

اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی-رفتاری در کاهش اختلالات رفتاری کودکان مبتلا به نشانگان داون

آذین آدمیت^{۱*}، علیرضا وارسته^۲، علیرضا نظام دوست^۳

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، واحد لاهیجان، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران

۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۹/۲۰

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۴/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: اختلالات هیجانی- رفتاری در کودکان مبتلا به نشانگان داون منجر به بروز مشکلات اجتماعی و کاهش توانایی در کنش‌های اجرایی و شناختی کودک می‌شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بازی درمانی در کاهش اختلالات رفتاری کودکان مبتلا به نشانگان داون انجام شد.

روش: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی کودکان ۶ الی ۱۶ ساله مبتلا به نشانگان داون شهر رشت در سال ۹۶-۱۳۹۵ بود که ۲۰ نفر از آنها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه گواه و آزمایش به صورت تصادفی جایدهی شدند (هر گروه ۱۰ نفر). ابزار پژوهش پرسشنامه اختلالات رفتاری راتر بود. برای گروه آزمایش، آموزش بازی درمانی در ۱۰ جلسه ۳۰ الی ۴۵ دقیقه‌ای برگزار شد، در حالی که گروه گواه در این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. داده‌های به دست آمده با استفاده از روش تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد آموزش بازی درمانی در کاهش اختلالات رفتاری کودکان مبتلا به نشانگان داون مؤثر بوده است ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر علاوه بر معناداری آماری، می‌توان بر اهمیت بازی درمانی با شیوه مناسب برای کودکان مبتلا به نشانگان داون در کاهش اختلالات رفتاری تأکید کرد و از آن به عنوان یک روش مؤثر، بهره گرفت.

کلیدواژه‌ها: اختلالات رفتاری، بازی درمانی، نشانگان داون

*نویسنده مسئول: آذین آدمیت، کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران.

تلفن: ۰۱۳-۳۳۱۱۲۷۷۵

ایمیل: Adamiat.az@gmail.com

مقدمه

نشانگان داون^۱ یکی از شایع ترین بیماری های ناشی از اختلالات کروموزومی است که تقریباً در ۱ از ۸۰۰ نوزاد اتفاق می افتد. بیشتر افراد مبتلا به نشانگان داون دارای ناتوانی های خفیف تا شدید ذهنی و همچنین کم توانی در عملکرد اجتماعی هستند (۱). با وجود تمایل اولیه کودکان مبتلا به نشانگان داون به انطباق اجتماعی، مطالعات صورت گرفته حاکی از شیوع رفتارهای سازش نایافته و مشکل ساز در بین این گروه دارد (۲). نتایج پژوهش ها حاکی از آن است که یک سوم از کودکان مبتلا به نشانگان داون دارای اختلالات رفتاری مختلف هستند (۱). در رابطه با عوامل همبسته با نشانگان داون، پژوهش های پیشین نشان داده اند که کودکان مبتلا به این اختلال با کاهش توانایی در کنش های اجرایی و شناختی مواجه هستند؛ به عبارت دقیق تر، نتایج مطالعات نشان داد که نارسایی در هوش عمومی، ضعف در عملکرد شناختی (۳)، کاهش مهارت های زبان شناختی (۴)، سطوح پایین حافظه معنایی و عملکرد ضعیف حافظه فضایی (۵)، نارسا کنش وری کنش های اجرایی^۲ (۶)، فقدان توانایی حل مسئله (۷)؛ ظرفیت پایین یادگیری و به دست آوردن مهارت های جدید (۸)، ضعف در توانایی های شناختی و عاطفی (۹)، سطوح بالای رفتارهای وسواسی (۱۰)، انزوای اجتماعی، کاهش انگیزه اجتماعی و فقدان استدلال اجتماعی (۱۱)، عدم سازش یافتگی اجتماعی (۱۲)، و همچنین خطر پذیری بیشتر برای ابتلا به مشکلات رفتاری (۱۳) از جمله مشکلات شایع در بین افراد با نشانگان داون است.

رازینی و همکاران (۱۴) بر این باورند که کودکان با نشانگان داون به دلیل ضعف در کسب مهارت های اجرایی و رفتاری به طور خاص در روابط اجتماعی با همسالان با مشکل مواجه می شوند، دارای رفتارهای سازش نایافته قابل توجهی هستند؛ و ظرفیت ذهنی کودکان نشانگان داون به طور جدی رفتار آنها را تحت تأثیر قرار می دهد. در این

ارتباط، برخی از پژوهش ها به ضعف کودکان مبتلا به نشانگان داون از نظر مشکلات رفتاری اشاره کرده اند. به عنوان مثال پژوهش دمکو و ولانسزکی (۱۵) حاکی از آن بود که فزون کنشی، تکانشگری، کج خلقی، تحریک پذیری، و اختلال در عملکرد حسی از مهم ترین مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به نشانگان داون است. کاپونه، برچر و بای (۱۶) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که اختلال فزون کنشی / نارسایی توجه در بین کودکان مبتلا به نشانگان داون بیشتر از سایر کودکان مبتلا به اختلالات ذهنی و تحولی است. توماسزوسکی و همکاران (۱۷) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که ۷۴ درصد از کودکان مبتلا به نشانگان داون دارای مشکلات مرتبط با نافرمانی؛ ۷۹ درصد از آنها، سر کنشی و ستیزه جویی؛ و همچنین ۷۵ درصد از آنها، رفتارهای پر خاشگرا نه را نشان داده اند. پژوهش فوجینو (۱) نشان داد که کودکان مبتلا به نشانگان داون سطوح بالاتری از اضطراب و افسردگی را در قیاس با کودکان بهنجار نشان داده اند. به طور کلی پژوهش های صورت گرفته در خارج از ایران حاکی از آن است که کودکان و نوجوانان مبتلا به نشانگان داون از مشکلاتی همچون نافرمانی، کج خلقی و ستیزه جویی، پر خاشگرا نی، و رفتارهای مخرب رنج می برند (۱۸-۲۱). در پژوهش پالمرو و همکاران (۲۲) که با روی آورد فراتحلیل و مطالعه مروری مقالات انجام گرفت، مشخص شد که بازی درمانی نقشی مهم و معناداری در افزایش توانمندی های فردی و بین فردی کودکان دارد. این مطالعه نشان داد اثر بازی درمانی در بین گروه های سنی و جنسی، تقریباً برابر است. به طور خاص نتایج این فراتحلیل حاکی از آن بود که بازی درمانی به افزایش سازش یافتگی اجتماعی، خود پنداشت^۳ مثبت، کاهش اضطراب و ترس، و همچنین مهارت های انطباقی کودکان می انجامد.

در ایران، پژوهش آفاقی و همکاران (۲۳) نشان داد که مشکلات رفتار هنجاری^۴، فزون کنشی و نارسایی توجه انفعالی

3. Self-concept
4. Conduct disorder

1. Down syndrome
2. Executive functions dysfunctions

بازی، کودکان می‌توانند موانعشان را کاهش داده و احساساتشان را بهتر نشان دهند؛ بنابراین بازی درمانی به عنوان یک ارتباط بین فردی پویا بین کودک و یک درمانگر آموزش دیده توصیف می‌شود که باعث ایجاد احساس امنیت روانی می‌شود که طی آن کودک می‌تواند خود را به طور کامل بیان کند (۱۴). نتایج مطالعات پیشین حاکی از آن است که بازی درمانی تأثیر معناداری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان داشته‌اند (۳۱، ۳۲). اکبری و رحمتی (۳۳) نیز در پژوهشی با هدف اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه نشان داد که بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش دبستانی مؤثر است. با توجه به این که کودکان مبتلا به نشانگان داون دارای مشکلات رفتاری متعددی از جمله لجاجت/نافرمانی، و رفتارهای وسواسی اجباری هستند، هدف اصلی این پژوهش بررسی این مسئله است که آیا بازی درمانی در کاهش اختلالات رفتاری این کودکان مؤثر است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش، تمامی دانش‌آموزان مبتلا به نشانگان داون با دامنه سنی ۶ تا ۱۶ سال بود که در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ در آموزشگاه کودکان استثنایی خزایی مشغول به تحصیل بودند. نمونه مورد مطالعه شامل ۲۰ نفر از کودکان مذکور بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی ۱۰ نفر در گروه آزمایش و ۱۰ نفر در گروه گواه، جایدهی شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بودند از: دامنه سنی ۶ تا ۱۶ سال، تشخیص قطعی اختلال نشانگان داون توسط روان‌شناس و روانپزشک، و رضایت کتبی والدین بود و ملاک‌های خروج

از جمله مشکلات رفتاری شایع در بین این افراد است. بازی درمانی به شیوه شناختی- رفتاری، روش مؤثری برای کاهش مشکلات رفتاری در دانش‌آموزان مبتلا به نشانگان داون است. پژوهش یوسفی و همکاران (۲۴) نشان داد اجرای برنامه بازی‌های گروهی بر مهارت‌های اجتماعی هیجانی تأثیر داشته و توانسته سطح مهارت کودکان با نشانگان داون را در مهارت‌های اجتماعی- هیجانی (مهارت خودآگاهی، خودنظم دهی، همدلی، روابط اجتماعی، و رفتار سازش یافته) افزایش دهد. پژوهش رازینی و همکاران (۱۴) نیز نشان داد که فقدان مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای تهاجمی از جمله مشکلات شایع کودکان مبتلا به نشانگان داون است. پژوهش براتی و همکاران طی یک مطالعه مروری از پژوهش‌های انجام شده نشان داد که دوره‌های درمانی مختلفی چون آموزش مهارت‌های زندگی (۲۵)، آموزشی واقعیت مجازی (۲۶)؛ یکپارچگی حسی (۲۷)، و بازی درمانی^۱ (۱۴) از جمله مهم‌ترین دوره‌های درمانی افزایش ناتوانی‌های شناختی و رفتاری کودکان مبتلا به نشانگان داون هستند.

بازی درمانی با شیوه‌های مناسب با سطح تحول کودکان به طور عینی و ملموس، تجربه مهارت‌آموزی را برای آنها فراهم می‌کند و این تمرین عملی به طور مستقیم و غیرمستقیم، منجر به بهبود خودکارآمدپنداری در تعاملات بین فردی این کودکان می‌شود (۲۸). کودکان مبتلا به نشانگان داون دارای مهارت‌های اجتماعی یا عاطفی ضعیف، از طریق بازی، رفتارهای سازش یافته را یاد می‌گیرند (۲۹). بازی موجب می‌شود که کودک احساسات و ارتباطات بیرونی‌اش را بیان کند و همچنین موجب توسعه تمایلات، مهارت‌های ارتباطی، افزایش شادی، و کاهش مشکلات رفتاری کودک می‌شود (۳۰). بازی به کودک اجازه می‌دهد تا تجربیات، افکار، احساسات و تمایلاتی که برای او تهدیدکننده هستند را نشان دهد. بازی درمانی روشی صحیح و بسیار مطلوب است که در درمان اختلال‌های هیجانی رفتاری کودکان بسیار مؤثر است. از طریق

1. Play therapy

شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسات بازی درمانی و دارا بودن هر گونه شرایط وخیم پزشکی بود.

ب) ابزار

پرسشنامه اختلال رفتاری: در این مطالعه از مقیاس فرم معلم راتر استفاده شد که یکی از رایج ترین ابزارها برای مشخص کردن اختلال های هیجانی رفتاری در روانی کودکان است و در سال ۱۹۶۷ توسط مایکل راتر و تهیه شده است. این پرسشنامه سه بعد اضطراب و افسردگی، رفتارهای ضد اجتماعی، و سازش نیافتگی اجتماعی را ارزیابی می کند و دارای ۳۰ گویه است که ۲۴ گویه آن مستقیماً از پرسشنامه راتر گرفته شده است. گویه های ۱۲ و ۱۳ پرسشنامه راتر در مورد مکیدن انگشت و جویدن ناخن به یک پرسش کاهش یافت؛ زیرا به علت شباهت زیادی که بین این دو پرسش وجود دارد تصور شد که معلمان نتوانند بین این دو، تفاوت قائل شوند. همچنین پرسش های ۲۴ و ۲۵ در مورد لکنت زبان و سایر اشکالات تکلمی نیز به یک پرسش، کاهش یافت و در نهایت ۶ پرسش جدید به پرسش های راتر اضافه شد که در مجموع شامل ۳۰ پرسش است. راتر (۳۴) مطالعه وسیعی با استفاده از

ابزار در مورد کودکان ۱۰ و ۱۱ ساله انجام داد. در این مطالعه تعداد ۱۵۳۶ کودک با پرسشنامه راتر مورد ارزیابی قرار گرفتند و پایایی این پرسشنامه نیز سنجیده شد. راتر پایایی درونی پرسشنامه را ۰/۷۴، روایی پرسشنامه را ۰/۹۴۶، و همچنین پایایی بازآزمایی آن را در یک مطالعه پیش آزمون و پس آزمون با فاصله پیگیری ۲ ماه، ۰/۷۲ گزارش کردند. در این مطالعه نیز شاخص های روان سنجی این ابزار محاسبه و مورد تأیید قرار گرفت، به طوری که پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و روایی محتوایی و صوری آن توسط متخصصان مورد تأیید قرار گرفت.

ج) برنامه مداخله ای: پروتکل بازی درمانی این مطالعه مبتنی بر مبانی نظری درمان شناختی- رفتاری بوده و از منابع مختلف بازی درمانی تدوین شد (۳۵). گروه آزمایش در ۱۰ جلسه به صورت هر هفته دو جلسه ۳۰-۴۵ دقیقه ای مداخله را دریافت کردند در حالی که گروه گواه چنین مداخله ای را دریافت نکردند. محتوای پروتکل درمانی به اختصار در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: طرح کلی بازی درمانی شناختی- رفتاری

جلسات	موضوع فعالیت ها	هدف	محتوا	روش	ابزار
۱	نمایش کارتتون، نقاشی انگشتی	آشنایی و ترغیب همکاری	آشنایی درمانگر و کودکان با همدیگر و فعالیت های جلسات گروهی، ارائه قوانین و وظایف هر عضو، ترغیب کودکان در بیان ناراحتی های فعلی خود، پرداختن به ابعاد نشانه های رفتاری، جسمانی، و شناختی کودکان	سخنرانی، مشاهده، توضیح و پرسش و پاسخ	رنگ گواش، تلویزیون و پخش
۲	بازی در پارک، بازی در شهر بازی	افزایش مهارت های ارتباط بین فردی و گروهی (قسمت اول)	بررسی محاسن ارتباط با دیگران و انجام کار گروهی در مقایسه با انجام کار به تنهایی، تقویت نقش و جایگاه مهم افراد در فعالیت های گروهی، تقسیم کار و تسهیل امور در کارهای محل زندگی	گردش و بازی، ایفای نقش	مینی بوس، وسایل بازی پارک
۳	کار با شن (خشک و تر)، مجسمه های شنی	افزایش مهارت های ارتباط بین فردی و گروهی (قسمت دوم)	تقویت و آموزش مهارت های ارتباط کلامی و غیر کلامی مثل گوش دادن و نحوه گفت و گوی صحیح، نحوه درخواست محترمانه از دیگران، رعایت کردن حقوق دیگران به خصوص در محل زندگی مشترک	پروژه، ایفای نقش، سخنرانی و توضیح	شن و ماسه

۴	کار با سنگ، رنگ آمیزی روی سنگ	افزایش مهارت خود آگاهی (قسمت اول)	شناخت ویژگی های جسمانی و ذهنی هر فرد، بررسی تفاوت های ظاهری کودکان از نظر ویژگی های ظاهری (مثل رنگ مو، چشم، رنگ پوست و ...) در جهت تقویت باور بی نظیر بودن افراد و افزایش اعتماد به خود	پروژه، مشاهده، مجسم سازی، سخنرانی و توضیح	سنگ در ابعاد گوناگون، چسب
۵	عروسک های دستکشی	افزایش مهارت های خود آگاهی (قسمت دوم)	تقویت احساس ارزشمندی او، پرهیز از خود گویی های منفی و بررسی نقش آنها در احساس ناامیدی، استفاده از خود گویی های مثبت و اثر آن در احساس کودک، آموزش روش بازسازی شناختی کمک به کودکان در جهت شناسایی چهار احساس اصلی غم، ترس، شادی، خشم و	بارش مغزی، مشاهده، مجسم، سخنرانی و توضیح	عروسک ها و دستکش جانوران و انسان
۶	طناب کشی، توپ، تخته تعادل	افزایش مهارت مقابله با هیجان های منفی	حالت های چهره های و غیر کلامی آنها، لزوم بیان تجارب هیجانی به شیوه صحیح، آموزش مهارت خود نظارتی در جهت شناسایی و ثبت هیجان های مختلف در یک برنامه هفتگی و گزارش آن در جلسه های بعد	بازی، ایفای نقش	طناب، توپ بی خطر و تخته تعادل
۷	سفالگری، رنگ آمیزی روی سفال	افزایش مهارت مقابله با هیجان های منفی	مرور تجارب هیجانی کودکان در طول هفته، بررسی نشانه ها و علل در تشخیص باورهای اشتباه و مؤثر در عصبانیت، بهره گیری از خود گویی مثبت در افراد، استفاده از روش بازسازی شناختی	پروژه، مشاهده، مجسم، سخنرانی و توضیح	گل کوزه گری، رنگ و آب
۸	اشکال هندسی، نقاشی حالت های غم، شادی و ...	افزایش مهارت مقابله با هیجان های منفی (قسمت سوم)	بررسی نشانه ها و علل هیجان و احساس غم در افراد، تعیین موضوعات غم در هر یک از کودکان، بهره گیری از خود گویی های مثبت در هنگام عصبانیت	پروژه، مشاهده، مجسم، سخنرانی، پرسش و پاسخ و توضیح	خط کش و شابلن، مداد و مداد رنگی، کاغذ و چسب
۹	داستان گویی از روی تصاویر میوه ها و	افزایش مقابله با هیجان های منفی (قسمت چهارم)	بررسی نشانه ها و علل هیجان ترس در افراد، تشخیص علل و باورهای اشتباه و مؤثر در ترس و نگرانی، تعیین موضوعات ترس در هر یک از کودکان، آموزش مهارت های مقابله با ترس (حساسیت زدایی منظم و با استفاده از تصاویر مثبت و خوشایند کودکان)	سخنرانی و ایفای نقش، توضیحی	تصاویر مرتبط با موضوع داستان
۱۰	کار با کاغذ مچاله، رنگی و سفید	افزایش مهارت حل مسئله و تصمیم گیری	شامل آشنایی کودکان با تصمیم های روزانه در طول زندگی، اهمیت مشورت با افراد قابل اعتماد در تصمیم گیری، کمک گرفتن از مربیان و سرپرست مرکز آموزشی در حل مشکلات	پروژه، مشاهده، مجسم، سخنرانی و توضیح	کاغذ باطله، کاغذ رنگی

و در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۰ نفر) جایدهی شدند. برای اجرای این پژوهش، رضایت کتبی والدین اخذ

د) روش اجرا: پس از کسب مجوزهای لازم به مدارس رجوع شد و افراد نمونه به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند

یافته‌ها

شد و پرسشنامه‌ها توسط معلم دانش آموزان تکمیل شد. پروتکل بازی درمانی طی ۱۰ جلسه ۳۰ تا ۴۵ دقیقه (هر هفته ۲ جلسه) بر روی گروه آزمایش در حیات مدرسه انجام شد.

جدول ۲: شاخص توصیفی نمرات اختلالات رفتاری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	گروه آزمایش		میانگین	انحراف معیار	p
			گروه آزمایش	آزمون نرمال بودن			
پیش‌آزمون پرخاشگری - فزون‌کنشی	۹/۳۰	۱/۷۰	۲/۳۹	۰/۹۵۹	۸/۸۰	۲/۳۹	۰/۵۲۹
پس‌آزمون پرخاشگری - فزون‌کنشی	۸/۸۰	۲/۳۹	۲/۵۹	۰/۹۳۸	۴/۶۰	۲/۵۹	۰/۲۱۸
پیش‌آزمون اضطراب - افسردگی	۸/۲۰	۲/۵۷	۱/۷۶	۰/۹۳۷	۸/۰۱	۱/۷۶	۰/۲۰۹
پس‌آزمون اضطراب - افسردگی	۶/۳۰	۲/۴۹	۱/۶۴	۰/۹۴۹	۳/۵۰	۱/۶۴	۰/۳۵۴
پیش‌آزمون سازش‌نا یافتگی اجتماعی	۶/۵۰	۳/۰۲	۲/۸۷	۰/۹۴۳	۷/۴۰	۲/۸۷	۰/۲۷۰
پس‌آزمون سازش‌نا یافتگی اجتماعی	۷/۳۰	۱/۸۸	۱/۲۸	۰/۹۵۳	۴/۹۰	۱/۲۸	۰/۴۱۱
پیش‌آزمون رفتارهای ضداجتماعی	۷/۹۰	۲/۳۷	۲/۱۳	۰/۹۶۶	۸/۱۰	۲/۱۳	۰/۶۶۲
پس‌آزمون رفتارهای ضداجتماعی	۶/۷۰	۲/۲۱	۱/۹۴	۰/۹۵۸	۳/۷۰	۱/۹۴	۰/۵۰۲
پیش‌آزمون اختلال نارسایی توجه	۶/۷۰	۱/۴۹	۱/۹۴	۰/۹۴۷	۷/۰۱	۱/۹۴	۰/۳۱۹
پس‌آزمون اختلال نارسایی توجه	۵/۳۰	۲/۰۵	۱/۶۴	۰/۹۳۴	۴/۶۰	۱/۶۴	۰/۱۸۱
پیش‌آزمون اختلالات رفتاری	۳۸/۶۰	۶/۱۳	۳۹/۳۰	۰/۹۱۴	۴/۱۱	۴/۱۱	۰/۳۱۰
پس‌آزمون اختلالات رفتاری	۳۲/۷۰	۴/۹۰	۲۲/۵۰	۰/۹۰۵	۲۲/۵۰	۴/۹۰	۰/۲۴۹

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کوواریانس، پیش‌فرض‌های آزمون پارامتریک مورد سنجش و تأیید قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه داده‌ها برقرار است ($P > 0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود و پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها نیز رعایت شده است ($P > 0/05$). همچنین بررسی همگنی شیب رگرسیون در زیرمؤلفه‌های اختلالات رفتاری نشان داد که مفروضه شیب

رگرسیونی برقرار است ($P > 0/05$). به‌منظور آزمون برابری کوواریانس در نمرات اختلالات رفتاری در دو گروه از آزمون باکس استفاده شد. نتایج نشان داد، تفاوت کوواریانس دو گروه در زیرمؤلفه‌های اختلالات رفتاری، غیرمعنادار است ($P > 0/05$). نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره جهت بررسی تأثیر مداخله آموزش بازی درمانی در جدول‌های ۳ و ۴ گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون کوواریانس تک‌متغیره آموزش بازی درمانی بر میزان اختلالات رفتاری دانش‌آموزان با نشانگان داون

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذوات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P	اندازه اثر
اختلالات رفتاری	گروه	۴۹۶/۵۸	۱	۴۹۶/۵۸	۱۶/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۵۰۰
	خطا	۴۵۳/۸۷	۱۷	۲۶/۶۹			

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره نشان داد که آموزش بازی درمانی در کاهش اختلالات رفتاری آزمودنی‌های

گروه آزمایش، اثربخش بوده است (ضریب آزمون: ۰/۹۹؛ سطوح معناداری: ۰/۰۰۱، اندازه اثر: ۰/۵۰۰).

جدول ۴: نتایج آزمون کوواریانس چندمتغیره آموزش بازی درمانی بر زیرمؤلفه‌های اختلالات رفتاری دانش‌آموزان با نشانگان داون

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذوات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری	اندازه اثر
پرخاشگری - فزون کنشی	گروه	۱۲/۶۴	۱	۱۲/۶۴	۲/۴۷	۰/۱۴۰	۰/۱۶۰
	خطا	۶۶/۳۶	۱۳	۵/۱۰			
اضطراب - افسردگی	گروه	۳۱/۹۴	۱	۳۱/۹۴	۷/۱۰	۰/۰۱۹	۰/۳۵۴
	خطا	۵۸/۴۲	۱۳	۴/۴۹			
سازش‌نا یافتگی اجتماعی	گروه	۲۰/۰۷	۱	۲۰/۰۷	۷/۹۶	۰/۰۱۴	۰/۳۸۰
	خطا	۳۲/۷۵	۱۳	۲/۵۲			
رفتارهای ضد اجتماعی	گروه	۳۰/۰۴	۱	۳۰/۰۴	۵/۹۸	۰/۰۲۹	۰/۳۱۵
	خطا	۶۵/۲۷	۱۳	۵/۰۲			
نارسایی توجه	گروه	۱/۸۴	۱	۱/۸۴	۰/۷۱	۰/۴۱۳	۰/۰۵۲
	خطا	۳۳/۵۰	۱۳	۲/۵۷			

همان‌طور که آزمون کوواریانس (جدول ۴) نشان می‌دهد، آموزش بازی درمانی در کاهش اضطراب-افسردگی آزمودنی‌های گروه آزمایش، اثربخش بوده است (ضریب آزمون: ۷/۱۰، سطوح معناداری: ۰/۰۱۹، اندازه اثر: ۰/۳۵۴). همچنین آموزش بازی درمانی در کاهش سازش‌نا یافتگی اجتماعی آزمودنی‌های گروه آزمایش، اثربخش بوده است (ضریب آزمون: ۷/۹۶، سطوح معناداری: ۰/۰۱۴، اندازه اثر: ۰/۳۸۰). همچنین آموزش بازی درمانی در کاهش رفتارهای ضد اجتماعی آزمودنی‌های گروه آزمایش، اثربخش بوده است (ضریب آزمون: ۵/۹۸، سطوح معناداری: ۰/۰۲۹، اندازه اثر: ۰/۳۱۵). به‌طور کلی یافته‌های این پژوهش نشان داد که آموزش بازی درمانی در کاهش اختلالات رفتاری کودکان مبتلا به نشانگان داون تاثیر گذار است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی در کاهش اختلالات رفتاری کودکان مبتلا به نشانگان داون انجام شد. همان‌طور که یافته‌های این پژوهش نشان داد آموزش بازی درمانی باعث کاهش اختلالات رفتاری کودکان مبتلا به نشانگان داون شده است. این یافته‌ها با مطالعات مورفی و همکاران (۲۱)، آفاقی و همکاران (۲۳) و یوسفی و همکاران (۲۴) که موید تاثیر گذاری بازی درمانی در کاهش اختلالات

رفتاری کودکان مبتلا به نشانگان داون بودند هم‌خوانی دارد. یافته برخی از پژوهشگران نشان داد که کودکان با ناتوانی یادگیری، خطرپذیری بیشتری برای ابتلا به مشکلات رفتاری دارند. از این رو ارائه برنامه آموزشی به والدین و مربیان به منظور پیشگیری از بروز اختلالات رفتاری ضروری است (۱۳). برخی دیگر از مطالعات نشان دادند که بازی درمانی با شیوه‌های مناسب با سطح تحول کودکان به طوری و ملموس، تجربه مهارت‌آموزی را برای آنها فراهم می‌کند و این تمرین عملی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم منجر به بهبود تعاملات بین‌فردی این کودکان می‌شود (۲۸).

باید توجه داشت که کودکان با نیازهای ویژه به‌طور کلی و کودکان با نشانگان داون به‌طور خاص دارای رفتارهای سازنا یافته قابل توجهی هستند. بازی درمانی تکنیکی است که به وسیله آن طبیعت کودکان به صورت آزاد بیان می‌شود و روشی برای مقابله با تنیدگی‌های هیجانی تعریف می‌شود. این مداخله آموزشی همچنین برای کودکانی که دچار اختلالاتی همچون نشانگان داون هستند نیز مفید است؛ به عبارت دیگر، درمانگرانی که بازی درمانی را انجام می‌دهند اعتقاد دارند که این تکنیک به کودکان مبتلا به نشانگان داون اجازه می‌دهد مسائلی را که نمی‌توانند در محیط روزانه‌شان بیان کنند در قالب بازی ارائه دهند و با هدایت درمانگر، هیجانات مخفی

خود مانند ترس از برقراری روابط اجتماعی، اختلال‌های هیجانی مانند اضطراب، پرخاشگری، افسردگی، عدم سازش‌یافتگی اجتماعی را نمایان ساخته و برطرف کنند (۲۲). در بازی درمانی مبتنی بر روی آورد رفتاری-شناختی، موانع محیط از قبیل والدین برداشته می‌شود و کودک به راحتی می‌تواند پرخاشگری خود را بروز دهد، از این رو کودک 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 (۳۳). با وجود سازش‌یافتگی و شایستگی اجتماعی کودکان مبتلا به نشانگان داون در سال‌های اولیه، بیشتر این کودکان مشکلات رفتاری-هیجانی متعددی را در سنین بعدی نشان می‌دهند (۲۱). ظرفیت ذهنی محدود کودکان مبتلا به نشانگان داون به طور جدی رفتار آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده و یکی از الگوهای رفتاری خاص این کودکان شامل رفتارهای پرخاشگری، بی‌قراری، تحرک زیاد، برانگیختگی، و برخی اوقات افسردگی قابل ملاحظه است. در این راستا، بازی باعث ارتباط افکار درونی کودک با دنیای خارجی او می‌شود و باعث می‌شود که کودک بتواند اشیاء خارجی را تحت مهار خود درآورد. بازی به کودک اجازه می‌دهد تا تجربیات خود، افکار، احساسات، و تمایلاتی که برای او تهدید به حساب می‌آیند را به نحو مؤثری نشان دهد. بازی روشی صحیح در درمان مشکلات هیجانی رفتاری کودکان است، زیرا کودکان اغلب در بیان شفاهی احساساتشان، دچار مشکل هستند. و از طریق بازی کودکان می‌توانند موانعشان را کاهش داده و احساساتشان را بهتر نشان دهند. در نتیجه بازی درمانی به عنوان یک ارتباط بین فردی پویا بین کودک و یک درمانگر، باعث ایجاد فضای امن روانی می‌شود که کودک به راحتی هیجانات خود را برون‌ریزی می‌کند. در این شیوه تلاش می‌شود تا راه‌های برقراری ارتباط صحیح با دیگر کودکان و حتی کلمات و حالت مناسب دوست‌یابی از طریق ایفای

نقش به آنان آموزش داده شود و در این بازی‌ها، کودکانی که قادر به برقراری ارتباط و ادای جملات نیستند، درمانگر با صدای آرام جملات مورد نظر را بیان کند و کودکان با صدای بلند آنها را تکرار می‌کنند و دیدگاه‌ها، حالت‌ها، و احساسات دیگران در موقعیت‌های مختلف به کودکان آموزش داده می‌شود.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز مانند تعداد پایین نمونه و استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس مواجه بود که لازم است در تعمیم‌دهی نتایج با احتیاط عمل کرد و همچنین در پژوهش‌های بعدی در صورت امکان با حذف این محدودیت‌ها و بر روی سایر گروه‌های با نیازهای ویژه، نقش بازی درمانی بررسی شود. بر اساس یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود پروتکل درمانی مورد استفاده در این مطالعه در اختیار درمانگران و مربیان کودک مبتلا به نشانگان دان قرار بگیرد تا اختلالات هیجانی، شناختی، و رفتاری را کاهش دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود مراکز دانشگاهی، سازمان بهزیستی، و سازمان آموزش و پرورش کودکان با نیازهای ویژه استثنایی با تدوین برنامه‌های مربوط به تربیت بازی‌درمانگر، شرایط اجرای این روش درمانی مطلوب را تسهیل کنند.

تشکر و قدردانی: این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم آذین آدمیت در رشته روان‌شناسی بالینی و با کد ۲۰۲۲۰۷۰۶۹۶۱۰۰۶ است. از کادر اداری و آموزشی مدرسه استثنایی دکتر خزائی رشت برای همکاری در جهت برگزاری کلاس‌های بازی‌درمانی و والدین عزیز کودکان جهت همکاری در حضور کودکان در زمان بازی، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود. همچنین از استادان راهنما و مشاور این مطالعه دکتر وارسته و دکتر نظام دوست جهت رهنمودهای ارزشمندشان تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: این پژوهش به صورت مستقل انجام شده است و هیچ گونه تضاد منفعی وجود نداشته است.

References

1. Fujino H. Psychological support for young adults with down syndrome: dohsa-hou program for maladaptive behaviors and internalizing problems. *Front Psychol.* 2017; 8: 1504. [Link]
2. Will EA, Gerlach-McDonald B, Fidler DJ, Daunhauer LA. Impact of maladaptive behavior on school function in Down syndrome. *Res Dev Disabil.* 2016; 59: 328-337. [Link]
3. Daunhauer LA, Fidler DJ, Hahn L, Will E, Lee NR, Hepburn S. Profiles of everyday executive functioning in young children with down syndrome. *Am J Intellect Dev Disabil.* 2014; 119(4): 303-318. [Link]
4. Poliřenská K, Kapalková S. Language profiles in children with down syndrome and children with language impairment: implications for early intervention. *Res Dev Disabil.* 2014; 35(2): 373-382. [Link]
5. Godfrey M, Lee NR. Memory profiles in down syndrome across development: a review of memory abilities through the lifespan. *J Neurodev Disord.* 2018; 10(1): 5. [Link]
6. Willoughby M, Holochwost SJ, Blanton ZE, Blair CB. Executive functions: formative versus reflective measurement. *Measurement.* 2014; 12(3): 69-95. [Link]
7. Zorrilla de San Martin J, Delabar JM, Bacci A, Potier MC. GABAergic over-inhibition, a promising hypothesis for cognitive deficits in down syndrome. *Free Radic Biol Med.* 2018; 114: 33-39. [Link]
8. Warner G, Howlin P, Salomone E, Moss J, Charman T. Profiles of children with down syndrome who meet screening criteria for autism spectrum disorder (ASD): a comparison with children diagnosed with ASD attending specialist schools. *J Intellect Disabil Res.* 2017; 61(1): 75-82. [Link]
9. Lemons CJ, King SA, Davidson KA, Puranik CS, Al Otaiba S, Fulmer D, et al. Developing an early reading intervention aligned with the down syndrome behavioral phenotype. *Focus Autism Other Dev Disabl.* 2017; 32(3): 176-187. [Link]
10. Lane C, Milne E, Freeth M. Cognition and behaviour in sotos syndrome: a systematic review. *PLoS ONE.* 2016; 11(2): e0149189. [Link]
11. Barisnikov K, Lejeune F. Social knowledge and social reasoning abilities in a neurotypical population and in children with down syndrome. *PLoS ONE.* 2018; 13(7): e0200932. [Link]
12. Houssa M, Jacobs E, Nader-Grosbois N. Impact of short-term training in social cognition in preschoolers with externalizing behavior. *J Educ Train Stud.* 2017; 5(1): 110-123. [Link]
13. Farideh H, SeyyedNoori SZ, Karimi Lichahi R. Comparison of behavioral problems in students without learning disabilities from the teaches' perspective. *Journal of Child Mental Health.* 2015; 1(1): 19-26. [Persian]. [Link]
14. Razini H, Ramshini M, Javadi F. The effectiveness of play therapy on social skills and aggressive behavior in children with down syndrome. *Journal of Applied Psychological Research.* 2014; 4(4): 193-208. [Persian]. [Link]
15. Demkow U, Wolanczyk T. Genetic tests in major psychiatric disorders—integrating molecular medicine with clinical psychiatry—why is it so difficult? *Transl Psychiatry.* 2017; 7(6): e1151. [Link]
16. Capone GT, Brecher L, Bay M. Guanfacine use in children with down syndrome and comorbid attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) with disruptive behaviors. *J Child Neurol.* 2016; 31(8): 957-964. [Link]
17. Tomaszewski B, Fidler D, Talapatra D, Riley K. Adaptive behaviour, executive function and employment in adults with down syndrome. *J Intellect Disabil Res.* 2018; 62(1): 41-52. [Link]
18. Gardiner KJ. Pharmacological approaches to improving cognitive function in down syndrome: current status and considerations. *Drug Des Devel Ther.* 2014; 9: 103-125. [Link]
19. Del Cole CG, Caetano SC, Ribeiro Wagner S, Kümmer AME, Jackowski AP. Adolescent adaptive behavior profiles in williams-beuren syndrome, down syndrome, and autism spectrum disorder. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2017; 11(1): 40. [Link]
20. Sarkisian K, Hulle CV, Lemery-Chalfant K, Goldsmit HH. Childhood inhibitory control and adolescent impulsivity and novelty seeking as differential predictors of relational and overt aggression. *J Res Pers.* 2017; 67: 144-150. [Link]

21. Murphy N, Epstein A, Leonard H, Davis E, Reddihough D, Whitehouse A, et al. Qualitative analysis of parental observations on quality of life in australian children with down syndrome. *J Dev Behav Pediatr.* 2017; 38(2): 161-168. [\[Link\]](#)
22. Palmer EN, Pratt KJ, Goodway J. A Review of Play Therapy Interventions for Chronic Illness: Applications to Childhood Obesity Prevention and Treatment. *International Journal of Play Therapy.* 2017;26(3):123-37. [\[Link\]](#)
23. Afaghi Y, Ahangari E, Tahan M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy games on behavioral problems in children with down syndrome. *Journal of Analytical-Cognitive Psychology.* 2017; 8(3): 31-41. [Persian]. [\[Link\]](#)
24. Yousefi F, Poshne K, Saranjeh M. Effectiveness of group games on social-emotional skills of children between 7 To 8 years old suffering from down syndrome in Ahvaz. *Middle Eastern Journal of Disability Studies.* 2016; 6: 74-79. [Persian]. [\[Link\]](#)
25. Barati H, Pourmohammadreza-Tajrishi M, Sajedi F, Behpajooch A. The impact of social skills training on daily living skills of girls with down syndrome. *Journal of Rehabilitation.* 2013; 13 :114-120. [Persian]. [\[Link\]](#)
26. Abdel Ghafar MA, Abdelraouf OR. Effect of virtual reality versus traditional physical therapy on functional balance in children with down syndrome: A randomized comparative study. *International Journal of Physiotherapy and Research.* 2017; 5(3): 2088-2094. [\[Link\]](#)
27. Devi M, Arora L, Arora R. Effectiveness of sensory integration therapy on gross motor function in spastic diplegic cerebral palsy children. *International Journal of Science & Research Methodology.* 2016; 3(4): 23-34. [\[Link\]](#)
28. HosseinKhanzadeh AA. The effect of child-centered play therapy on the self-efficacy in peer relations among students with oppositional defiant disorder symptoms. *Journal of Child Mental Health.* 2017; 4(3): 49-59. [Persian]. [\[Link\]](#)
29. Ritzi RM, Ray DC, Schumann BR. Intensive short-term child-centered play therapy and externalizing behaviors in children. *International Journal of Play Therapy.* 2017; 26(1): 33-46. [\[Link\]](#)
30. Stutey DM, Dunn M, Shelnut J, Ryan JB. Impact of adlerian play therapy on externalizing behaviors of at-risk preschoolers. *International Journal of Play Therapy.* 2017; 26(4) :196-206. [\[Link\]](#)
31. Saied El-Nagger N, Abo-Elmagd MH, Ahmed HI. Effect of applying play therapy on children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Nurs Educ Pract.* 2017; 7(5): 104-119. [\[Link\]](#)
32. Gokhale P, Solanki P, Agarwal P. To study the effectiveness of play based therapy on play behaviour of children with down's syndrome. *Indian J Physiother Occup Ther.* 2014; 46(2): 41-48. [\[Link\]](#)
33. Akbari B, Rahmati F. The efficacy of cognitive behavioral play therapy on the reduction of aggression in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child Mental Health.* 2015; 2(2): 93-100. [Persian]. [\[Link\]](#)
34. Rutter M. A children behavior questionnaire for completion by teacher. *J Child Psycholo Psychiatry.* 1967; 8(1): 12-16. [\[Link\]](#)
35. Wolpert M, Rutter H. Using flawed, uncertain, proximate and sparse (FUPS) data in the context of complexity: learning from the case of child mental health. *BMC Med.* 2018; 16(1): 82. [\[Link\]](#)

The Effectiveness of Play Therapy in Reducing Behavioral Disorders in Children with Down Syndrome

Azin Adamiat*¹, Alireza Varasteh², Alireza Nezamdoust³

1. M.A. in Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Lahijan Branch, Islamic Azad University, Lahijan, Iran

2. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Lahijan Branch, Islamic Azad University, Lahijan, Iran

3. Ph.D. Student of General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

Received: July 17, 2018

Accepted: December 11, 2018

Abstract

Background and Purpose: Emotional and behavioral disorders in children with Down syndrome, lead to social problems and reduced ability in cognitive and behavioral functions. The aim of this study was to determine the effectiveness of play therapy in reducing behavioral disorders in children with Down syndrome.

Method: The research method was a pre-test-post-test with control group. The statistical population of this study was all children aged 6 to 16 years old with Down syndrome in Rasht in 2016-2017. Twenty of them were selected by convenience sampling method and were randomly assigned to control and experimental groups (10 children in each group). The research tool was *Rutter behavioral disorders questionnaire*. Experimental group received play therapy in 10 sessions of 30 to 45 minutes, while the control group did not receive any interventions during this period. Data were analyzed using covariance analysis method.

Results: The results of this study showed that play therapy was effective in reducing behavioral disorders in children with Down syndrome ($P < 0.01$).

Conclusion: Based on the findings of this study, in addition to the statistical significance, the importance of play therapy as a suitable method for children with Down syndrome in reducing behavioral disorders can be emphasized and used as an effective method.

Keywords: Behavioral disorders, play therapy, Down syndrome

Citation: Adamiat A, Varasteh A, Nezamdoust A. The effectiveness of play therapy in reducing behavioral disorders in children with down syndrome. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2018; 5(4): 218-227.

***Corresponding author:** Azin Adamiat, M.A. in Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Lahijan Branch, Islamic Azad University, Lahijan, Iran.

Email: Adamiat.az@gmail.com

Tel: (+98) 013-33112775