، رابطه‌ای و واکنشی-کلامی کودکان پیش‌دبستانی است. این پرسشنامه برای اولین بار در سال ۱۳۷۸ توسط واحدی، فتحی‌آذر و حسینی نسبت‌مقدم با بهره‌گیری از پرسشنامه پرخاشگری کودکان دبستانی شهیم و پرسشنامه پرخاشگری اهواز به منظور سنجش ابعاد مختلف پرخاشگری در کودکان سنین پیش‌دبستانی طراحی گردید. این پرسشنامه که توسط مربی یا والدین کودک تکمیل می‌گردد شامل یک نمره کلی و چهار خرده‌مقیاس: پرخاشگری کلامی-تهاجمی، پرخاشگری فیزیکی-تهاجمی، پرخاشگری رابطه‌ای، و خشم تکانشی است. نمره‌دهی این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای (اصلاً=۰، به ندرت=۱، یک بار در ماه=۲، یک بار در هفته=۳، اغلب روزها=۴) است که نمره هر خرده‌مقیاس از جمع نمره سؤال‌های مربوطه و نمره کل از جمع تمامی خرده‌مقیاس‌ها حاصل می‌گردد. همچنین نقطه برش در انتخاب افراد پرخاشگر بر اساس این پرسشنامه، دو انحراف معیار بالاتر از میانگین یعنی ۵۱ درصد است. ضریب اعتبار آلفای کرونباخ در کل مقیاس ۹۸ درصد و در خرده‌مقیاس‌های چهارگانه پرخاشگری کلامی-تهاجمی، پرخاشگری فیزیکی-تهاجمی، پرخاشگری رابطه‌ای و خشم تکانشی به ترتیب ۹۳ درصد، ۹۲ درصد، ۹۴ درصد و ۸۸ درصد به دست آمده است (۱۷).

معرفی برنامه آموزشی: برنامه بازی‌درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی-رفتاری در یک ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دو بار برای کودکان گروه آزمایش به اجرا درآمد و گروه کنترل

نتایج

پس آزمون پرخاشگری در گروه آزمایشی و کنترل ارائه شده است.

در جدول شماره ۱ شاخص های آماری نمرات پیش آزمون و

جدول ۱. شاخص های آماری نمرات پیش آزمون و پس آزمون پرخاشگری در گروه آزمایش و کنترل				
متغیر	گروه	وضعیت	میانگین نمرات	انحراف استاندارد
پرخاشگری	آزمایش	پیش آزمون	۱۰۳/۶۱	۳/۸۶
		پس آزمون	۲۸/۳۲	۳/۹۲
کنترل	کنترل	پیش آزمون	۹۷/۵۴	۹/۳۶
		پس آزمون	۸۷/۰۳	۷/۷۱

و همگنی شیب ها ($F=۴/۳۷$, $P<۰/۴۳$) پرخاشگری) بررسی و تأیید شد. بنابراین شرایط لازم برای استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری برآورده شده است. نتایج آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

به منظور آزمون فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس یک متغیری استفاده شد. به این منظور ابتدا مفروضه های آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیری یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع با استفاده از آزمون کالموگراف-اسمیرنف ($P<۰/۱۳$)

جدول ۲، نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیری نمره پس آزمون پرخاشگری

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

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال نار سایی توجه/فزون کنشی انجام شد. نتایج مربوط به آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیری نشان داد بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال نار سایی توجه/فزون کنشی مؤثر است. نتیجه به دست آمده به طور ضمنی با یافته های بارکی (۱۸)، فینتر (۱۰)، جانسما و کامب (۱۹)، ذوالمجد، برجلی و آراین (۱۳)، زارع و احمدی (۱۴) و قادری، اصغری مقدم و شعیری (۱۷) همسو است. در این راستا، زارع و احمدی (۱۴) در پژوهشی با عنوان اثربخشی

همان طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود، تحلیل کوواریانس پس آزمون نمرات متغیر پرخاشگری پس از تعدیل پیش آزمون، نشان می دهد که با حذف اثر نمره های پیش آزمون، اثر بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری بر نمره های پس آزمون معنادار است ($P<۰/۰۰۰$)، $F=۶۳۲/۰۳۶$ ، $df=۱/۱۷$. به این ترتیب زمانی که اثر پیش آزمون مربوط به گروه ها حذف شود تفاوت بین گروه ها معنادار است و می توان نتیجه گرفت که بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال نار سایی توجه/فزون کنشی مؤثر بوده است.

خود را محکوم به پدیده‌های محیطی می‌بیند و احساس مهارناپذیری شرایط به وی دست می‌دهد، رفتار پرخاشگری از خود بروز می‌دهد. در بازی درمانی مبتنی بر روی آورد رفتاری-شناختی موانع محیطی از قبیل والدین برداشته می‌شود و کودک به راحتی می‌تواند پرخاشگری خود را بروز دهد. از این رو کودک کام‌نیافتگی‌های انباشته شده خود را در بستر مناسب از طریق پرخاشگری بروز می‌دهد و با بازتاب مناسب نحوه مهار آن را آموخته و درونی می‌کند.

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

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

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

بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان به این نتایج دست یافتند که بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی-رفتاری، موجب کاهش مشکلات رفتاری کودکان می‌شود. همچنین جنتیان، نوری، شفتی، مولوی و سماواتیان (۱۶) در پژوهشی با عنوان اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی-رفتاری بر شدت نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به این نتایج دست یافتند که می‌توان از بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی-رفتاری به مثابه روش درمانی مؤثری برای کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی استفاده کرد. نتایج پژوهش قادری، اصغری مقدم و شعیری (۱۷) با هدف بررسی کارایی بازی درمانی مبتنی بر روی آورد رفتاری-شناختی بر روی پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری نشان دادند که بازی درمانی مبتنی بر روی آورد رفتاری-شناختی در کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری مؤثر است. جانسما و کامب (۱۹) در پژوهش خود تأثیر برنامه‌های ترکیبی نقاشی درمانی و بازی درمانی را در افزایش مهارت‌های سازشی کودکان فزون‌کنش، بررسی نمودند. نتایج مشاهدات آنها حاکی از کاهش رفتارهای سازش‌نیافته آزمودنی‌ها و افزایش مهارت‌های سازشی بود.

در تبیین نتیجه به دست آمده باید گفت که با توجه به مبانی نظری و عملی پرخاشگری و درمانگری‌های مختلف، پرخاشگری یک شکل پیچیده‌ای از رفتار آدمی در جوامع انسانی است. پرخاشگری، واکنشی نسبت به کام‌نیافتگی و سرکوب‌امیال است. کودکان فزون‌کنش چون نمی‌توانند نیازهای خود را برآورده سازند، دچار کام‌نیافتگی‌های متعدد می‌شوند. در این حالت نمی‌توانند با شرایط محیطی، مقررات و محدودیت‌های جامعه، آداب و رسوم، ارزش‌ها و امر و نهی‌ها خود را تطبیق دهند و دچار سازش‌نیافتگی می‌شوند که منجر به رفتارهای پرخاشگری می‌شود. پرخاشگری نوعی واکنش نسبت به موانع و عامل تهدید است. وقتی کودک فزون‌کنش

References

1. Ericka L, Wodka EL, Loftis C, Mostofsky SH, Prahme C, Larson JC, Denckla MB, et al. Prediction of ADHD in boys and girls using the D-KEFS. *Arch Clin Neuropsychol*. 2008; 23(3):283-93.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington DC: Author; 2013.
3. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's of psychiatry: Behavioral Science/ Clinical Psychiatry 10th ed. North American: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
4. Woodard R. The Diagnosis and medical treatment of ADHD in children and adolescents in primary care: A practical guide. *J Pediatr Nurs*, 2006; 32(4): 363-70.
5. Gupta R, Kar BR. Development of attentional processes in ADHD and normal children. *Prog Brain Res*. 2009; 176: 259-76.
4. Brown K. Jungian Play Therapy in Elementary Schools. *Elementary School Guidance and counseling*. 2010; 28(9): 30-42.
6. Jentery D. Anger Management and May Not Help At All. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*. 2007; 10, 169-176.
7. Buss AH, Perry M. The Aggression Questionnaire. *J Pers Soc Psychol*. 1992; 63(3): 452-459.
8. Hanser S, Meissler K. Ovens R. Kids Together: A group Play Therapy Model for Children with ADHD, Single Case Study. Thesis for Master of Art in Art Therapy and Counseling; 2000.
9. Barkey LT. The Practice of Child Therapy. New York: John Wiley & Sons; 2012.
10. Fintez JM. The Assessment of Phonological Memory Skills in Preschool Children. *J Educ Psychol*, 2012; 65(2): 155-164.
11. Landreth G. Play therapy: The Art of the relationship. New York: Brunner-Rutledge; 2002.
12. Mohammad Ismail A. Play therapy theories, methods and clinical application. Tehran: Danzh; 2009.[Persian].
13. Zoalmjd A, Borjali A, Arian KH. The Effect on aggressive behavior among boys sand play therapy. Reserch on Exceptional Children. 2008; 2: 155-168.
14. Zare M, Ahmadi S. Game Effectiveness of behavioral therapy- cognitive decline Children's behavioral problems. *Journal of Applied psychology*. 2008; 3: 56-42. [Persian].
15. Beh Pajooh A, Nouri Gh. Effect of paiting therapy on reduction of aggressive behavior of MR students. *Journal of psychology and education*. 2002; 32(2): 155-170. [Persian].
16. Janatian S, Nouri A, Shafti A, Molavi H, Samavatyan H. Effectiveness of play therapy on the bases of cognitive behavior approach on severity of symptoms of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) among primary school male students aged 9-11. *Journal of behavioral studies*. 2009; 6: 109-119. [Persian].
17. Ghaderi N, Asghari M, Shaieri M. Survey the effectiveness of play therapy on conduct disorder student. Two monthly journal of daneshvar e rafter. 2008; 13(19): 29-42.[Persian].
18. Barkey LT. The Practice of Child Therapy. New York: John Wiley & Sons; 2012.
19. Jansma P, Combs CS. The effects of fitness training and reinforcement on maladaptive behaviors of institutionalized adults, classified as mentally retarded, emotionally disturbed. *Dev Neuropsychol*, 2009; 9(4): 207-224.

The Efficacy of Cognitive Behavioral Play Therapy on the Reduction of Aggression in Preschool Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Bahman Akbari¹, Fahimeh Rahmati²

Received: March 03, 2015

Accepted: June 19, 2015

Abstract

Background and purpose: Present study aimed to investigate the efficacy of cognitive behavioral therapy on the reduction of aggression in preschool children with attention deficit/Hyperactivity Disorder.

Method: Current research was a quasi-experimental study with pretest-posttest control group. The study population consisted of all the four to six years old preschoolers who registered in the kindergartens of Rasht City in 1391-92 academic year. The sample consisted of 400 preschoolers who were selected using random multi-stage cluster sampling method, and completed Child Symptom Inventory 4 (CSI-4). Then, 30 children with attention-deficit/hyperactivity disorder were selected and randomly assigned to experimental (N= 15) and control (N= 15) groups and completed Preschoolers Inventory of Aggression. Experimental group received a 10-session cognitive behavioral therapy (1-hour/ 2 sessions per week), while control group received no therapy. Participants completed posttest after therapy sessions.

Results: The results of covariance analysis showed that cognitive behavioral therapy had significant impact on the reduction of aggression.

The obtained results through covariance analysis showed that teaching play therapy based on cognitive behavior approach can lead to reduction of aggression significantly.

Conclusion: In play therapy, children have the opportunity to show their accumulated frustrations via aggression in an appropriate context, and learn and internalized sufficient ways to control this aggression.

Keywords: Cognitive behavioral play therapy, aggression, attention deficit/ hyperactivity disorder

1. ***Corresponding Author:** Associate Professor, Islamic Azad University of Rasht Branch, Rasht, Iran. (bakbari44@yahoo.com)
2. M.A. in clinical psychology, Islamic Azad University of Rasht Branch, Rasht, Iran.