

اثربخشی بازی‌درمانی گروهی بر کاهش علائم اختلال نارسایی توجه کودکان

برزو امیرپور، مریم کلهر نیاگلکار، زینب یوسفی و ندا گلداری^۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۹/۳

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۷/۷

چکیده

مقدمه: از میان اختلالات دوران کودکی، اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، از شایع‌ترین نقائص روان‌شناختی است، که در دوره‌ی کودکی (قبل از ۷ سالگی) تشخیص داده می‌شود. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی بازی‌درمانی گروهی بر کاهش علائم اختلال نارسایی توجه در کودکان پسر دبستانی بود.

روش: روش پژوهش حاضر آزمایشی (طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون) با گروه کنترل بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، ۱۶ دانش‌آموز پسر دبستانی شهر کنگاور انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه، به صورت تصادفی جایگزین شدند. داده‌ها از طریق پرسشنامه‌ی نارسایی توجه جردن جمع‌آوری شدند. در طی دوازده جلسه به صورت هفتگی بازی‌درمانی گروهی بر روی گروه آزمایش اعمال گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق روش تحلیل کوواریانس صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس حاکی از آن بود که بازی‌درمانی گروهی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری باعث کاهش علائم اختلال نارسایی توجه شده است ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به دست‌آوردهای این بررسی، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که مداخله به شیوه‌ی بازی‌درمانی گروهی جهت کاهش علائم اختلال نارسایی توجه کودکان دبستانی اثربخش خواهد بود.

کلیدواژه‌ها: بازی‌درمانی گروهی، اختلال نارسایی توجه، کودکان

شبهه‌ی ارجاع‌دهی به این مقاله: امیرپور، برزو، کلهر نیاگلکار، مریم، یوسفی، ندا، گلداری، و... (۱۳۹۲). اثربخشی بازی‌درمانی گروهی بر کاهش علائم اختلال نارسایی توجه کودکان. دوفصلنامه‌ی روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، ۱(۱): ۷۱-۸۶.

۱. نویسنده‌ی رابط: دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه پیام نور (borzooamirpour@gmail.com)

۲. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، مدرس دانشگاه پیام نور

۳. کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه پیام نور کنگاور

۴. کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه پیام نور کنگاور

مقدمه

«توجه» از نظر ویلیام جمیز عبارت است از در اختیار گرفتن ذهن به شیوه‌ای روشن و زنده، به نحوی که از میان انبوهی از اطلاعات، به محرک‌های پاسخ داده شود و محرک‌های دیگر نادیده گرفته شوند (استیونس و باوالیر، ۲۰۱۲). به عبارت دیگر، «توجه» به معنای اختصاص دادن متناسب منابع پردازش به محرک‌های مرتبط است (رن، شوایزر و زو، ۲۰۱۳). منابع توجه در اوایل زندگی عمدتاً به وسیله‌ی ویژگی‌های ظاهری محرک، از قبیل بسامد و مدت زمان محرک‌های شنیداری و شدت آنها، درجه‌ی انحنا و درخشندگی محرک‌های دیداری تعیین می‌شوند. در فرایند تحول به تدریج عوامل درون‌زاد، نقش تعیین‌کننده‌ی مهمی را ایفا خواهند کرد. منظور از عوامل درون‌زاد، فرایندهای شناختی هستند که به ارگانسیم اجازه می‌دهند تا به صورت ارادی، کانون توجه خود را کنترل کند. این عوامل در فرایندهای توجه خصوصاً در حفظ توجه نقش حائز اهمیت‌تری دارند (فیشر، تیسن، گودوین، کلوس و دیکرسون، ۲۰۱۳).

علایم اختلال نارسایی توجه^۱ اولین بار به صورت کاملاً تصادفی به وسیله‌ی چارلز برادلی (۱۹۳۷) مطرح شد و انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۹۸۰) آن را به عنوان یک طبقه‌ی رسمی معرفی نمود (برون، ۲۰۰۵). کودکان دارای اختلال نارسایی توجه، چندین نشانه دارند از جمله این که: صحنه‌ها و صدهای نامرتب، به سادگی حواس آنها را پرت می‌کند، غالباً نمی‌توانند به جزئیات توجه کنند، در خواندن کامل دستورالعمل‌های یک تکلیف ناکام می‌مانند، در معرض فراموش کردن

¹ attention

² Stevens & Bavelier

³ Ren , Schweizer & Xu

⁴ Fisher, Thiessen, Godwin, Kloos & Dickerson

⁵ Attention Deficit Disorder (ADD)

⁶ Brown

چیزهایی که برای تکلیف ضروری است قرار می‌گیرند و گرایش دارند که از یک تکلیف ناتمام به تکلیف دیگر بروند (استرنبرگ، ۲۰۰۶). جردن نیز مجموعه‌ای از ویژگی‌ها را برای کودکان مبتلا به نارسایی توجه بر می‌شمرد: دامنه‌ی توجه محدود، سریع گیج شدن، فقر شنوایی، کارهای ناتمام، تکانشی بودن، ضعف در ساماندهی امور، درهم‌گسیختگی، انرژی اضافی بدنی، هیجان مضاعف، بی‌ثباتی و عیب‌جویی از دیگران (سهرابی، به‌پژوه و غباری بناب، ۱۳۸۹). همچنین این اختلال اگر با نشانه‌هایی مانند پرخاشگری، بیش‌فعالی و بی‌اعتنایی مقابله‌ای همراه باشد، حتی پیش از سه سالگی قابل تشخیص است (سهرابی، به‌پژوه و غباری بناب، ۱۳۸۹).

کوهن (گانستد، کوهن، پاول و گوردن، ۲۰۰۶) چهار مؤلفه‌ی مجزا اما مرتبط با هم را برای «توجه» پیشنهاد کرده است که عبارتند از: ۱) توجه‌گزینشی-حسی^۳ که شامل تمایز و فیلتر کردن محرک‌های مرتبط از غیر مرتبط است؛ ۲) پاسخ انتخاب / کنترل^۴ که مشتمل بر انتخاب پاسخ‌ها و بازداری پاسخ‌های نامرتب است؛ ۳) تمرکز / ظرفیت^۵ که به مقدار اطلاعاتی که در یک بازه زمانی خاص می‌تواند پردازش شود، اشاره دارد و ۴) حفظ توجه؛ توانایی تداوم و نگهداشت توجه در هر زمان است که قویاً از گوش‌بزرگی و خستگی متأثر است. اهمیت این جزء از توجه یعنی حفظ توجه در مواجهه با محرک‌هایی که موجب حواس‌پرتی می‌شوند، برجسته‌تر است (فیشر و همکاران، ۲۰۱۳). بنابراین ضعف و عملکرد پایین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه در هر کدام از مؤلفه‌های مذکور دور از انتظار نیست.

^۱ Strenberg

^۲ Gunstad, Cohen, Paul & Gordon

^۳ sensory selection attention

^۴ response selection/control

^۵ focus/capacity

^۶ sustained attention.

درمان دارویی، خط اول درمان اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی محسوب می‌شود که داروهای محرک (ریتالین) و غیرمحرک (اتوموکسین هیدروکلرید) از آن جمله هستند. شایان ذکر است مصرف دارو به تنهایی نمی‌تواند نیازهای جامع درمانی کودکان مبتلا به این اختلال را برآورده سازد و تنها یک جنبه از برنامه‌ی چندوجهی این اختلال محسوب می‌شود. گروه‌های مهارت‌های اجتماعی، آموزش والدین کودکان دچار اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی و مداخلات رفتاری در مدرسه و خانه، اغلب در درمان کلی کودکان مبتلا به اختلال اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مؤثر هستند (سادوک و سادوک، ۱۳۸۸).

اثر بخشی بازی درمانی^۱ هم به صورت انفرادی و هم به صورت گروهی آن، بر طیف وسیعی از اختلالات روانی و متغیرهای اجتماعی و روان‌شناختی گزارش شده است که از جمله آنها به این موارد می‌توان اشاره کرد: مشکلات رفتاری (تکلیف، ۱۳۹۰؛ زارع و احمدی، ۱۳۸۶)، بیش‌فعالی و کمبود توجه (بهرامی، ۱۳۹۱؛ برزگری و زمینی، ۲۰۱۱)، اختلال سلوک (بابایی، یزدی و حسینیان، ۱۳۹۰)، ترس اجتماعی (جلالی، کاراحمدی، مولوی و آقایی، ۱۳۹۰)، کمرویی (جعفری خلعتبری، تودار و ابوالفتحی، ۱۳۹۰)، رفتار اجتماعی مثبت (رشیدی ظفر، جان‌بزرگی و شقاقی، ۱۳۹۱) و پیشرفت تحصیلی (مهرداد، ۱۳۹۰).

یکی از بهترین روش‌های برقراری ارتباط با کودک، بازی است. با توجه به این که بازی ابعاد و جنبه‌های مختلفی را در بر می‌گیرد، لذا ارائه‌ی تعریفی جامع و مانع از آن دشوار است. بازی، وسیله‌ی طبیعی کودک برای ابراز خود است (امیر، حسن‌آبادی، اصغری نکاح و طیبی، ۱۳۹۱). از نظر گری (۲۰۰۸) بازی، فعالیتی خودگزینشی^۲ و خودهدایتی^۳ است که دارای ساختار و قاعده می‌باشد؛ قاعده‌ای که

^۱ play therapy

^۲ self-selection

^۳ self-directed

حاصل تراوش ذهن کودک است، ماهیتی اعجاب‌انگیز و متفاوت از زندگی واقعی دارد، به دور از فشارهای ذهنی، به صورت رفتاری ظاهر می‌شود و پیامدهای روان‌شناختی سودمندی دارد (خوشبخت، ۱۳۹۰). بازی، زبان طبیعی کودکان و ابزاری بهینه برای آنان هم در فرایند آموزش و هم درمان را فراهم می‌کند. بازدرمانی به عنوان مناسب‌ترین تکنیک درمانی برای کودکان در نظر گرفته می‌شود (تکین و سزر، ۲۰۱۰) و ارتباط میان فردی و پویا بین کودک و یک درمانگر آموزش دیده توصیف می‌شود که رشد یک ارتباط امن را برای کودک فراهم می‌آورد تا خود را ابراز نماید (جلالی و همکاران، ۱۳۹۰).

بهرامی (۱۳۹۰) در تحقیق خود نشان داد که بازی به وسیله‌ی توپ و سایر وسایل (به غیر از توپ) بر کاهش اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی دانش‌آموزان پسر ۹ تا ۱۱ ساله‌ی شهر اراک مؤثر بوده است. برزگری و زمینی (۲۰۱۱) نیز در تحقیق خود نشان دادند که بازی درمانی در کاهش علائم کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مؤثر است. همچنین شوشتری و همکاران (۱۳۹۰)، در بررسی‌های خود دریافتند که درمان‌های زود هنگام مبتنی بر بازی‌های توجهی بر میزان توجه کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی تأثیر دارد. جنتیان و همکاران (۱۳۸۷) نیز در تحقیق خود نشان دادند که بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر شدت علائم اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه در دانش‌آموزان پسر ۹ تا ۱۱ سال مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مؤثر می‌باشد.

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی اولین و یا دومین اختلال در دوران کودکی است که تأثیرات منفی قابل توجهی بر عملکرد تحصیلی، شناختی و اجتماعی بسیاری از کودکان دارد و هزینه‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی زیادی را بر

1. the natural language of children

2. Tekin & Sezer

جامعه تحمیل می‌کند؛ در بزرگسالی نیز مشکلاتی در عملکرد شغلی و خانوادگی آنان ایجاد می‌نماید. تشخیص و درمان زودهنگام این اختلال به شناخت و درمان بسیاری دیگر از اختلالات همبوند همچون اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک، ناتوانی‌های یادگیری، مشکلات تحصیلی و مسائل خانوادگی و غیره کمک می‌کند (عابدی و قوام، ۱۳۸۸). با توجه به خصوصیات ذاتی در بازی‌ها مانند قاعده‌مندی و برخورداری از دستورالعمل‌ها و اهمیت توالی انجام آنها از یک سو و مد نظر قرار دادن ویژگی‌های کودکان مبتلا به نارسایی توجه از سوی دیگر می‌توان محدودیت‌های این کودکان در انجام بازی‌ها را استنباط نمود. لذا با توجه به شیوع بالای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی و از آنجا که دارو درمانی با توجه به عوارض جانبی آن، به تنهایی در کاهش علائم کودکان مبتلا به اختلال فوق مؤثر نمی‌باشد و این امر لزوم همراهی فنون روان‌درمانی و از آن میان بازی‌درمانی [با توجه به اثربخشی این تکنیک در کاهش علائم نارسایی توجه کودکان مبتلا] را، در کنار دارو درمانی نشان می‌دهد و همچنین با توجه به انجام پژوهش‌های ناکافی در زمینه‌ی بازی‌درمانی در سطح کشور و نیز جدید بودن اجرای این پژوهش در جامعه‌ی مورد مطالعه و بهره‌مندی خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی از نتایج تحقیق، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی‌درمانی گروهی بر کاهش علائم اختلال نارسایی توجه در کودکان پسر شهر کنگاور اجرا گردید.

روش

روش تحقیق: در این پژوهش، از روش تحقیق آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل استفاده شده است.

شرکت کنندگان در پژوهش: جامعه‌ی آماری مشتمل بود بر تمام دانش‌آموزان پسر دبستانی شهر کنگاور که در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۰ مشغول تحصیل بودند. نمونه‌ی مورد مطالعه، با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شد. برای انتخاب نمونه، مدارس به دو بخش بالا و پایین شهر تقسیم شدند و از مدارس پایین شهر، مدرسه‌ی شهید محسن توسلی انتخاب و از میان کلاس‌های مختلف، چند کلاس انتخاب و پرسشنامه‌ی نارسایی توجه جردن در اختیار معلمین آنان قرار گرفت. در نهایت، نمونه‌ای متشکل از ۱۶ دانش‌آموز مبتلا به اختلال نارسایی توجه، که همگی پسر و در دامنه‌ی سنی ۷-۱۱ سال بودند، انتخاب شد. ملاک‌های ورود به مطالعه، ابتلا به اختلال نارسایی توجه، دامنه‌ی سنی ۷-۱۱ سال، عدم ابتلا به بیماری جسمی و روانی دیگر بود. افراد گروه نمونه بعد از انتخاب، در دو گروه آزمایش (۸ نفر) و کنترل (۸ نفر) گماشته شدند. گروه آزمایش به صورت هفتگی به مدت هشت جلسه (۴۵-۳۰ دقیقه)، بر اساس قواعد گروه‌درمانی و اجرای بازی‌های مرتبط با سن کودکان، در مرکز مشاوره‌ی مدرسه‌ی شهید محسن توسلی مورد مداخله قرار گرفت؛ اما گروه کنترل در این مدت مداخله‌ای را دریافت نکرد. محتوای بازی‌های مورد استفاده در جلسات مختلف، با تکیه بر رویکرد شناختی-رفتاری انتخاب شده بود.

شیوه‌ی مداخله: جلسات بازی‌درمانی به ترتیب از جلسه‌ی اول تا هشتم به این

شرح بود:

جلسه‌ی اول: آن را نینداز (در این جلسه، کودکان باید ضمن توجه بر شیء معینی، فعالیت‌های خاصی را انجام می‌دادند).

جلسه‌ی دوم: آن را لمس کن (در این جلسه، از کودکان درخواست می‌شد که با چشمان بسته و با استفاده از حس لامسه‌ی خود فعالیت‌های مورد نظر را انجام دهند).

جلسه‌ی سوم: دقت کن و توپ را بینداز (در این جلسه هدف آن بود که توجه کودک به جزئیات جلب شود و با دقت هرچه بیشتر، فعالیت‌ها و حرکات دقیق را انجام دهد).

جلسه‌ی چهارم: توجه کن و به خاطر بسپار (در این جلسه کودک کان ضمن توجه به اشیاء و فعالیت‌های معین، باید سعی می‌کردند آنها را به خاطر نیز بسپارند. در واقع هدف این جلسه از بازی حفظ توجه برای مدت طولانی‌تر بود).

جلسه‌ی پنجم: من و سایه‌ی من (بازی‌هایی که در این جلسه انجام می‌شد، به گونه‌ای بود که موفق شدن در آنها مستلزم آن بود که کودکان ضمن توجه، با یکدیگر به صورت هماهنگ عمل کنند).

جلسه‌ی ششم: کار را در زمان طولانی‌تری انجام بده (در این جلسه، از کودکان درخواست می‌شد فعالیت‌های مورد نظر را تا آنجا که می‌توانند در زمان طولانی‌تری انجام دهند).

جلسه‌ی هفتم: بگو... عمل کن... بگو (در این جلسه برای بهبود رفتارهای بدون تفکر کودکان، از آنها درخواست می‌شد قبل از انجام بازی، ضمن انجام و بعد از آن به ارزیابی خود پردازند).

جلسه‌ی هشتم: دویدن داخل ماز و صحبت کردن (بازی‌هایی که در این جلسه انجام می‌شد در راستای هدف جلسه‌ی قبل بود).

ابزار گردآوری داده‌ها: برای جمع‌آوری اطلاعات نیز از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه‌ی نارسایی توجه جردن! پرسشنامه‌ی نارسایی توجه جردن شامل ۹ گزاره می‌باشد که در یک مقیاس لیکرت ۴ گزینه‌ای از هرگز (۰) تا

همیشه (۳) نمره گذاری می شد و توسط معلمان تکمیل می شد. بالاترین نمره در این آزمون ۲۷ و کم ترین، صفر می باشد. اگر فردی در این آزمون نمره ی ۱۸ و بالاتر کسب کند، مبتلا به اختلال نارسایی توجه تشخیص داده می شود. این پرسشنامه در ایران توسط سهرابی، به پژوه و غباری بناب (۱۳۸۹) هنجاریابی شده است؛ این پژوهشگران، ضریب پایایی این پرسشنامه در بررسی را براساس روش تصنیف ۰/۹۷ و براساس روش آلفای کرونباخ ۰/۹۹ گزارش نمودند. پایایی پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۳ بود.

روند اجرای پژوهش: در نهایت داده ها به کمک نرم افزار آماری -SPSS

18 با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس با سطح اطمینان ۰/۹۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها

قبل از انجام آزمون تحلیل کوواریانس، رعایت پیش فرض های تحلیل کوواریانس انجام شد که با استفاده از آزمون باکس^۱ و آزمون لون^۲ به ترتیب مفروضه های همگنی کوواریانس و برابری یا همگنی واریانس ها بررسی شد ($p < 0/05$). یافته های هر دو آزمون برای متغیرها معنادار نبود؛ در نتیجه، امکان تحلیل کوواریانس فراهم بود.

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار علایم اختلال نارسایی توجه در گروه آزمایش و کنترل و به تفکیک نمرات پیش آزمون و پس آزمون نشان داده شده است.

^۱ Box

^۲ Leven

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار علائم اختلال نارسایی توجه در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مرحله	گروه	تعداد (N)	میانگین (M)	انحراف معیار (SD)
پیش‌آزمون	کنترل	۸	۱۷/۰۲	۳/۱۵
		۸	۱۸/۰۶	۳/۰۷
پس‌آزمون	آزمایش	۸	۲۰/۶۰	۳/۴۲
		۸	۱۵/۸۰	۲/۷۲

جهت پاسخ به این سؤال که آیا بازی درمانی گروهی، بر کاهش اختلال نارسایی توجه کودکان اثر معنی‌داری دارد یا خیر، تحلیل کوواریانس برای داده‌های به دست آمده اعمال گردید که نتایج آن در جدول ۲ نمایش داده شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه برای بررسی اثربخشی بازی درمانی بر نمرات اختلال توجه با حذف اثر پیش‌آزمون

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	P-value
پیش‌آزمون	۷۹/۳۲	۱	۷۹/۳۲	۵/۳۴	۰/۰۰۳
گروه	۳۰/۲۴	۱	۳۰/۲۴	۳/۹۶	۰/۰۰۷
خطا	۵۸/۷۳	۱۲	۶/۱۳		
کل	۴۲۱۸/۰۰	۱۶			

داده‌های جدول فوق نشان می‌دهد که متغیر تصادفی با متغیر اصلی رابطه‌ی معناداری دارد ($p < ۰/۰۰۳$) که پیش‌فرض رابطه‌ی خطی متغیرها نیز رعایت شده است. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که نمرات نارسایی توجه در مرحله‌ی پس‌آزمون تغییر معناداری داشته است ($p < ۰/۰۱$)؛ به این معنی که بازی درمانی گروهی موجب کاهش چشمگیر علائم اختلال نارسایی توجه در کودکان شده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از اجرای پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی بازی درمانی گروهی بر کاهش علائم اختلال نارسایی توجه در کودکان پسر دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در شهر کنگاور بود. براساس نتایج، می‌توان گفت اثربخشی بازی درمانی بر کاهش علائم اختلال نارسایی توجه مورد تأیید قرار گرفته است. یافته‌های به دست آمده در مطالعه‌ی حاضر با پژوهش‌های قبلی (بهرامی ۱۳۹۱؛ برزگر و زمینی، ۲۰۱۱؛ شوشتری و همکاران، ۱۳۹۰؛ جنتیان و همکاران، ۱۳۸۷) همخوانی دارد. این پژوهشگران، اثربخشی بازی درمانی بر بیش‌فعالی و نارسایی توجه در کودکان را مورد تأیید قرار داده‌اند.

اگرچه در مورد اینکه توجه، عملکرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد یا خود توجه و تداوم آن ناشی از تأثیر عملکرد است، اختلاف نظر و تناقضاتی وجود دارد؛ اما در هر صورت، نقش توجه بر یادگیری رفتار حرکتی غیرقابل انکار است (په، چو و داویدز، ۲۰۱۱). بازی‌های کودکان، امکان بررسی ویژگی‌های روانی-اجتماعی آنان را فراهم می‌سازد. در واقع بازی، برای پژوهشگر دریچه‌ای به دنیای کودک می‌گشاید تا از طریق آن وارد دنیای کودک شده و اطراف را از دید وی مشاهده کند (خوشبخت، ۱۳۹۰). زمانی که کودکان مشکلات رفتاری و هیجانی را تجربه می‌کنند، بسیاری از رویکردهای درمانی دیگر، به دلیل ضعف کودکان در استفاده از کلمات و برقراری ارتباط مناسب و مؤثر، ناکارآمد به حساب می‌آیند. با توجه به اینکه بازی درمانی متناسب با سن کودک و شرایط و محیط مشاوره بسیار انطباقی است، می‌توان از آن در محیط مدارس بهره جست (وب، ۲۰۱۱).

بازی، افکار درونی کودک را با دنیای بیرونی او ارتباط می‌دهد و موجب

¹. Peh , Chow & Davids

².Webb

می‌شود کودک بتواند اشیای خارجی را تحت کنترل خود درآورد. بازی، به کودک اجازه می‌دهد تجربیات، افکار، احساسات و تمایلاتی را که برای او تهدید کننده هستند نشان دهد (تکلوی، ۱۳۹۰). از آنجا که دنیای کودکان دنیای عمل است، درمانگر با استفاده از بازی می‌تواند به دنیای درون کودک پی‌برد (بابایی، یزدی و حسینیان، ۱۳۹۰). کودکان از طریق عمل (بازی)، هیجانات خود را رها می‌سازند، برای حل مشکلات از تفکر خلاق استفاده می‌کنند و با احساسات و توانایی‌های خود آشنا می‌شوند (نادری، حیدری، بورون و عسگری، ۲۰۱۰). همچنین هاروی و همکاران معتقد هستند که بازی، ابزاری برای تقویت قوای ذهنی، عقلی، اجتماعی و سلامت کودک است (بهرامی، ۱۳۹۱).

در حقیقت بازی، به عنوان یک روش صحیح و درست در درمان کودک است، زیرا کودکان اغلب در بیان شفاهی احساسات خود دچار مشکل هستند. آن‌ها از این طریق می‌توانند موانع را کاهش داده و احساسات خود را بهتر نشان دهند (جلالی و همکاران، ۱۳۹۰). بازی درمانی به طور وسیع به عنوان یک راه‌حل در مشکلات هیجانی و رفتاری مورد استفاده قرار می‌گیرد. این تکنیک درمانی می‌تواند به عنوان یک ابزار مناسب برای کمک به درمانگری که با کودکان در تعامل است، مورد استفاده قرار گیرد (نادری، حیدری، بورون و عسگری، ۲۰۱۰) و به گونه‌ای است که به کودکان اجازه می‌دهد که به واسطه‌ی بازی، احساسات هشیار و ناهشیار خود را آشکار سازند (مهرداد، ۱۳۹۰).

بازی درمانی بر این مبنا است که کودکان، تعارضات و احساسات درونی خود را از طریق بازی بیان می‌کنند و بازی درمانی کاربرد راهبردی بازی در بافت درمانی، به منظور افزایش پیامدهای درمانی ویژه می‌باشد و به رشد اعتماد به نفس و خودکارآمدی در کودکان کمک می‌کند. قدرتی که در بازی درمانی نهفته است، به طرق گوناگون عمل می‌کند. در حقیقت بازی درمانی، رویکردی با ساختار و مبتنی بر

نظریه‌ی درمان است که فرایندهای یادگیری و ارتباط طبیعی و بهنجار کودکان را پایه‌ریزی می‌کند؛ رابطه‌ی مطلوبی که میان درمانگر و کودک در این فرایند شکل می‌گیرد و تجربه‌ی مناسب برای درمان را فراهم می‌کند. در بازی‌درمانی، وسایل بازی جایگزین کلمات کودک می‌شود و بازی به مثابه‌ی زبان کودک است (زارع و احمدی، ۱۳۸۶).

بنابراین، در تبیین این که چرا بازی‌درمانی در کاهش مشکلات توجه دانش‌آموزان مؤثر بوده، می‌توان گفت که بر طبق جلسات انجام شده در پژوهش حاضر، بازی‌درمانی موجب توجه کودک بر شیء معین و فعالیت‌های خاص مرتبط با آن شیء می‌شود. همچنین در بازی‌درمانی کودکان با چشمان بسته و با دقت بیشتری از طریق حس لامسه، اشیاء اطراف را لمس می‌کنند و در پاره‌ای از جلسات با توجه به جزئیات، آنان به انجام فعالیت‌ها و حرکات دقیق در بازی می‌پردازند. لذا این تمرین‌ها طی جلسات بازی‌درمانی موجب افزایش توجه کودک و کاهش مشکلات مرتبط با آن می‌گردد. به عبارت دیگر، چون در طی جلسات بازی‌درمانی دقت، توجه و فعالیت‌های لحظه‌به‌لحظه‌ی کودک مورد تشویق و توجه درمانگر قرار می‌گیرد، بنابراین می‌توان گفت که به احتمال زیاد این تشویق‌ها در افزایش توجه و کاهش مشکلات توجه کودک مؤثر خواهد بود.

از محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به عدم بهره‌گیری از مصاحبه‌ی بالینی و اکتفا به پرسشنامه در انتخاب دانش‌آموزان مبتلا به نارسایی توجه اشاره کرد. این محدودیت موجب جهت‌گیری پاسخ‌دهندگان در پاسخ‌دهی به گویه‌های پرسشنامه می‌گردد و همین امر، احتمالاً در نتایج مشکلاتی را ایجاد خواهد کرد. از جمله محدودیت‌های دیگر، می‌توان به عدم اجرای آزمون پی‌گیری و عدم مداخله در گروه کنترل بعنوان لیست انتظار اشاره کرد. با در نظر گرفتن محدودیت‌های بالا و بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر و با توجه به اهمیت و جایگاه

دوران کودکی در شکل‌گیری شخصیت کودکان در آینده، پیشنهاد می‌شود از بازی‌درمانی گروهی به دلیل ویژگی‌های منحصر به فرد آن، در درمان طیف وسیعی از اختلالات خصوصاً اختلالات مرتبط با توجه و یادگیری کودکان استفاده شود. از جمله پیشنهادات دیگر این پژوهش، استفاده از مصاحبه‌ی بالینی همراه با پرسشنامه در انتخاب کودکان مبتلا به نارسایی توجه، انتخاب نمونه‌ای با حجم بالاتر و اجرای آزمون پی‌گیری حداقل شش ماهه برای بررسی پایایی و ثبات مداخله می‌باشد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر و معلمان محترم دبستان‌های شهر کنگاور که در اجرای این پژوهش یاری‌گر پژوهشگران بودند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

منابع

- امیر، فاطمه، حسن‌آبادی، حسین، اصغری‌نکاح، سید محسن، و طیبی، زهرا (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) بر سبک‌های فرزندپروری. فصلنامه‌ی مشاوره و روان‌درمانی خانواده. ۱(۴): ۴۸۹-۴۷۳.
- بابایی، مهناز، یزدی، سیده منور، و حسینیان، سیمین (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی بازی‌درمانی گروهی با رهنمود بر اختلال سلوکی دانش‌آموزان دبستانی. اندیشه‌های نوین تربیتی. ۱۷(۱): ۶۴-۴۹.
- بهرامی، علیرضا (۱۳۹۱). اثربخشی بازی‌های تویی-غیرتویی بر کاهش نشانگان اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه نوجوانان ۹ تا ۱۱ ساله‌ی پسر شهر اراک. مجله‌ی علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک. ۱۵(۵): ۹-۱.
- تکلوی، سمیه (۱۳۹۰). تاثیر آموزش بازی‌درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری. مجله ناتوانی‌های یادگیری. ۱(۱): ۵۹-۴۴.

جعفری، علیرضا، خلعتبری، جواد، تودار، سیدرسول، و ابوالفتحی، هادی (۱۳۹۰). بررسی تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری مایکنبام در کاهش کمروبی و گوشه گیری اجتماعی کودکان دبستانی شهرستان ابهر. یافته‌های نو در روان‌شناسی. ۶(۱۸): ۱۶-۷.

جلالی، سلیمه، کاراحمدی، مژگان، مولوی، حسین، و آقایی، اصغر (۱۳۹۰). تأثیر بازی درمانی گروهی بر هراس خاص کودکان ۵ تا ۱۱ ساله‌ی مراجعه کننده به درمانگاه‌های علوم پزشکی اصفهان. تحقیقات علوم رفتاری. ۹(۲): ۱۱۲-۱۰۴.

جنتیان، سیما، نوری، ابوالقاسم، شفتی، سیدعباس، مولوی، حسین، و سماواتیان، حسین (۱۳۸۷). اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر شدت علائم بیش فعالی / نارسایی توجه در دانش آموزان پسر ۹ تا ۱۱ ساله‌ی مبتلا به ADHD. تحقیقات علوم رفتاری. ۶(۲): ۱۱۸-۱۰۹.

خوشبخت، فریبا (۱۳۹۰). کفایت روانسنجی مقیاس رفتار کودکان پیش دبستانی در بازی (نسخه فارسی). مجله‌ی روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی. ۱(۳): ۴۶-۳۳.

رشیدی ظفر، مریم، جان‌بزرگی، مسعود، و شقاقی، فرهاد (۱۳۹۱). اثربخشی بازی درمانگری بر ارتقای رفتار اجتماعی مثبت کودکان پیش دبستانی. مجله‌ی علوم رفتاری. ۶(۱): ۷۷-۶۹.

زارع، مهدی، و احمدی، سونیا (۱۳۸۶). اثربخشی بازی درمانی به شیوه‌ی رفتاری- شناختی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان. روانشناسی کاربردی. ۱(۳): ۲۸-۱۸.

سادوک، بنیامین جیمز، و سادوک، ویرجینیا آلکوت (۱۳۸۸). خلاصه‌ی روانپزشکی (ترجمه فرزین رضاعی). تهران: انتشارات ارجمند.

سهرابی، نادره، به پژوه، احمد، و غباری بناب، باقر (۱۳۸۹). کفایت روان‌سنجی مقیاس شاخص‌های اختلال نارسایی توجه جردن. مجله‌ی روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی. ۱(۱): ۶۳-۸۰.

شوشتری، مژگان، ملک‌پور، مختار، عابدی، احمد، و اهرمی، راضیه (۱۳۹۰). اثربخشی مداخلات زودهنگام مبتنی بر بازی‌های توجهی بر میزان توجه کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجهی و بیش فعالی / تکانش‌گری. مجله‌ی روانشناسی بالینی. ۳(۳): ۱۷-۲۷.

عابدی، احمد، و قوام، علی (۱۳۸۸). روانشناسی و آموزش کودکان با نارسایی توجه / بیش‌فعالی، اصفهان: انتشارات نوشته.

مهرداد، حسین (۱۳۹۰). تأثیر بازی درمانی بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان عقب‌مانده‌ی ذهنی دوره‌ی ابتدایی شهرستان خرم‌آباد در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸. فصلنامه‌ی روانشناسی افراد استثنائی. ۱(۲): ۱۴۷-۱۲۰.

- Barzegary, L. & Zamini, S. (2011). The effect of play therapy on children with ADHD. *Procedia-Social and behavioral sciences*, 30, 2216 – 2218.
- Brown, T.E. (2005). *Attention deficit disorder: the unfocused mind in children and adults*. United States of America. Yale University Press health & wellness.
- Fisher, A., Thiessen, E., Godwin, K., Kloos, H. & Dickerson, J. (2013). Assessing selective sustained attention in 3- to 5-year-old children: Evidence from a new paradigm. *Journal of Experimental Child Psychology*. 114, 275-294.
- Gunstad, J., Cohen, R. A., Paul, R.H. & Gordon, E. (2006). Dissociation of the component processes of attention in healthy adults. *Arch Clinical Neuro psychology*, 21, 645-650.
- Naderi, F., Heidarei, A., Bouron, L., & Asgari, P. (2010). The efficacy of play therapy on ADHD, Anxiety and Social maturity in 8 to 12 years age clientele children of Ahwaz metropolitan counseling clinics. *Applied Sciences*, 10, 189-195.
- Peh ,S.Y., Chow, J.Y. & Davids, K. (2011). Focus of attention and its impact on movement behavior. *Journal of Science Medical Sport*, 14, 70-80.
- Ren ,X., Schweizer, K & Xu, F. (2013). The sources of the relationship between sustained attention and Reasoning Intelligence. *Procedia - Social and behavioral sciences*, 41, 51-58.
- Stevens, C. & Bavelier, D. (2012). The role of selective attention on academic foundations: a cognitive neuroscience perspective. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 2, 30-48.
- Strenberg, R. (2006). *cognitive psychology*. 4th ed: Thomson, woods worth.
- Tekin, G., & Sezer, Ö. (2010). Applicability of play therapy in Turkish early childhood education system: today and future. *Procedia - Social and behavioral sciences*, 5, 50-54.
- Webb, N.B. (2011). Play therapy for bereaved children: Adapting strategies to community, school, and home settings. *School Psychological Intelligence*, 32, 132-143.