

Comparison of the Effectiveness of Play Therapy and Storytelling on the Improvement of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Students

Fereshteh Bayat¹, Ali Mohammad Rezaie^{1*}, Behnaz Behnam²

¹Department of Psychology & Educational Sciences, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Semnan University, Mehdiashahr, Semnan, Iran.

²Department of Medical Sciences, Faculty of Medical Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.

***Corresponding Author:**
Ali Mohammad Rezaie;
Department of Psychology & Educational Sciences,
Faculty of Psychology & Educational Sciences
Mehdiashahr, Semnan University, Semnan, Iran.

Email:
rezaei_am@semnan.ac.ir

Received: 28 Aug, 2017
Accepted: 15 Feb, 2018

Abstract

Background and Objectives: Attention deficit/hyperactivity disorder is associated with many problems and several treatments have been proposed for the treatment of children with this disorder. The present study was carried out with the purpose of determining the effectiveness of play therapy and storytelling on the improvement of the symptoms of hyperactivity disorder/attention deficit disorder in students.

Methods: The research method was pretest and posttest design with control group. At first, the Conners scale was implemented on 450 female students (age range, 7-12 years) in the schools of Semnan city. Then, 45 students who obtained the highest score based on the Conners scale, were voluntarily selected. In the following, these 45 students were randomly and equally assigned to two experimental groups of experimental (play therapy and storytelling) and control. Data analysis was performed using multivariate analysis of variance (MANOVA) and univariate variance analysis.

Results: According to the results of MANOVA test, there was a significant difference between the experimental and control groups in the variables of hyperactivity, conduct, attention deficit, and anxiety [$p \leq 0.005$, $F(35.4) = 17.22$]. The results of the univariate ANOVA indicated that there was a significant difference between all studied variables, except for inactivity between the groups ($p < 0.005$).

Conclusion: The results of this study revealed that play therapy and storytelling have a positive effect on the improvement of attention deficit/hyperactivity disorder, thus, applying these methods can have beneficial results for students.

Keywords: Play therapy; Storytelling; Attention deficit; Hyperkinesis; Psychology; Education; Students.

مقایسه اثربخشی بازی درمانی و قصه گویی بر بهبود نشانگان اختلال نقص توجه/بیش فعالی دانش آموزان

فرشته بیات^۱، علی محمد رضایی^{۱*}، بهناز بهنام^۲

چکیده

زمینه و هدف: اختلال نقص توجه/بیش فعالی، با مشکلات بسیاری همراه بوده و روش‌های درمانی متعددی برای درمان کودکان مبتلا به این اختلال معرفی شده است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بازی درمانی و قصه گویی بر بهبود نشانگان اختلال بیش فعالی و نقص توجه در دانش آموزان صورت گرفت

روش بررسی: روش پژوهش از نوع طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. ابتدا مقیاس Conners بر روی ۴۵۰ دانش آموز دختر (سنین ۷-۱۲ سال) مدارس شهرستان سمنان انجام شد. سپس از این تعداد، ۴۵ دانش آموز که در مقیاس Conners بیشترین نمره را کسب کردند، به طور داوطلبانه انتخاب شدند. در ادامه، این ۴۵ دانش آموز به صورت تصادفی و مساوی در دو گروه آزمایش (بازی درمانی و قصه گویی) و کنترل قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره و تحلیل واریانس یک متغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: براساس نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای بیش فعالی، سلوک، نقص توجه و اضطراب، تفاوت معنی داری وجود داشت ($F(35,4)=17/22, p\leq 0/005$). نتایج براساس آزمون تحلیل واریانس یک متغیره حاکی از آن بود که در همه متغیرهای مورد بررسی بجز انفعال بین گروه‌ها، تفاوت معنی دار بوده است.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد بازی درمانی و قصه گویی بر بهبود نشانگان اختلال نقص توجه/بیش فعالی تأثیر مثبت دارد؛ لذا به کارگیری این روش‌ها می‌تواند برای دانش آموزان نتایج مفیدی را در پی داشته باشد.

کلید واژه‌ها: بازی درمانی؛ قصه گویی؛ نقص توجه؛ بیش فعالی؛ روانشناسی؛ آموزش و پرورش؛ دانش آموزان.

^۱گروه آموزشی روانشناسی و علوم تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی مهدیشهر، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

^۲گروه آموزشی علوم پزشکی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

علی محمد رضایی؛ گروه آموزشی روانشناسی و علوم تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی مهدیشهر، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

آدرس پست الکترونیکی:

rezaei_am@semnan.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۶/۶/۷

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۲۶

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Bayat F, Rezaie AM, Behnam B. Comparison of the effectiveness of play therapy and storytelling on the improvement of attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in students. Qom Univ Med Sci J 2018;12(8):59-68. [Full Text in Persian]

مقدمه

یکی از شایع ترین اختلالات عصبی - رفتاری دوران کودکی که توجه روانشناسان و روانپزشکان را به خود جلب کرده است، اختلال نقص توجه/بیش فعالی (ADHD) است (۱،۲). این اختلال به سه نوع فرعی شامل: نارسایی توجه، فزون کنشی/ تکان شگری و ترکیبی تقسیم می شود (۳). براساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی؛ نرخ شیوع این اختلال برای بزرگسالان، ۲/۵٪ و برای کودکان، ۵٪ گزارش شده است (۴). تقریباً ۷۳٪ کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه، حداقل یک اختلال دیگر و ۶۷٪ بیش از دو اختلال دیگر را به صورت همبود دارند (۵). از بین این اختلال ها، اختلال سلوک و نافرمانی مقابله ای (۳۲٪)، اختلال های خلقی (۲۹٪)، اختلال های اضطرابی (۱۵٪)، اختلال های یادگیری (۱۰٪) و اختلال های درخودماندگی (۵٪)، دارای بیشترین میزان همبودی هستند (۶). برای تشخیص این اختلال، نشانه ها باید حداقل ۶ ماه، در دو زمینه متفاوت مانند منزل و مدرسه وجود داشته باشند. بنابراین، بیش فعالی قبل از سن مدرسه شروع شده و نرخ شیوع این اختلال در پسران، ۹-۲ برابر بیشتر از دختران است (۵). ویژگی های اصلی ADHD شامل: ناتوانی در نارسایی توجه، ناتوانی در یادگیری، پرخاشگری، مشکلات تحصیلی، بی قراری حرکتی و برانگیختگی است (۷).

تشخیص و درمان مشکلات رفتاری کودکان، ازجمله ADHD از اهمیت ویژه ای برخوردار است (۱). روش های درمانی متعددی در رابطه با این اختلال موجود است که از آن جمله می توان به دارودرمانی اشاره کرد (۸). استفاده از داروها با معایبی نیز همراه است؛ بنابراین همواره پژوهشگران در پی راه هایی بوده اند تا به حداکثر اثرات مفید، حداقل عوارض و پیامدهای منفی در درمان این افراد دست یابند که ازجمله آنها می توان به بازی درمانی و قصه گویی اشاره کرد (۹).

بازی، افکار درونی کودک را با دنیای بیرون ارتباط می دهد (۱۰)، و بازی درمانی یک روش صحیح برای درمان کودک است؛ زیرا کودکان در بیان شفاهی احساسات با مشکل روبه رو بوده و از این طریق کودک می تواند احساسات آزاددهنده و مشکلات درونی خود را به نمایش بگذارد (۱۱،۱۲). قصه گویی نیز یک روش انعطاف پذیر بوده که با فراهم کردن بستری مناسب برای تخلیه

هیجانی، بالا بردن سطح درک و تقویت تخیل کودکان، منبع مهمی برای بهبود مشکلات آنان است. همچنین قصه گویی در فضای بالینی، با شناسایی امیال، ترس و اضطراب، با قهرمان پروری و الگودهی، توانایی های کودکان را رشد می دهد (۱۳).

نتایج پژوهش Wonn و همکاران (۱۴)، رادبخش، محمدی فر و کیان ارثی (۱۵)، حاکی از تأثیر قصه گویی بر بهبود کیفیت رابطه مادر فرزندی و خلاقیت در کودکان مبتلا به ADHD بود. همچنین نتایج مطالعه آریاپوران و اسکندری نشان داد بازی درمانی باعث کاهش علائم ADHD، نافرمانی مقابله ای و اختلال رفتار در پسران ۹-۶ ساله دارای علائم ADHD می شود (۱۶). پژوهش ترابی و همکاران نیز نشان داد دو روش بازی درمانی انفرادی و بازی درمانی به همراه خانواده درمانی می تواند در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به ADHD مؤثر باشد، همچنین بازی درمانی می تواند اضطراب و مشکلات سلوک دانش آموزان بیش فعال را در سنین ۱۲-۸ ساله کاهش دهد (۱۷). بابایی و همکاران نیز معتقد بودند بازی درمانی می تواند مشکلات سلوک دانش آموزان دبستانی را کاهش دهد (۱۸).

در مجموع، نتایج مطالعات انجام شده در این زمینه نشان می دهند بازی درمانی و قصه گویی، روش هایی اثربخش در کنار سایر روش های درمانی جهت کاهش ADHD هستند. از طرفی، در پژوهش حاضر یک دوره سنی حساس جهت درمان ADHD (۷-۱۲ سالگی)، همچنین هر ۵ مؤلفه موجود در مقیاس Conners (سلوک، بی توجهی/رویاپردازی، بیش فعالی، اضطراب و انفعال) مورد بررسی قرار گرفت که می تواند جنبه تکمیلی در راستای پژوهش های پیشین باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی و قصه گویی بر بهبود علائم ADHD در دانش آموزان صورت گرفت.

روش بررسی

این پژوهش با استفاده از طرح شبه آزمایشی پیش آزمون - پس آزمون بر روی ۴۵ دانش آموز دختر مبتلا به ADHD مدارس ابتدایی انجام شد. نمونه گیری از بین افراد ۱۲-۷ ساله به روش داوطلبانه صورت گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه عبارتند بودند از: داشتن سن ۷-۱۱ سال، کسب بیشترین نمره ملاک‌های تشخیصی به نقص توجه/بیش فعالی در مقیاس Conners (فرم معلم)، عدم ابتلا به اختلالات همبود؛ از قبیل نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک و اختلال یادگیری براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5، داشتن وضعیت جسمانی سالم، رضایت کودک و والدین از شرکت کودک در پژوهش.

معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم شرکت در جلسات به صورت مداوم، بیماری جسمانی در حین اجرای بازی درمانی و قصه گویی، عدم تمایل والدین و کودکان به ادامه جلسات بازی درمانی و قصه گویی بود.

در این مطالعه، ابتدا مقیاس Conners بر روی ۴۵۰ دانش آموز دختر ۷-۱۲ ساله مدارس شهرستان سمنان اجرا گردید، سپس ۴۵ نفر از کودکانی که در مقیاس Conners بیشترین نمره را کسب کرده بودند، به طور داوطلبانه انتخاب شدند. در ادامه، این افراد به صورت تصادفی در دو گروه کنترل (۱۵ نفر) و گروه آزمایش (۱۵ نفر بازی درمانی، ۱۵ نفر قصه گویی) قرار گرفتند و مطابق با برنامه آموزشی پیش‌بینی شده، مداخلات آموزشی طراحی و اجرا گردید. آموزش گروه‌های آزمایش طی ۱۱ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و هر هفته ۲ جلسه، توسط پژوهشگر (به مدت ۳ ماه) انجام شد؛ درحالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند.

مبنای نظری مداخله بازی درمانی (جدول شماره ۱) با نظریه Gerald (۱۹)، از رویکرد شناختی رفتاری مرتبط ارائه شد و قصه گویی (جدول شماره ۲) مبتنی بر نظریه Burns (۲۰) از رویکرد شناختی رفتاری و برگرفته از مراحل پژوهش‌های موجود در این حیطه مانند مطالعات اصغری نکاح (۲۱) در زمینه مداخله بازی درمانی و پژوهش فرزادفرد (۲۲) در زمینه مداخله قصه گویی با نظارت اساتید و صاحب‌نظران، تنظیم و برای کار با کودکان نقص توجه/بیش فعالی در نظر گرفته شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، مشخصات فردی آزمودنی‌ها محرمانه نگه داشته شد و متغیرهای مستقل (بازی درمانی و قصه گویی) طوری ارائه گردید که در روند تحصیل و درمان آنها مشکلی ایجاد نشود. پس از هماهنگی با مدارس، با والدین دانش آموزان تماس گرفته شد و در زمینه مداخله پژوهش کاملاً توجیه شدند و پس از کسب رضایت از والدین و دانش آموزان، در پژوهش شرکت کردند. همچنین آزمودنی‌ها آزاد بودند هر زمان که بخواهند از پژوهش خارج شوند و برای خود نام مستعار انتخاب کنند. به علت عدم همکاری مدارس در اختصاص فضا، همچنین همزمان شدن با تعطیلات مدارس، امکان برگزاری آموزش برای گروه کنترل فراهم نشد.

جدول شماره ۱: برنامه ۱۱ جلسه‌ای مداخله آموزشی بازی درمانی

اهداف هر جلسه	فعالیت هر جلسه	جلسات
آشنایی کودکان با درمانگر و اعضای گروه و اجرای پیش‌آزمون	معرفی اعضا به یکدیگر و اجرای پیش‌آزمون	جلسه اول
افزایش تمرکز و کاهش اضطراب و ترس	بازی پرتاب توپ در حلقه، هدف گیری و بازی خاله سوسکه	جلسه دوم
ایجاد مهارت‌های حرکتی، افزایش تمرکز، کاهش خشم و رفتار انفعالی	بازی تعادلی لی‌لی آپارتمانی و دارت	جلسه سوم
حفظ تعادل، هماهنگی حسی و حرکتی و کاهش مشکلات سلوک و خشم	بازی راه رفتن روی یک پا، حرکت روی تیرک‌های چوبی و پرش روی جایگاه مخصوص و بازی گروپ-گروپ راه رفتن	جلسه چهارم
کاهش بیش‌فعالی، تکانشگری، اضطراب و کنترل خشم	بازی هنر خط خطی کردن و بازی زنگ ساعت	جلسه پنجم
ایجاد مهارت‌های ظریف انگشتان دست، افزایش صبر و حوصله، افزایش تمرکز	بازی کار با پازل، لگو، مگنت‌های مغناطیسی و بازی مربوط به حافظه و تمرکز کارت به کارت	جلسه ششم
افزایش تجسم فضایی، صبر و تمرکز و کاهش مشکلات سلوک	دوز فضایی و بازی بادکنک خشم	جلسه هفتم
کاهش رفتارهای تکانشی، تکرار و تقویت مهارت‌های حسی و حرکتی	بازی‌های مربوط به حافظه مستقیم، معکوس و بازی تعادلی	جلسه هشتم
تسلط بر مهارت‌های آموخته شده قبلی	بازی بشین و پاشو به صورت مستقیم و معکوس	جلسه نهم
تقویت حافظه، افزایش دقت، کاهش بیش‌فعالی و اضطراب	بازداری چشم در چشم و بازی بشنو و پیداکن	جلسه دهم
جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون	اجرای پس‌آزمون	جلسه یازدهم

جدول شماره ۲: برنامه ۱۱ جلسه‌ای مداخله آموزشی قصه گویی

جلسات	هدف هر جلسه	فعالیت هر جلسه
جلسه اول	آشنایی کودکان با درمانگر و اعضای گروه	معرفی اعضای گروه به یکدیگر و اجرای پیش‌آزمون
جلسه دوم	افزایش تمرکز، دقت و کاهش ترس، تنهایی و اضطراب	گفتن قصه مامان من کجاست؟
جلسه سوم	افزایش تمرکز و دقت	گفتن قصه پرندۀ مهربان
جلسه چهارم	افزایش تمرکز، دقت و کاهش اضطراب و ترس	گفتن قصه چه کسی تکالیف علی را انجام داد؟
جلسه پنجم	کاهش بیش‌فعالی	گفتن قصه سه قدم دور شد از مادر
جلسه ششم	کاهش بیش‌فعالی و ترس	گفتن قصه سه ماهی
جلسه هفتم	کاهش بیش‌فعالی و افزایش دقت	گفتن قصه مورچه بازیگوش
جلسه هشتم	کاهش ترس، افزایش تجسم فضایی و رویاپردازی	گفتن قصه سیاره سرد
جلسه نهم	افزایش سازگاری و افزایش تجسم فضایی	گفتن قصه چشمه سحرآمیز
جلسه دهم	کاهش خشم، مشکلات سلوک و افزایش تجسم فضایی	گفتن قصه بچه غول
جلسه یازدهم	جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون	اجرای پس‌آزمون

در این پژوهش جهت جمع‌آوری اطلاعات، از مقیاس Conners (فرم معلم) استفاده شد.

مقیاس Conners (فرم معلم): به منظور تشخیص ADHD، مقیاس Conners در سال ۱۹۹۱ توسط Conners تهیه و تنظیم گردید و در سال ۲۰۰۱ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. فرم مخصوص معلمان مشتمل بر ۳۸ سؤال است و پنج عامل شامل: مشکلات سلوک، بیش‌فعالی، بی‌توجهی - رویاپردازی، اضطراب - خجالتی و انفعالی بودن را می‌سنجد. ۱۷ سؤال از این پرسشنامه مربوط به مشکلات سلوک، ۹ سؤال مربوط به بیش‌فعالی، ۱۰ سؤال مربوط به بی‌توجهی - رویاپردازی، ۷ سؤال مربوط به اضطراب - خجالتی و ۴ سؤال مربوط به انفعالی بودن است. میانگین $\pm$ انحراف معیار این آزمون به ترتیب ۵۰ و ۱۰ می‌باشد. برای ساخت فرم معلم، Conners در کانادا نمره‌های هنجاری این مقیاس را برای کودکان سنین ۴-۱۱ سال به دست آورد که به هر پرسش آن به صورت (هیچ وقت)، (کمی)، (تقریباً زیاد)، (زیاد) پاسخ داده می‌شود و برحسب مورد، به آن‌ها از ۰ تا ۳ نمره تعلق می‌گیرد. Conners پایایی بازآزمایی فرم معلم را در طول مقیاس در مدت یک‌ماه تا یک‌سال از ۰/۹۲-۰/۷۲ و پایایی بین نمره‌گذاری معلمان را ۰/۷۰ گزارش کرد.

در هنجاریابی و تعیین پایایی فرم معلم، مقیاس درجه‌بندی Conners که توسط شهیم و همکاران (۲۳) صورت گرفت، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه، معادل ۰/۸۶ و برای مقیاس بیش‌فعالی، ۰/۷۴ به دست آمد. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و آزمون آماری تحلیل واریانس چندمتغیره و یک‌متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه جنسیت تمام آزمودنی‌ها در هرگروه آزمایش و کنترل مؤنث در محدوده سنی بین ۷-۱۲ سال (شامل کلاس‌های اول تا ششم ابتدایی) بود. ۱۵ نفر در گروه آزمایش ۱ (بازی درمانی)، ۱۵ نفر در گروه آزمایش ۲ (قصه‌گویی) و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار داشتند. میانگین نمرات مؤلفه‌های سلوک، بی‌توجهی، بیش‌فعالی و اضطرابی/خجالتی در دو گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون، افزایش معنی‌داری نشان داد، ولی در گروه کنترل، معنی‌دار نبود. در مورد مؤلفه انفعالی، تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای بین نمرات گروه‌ها در پیش‌آزمون - پس‌آزمون وجود نداشت.

به منظور مقایسه اثربخشی بازی درمانی و قصه گویی بر کاهش نشانگان اختلال نقص توجه/بیش فعالی (سلوک، بیش فعالی، بی توجهی، اضطراب - خجالتی و انفعالی) از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) استفاده شد. به دلیل عدم برقراری مفروضه همگنی شیب رگرسیون، استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) امکان پذیر نبود. همچنین به منظور استفاده از آزمون واریانس، نمرات تفاضل، محاسبه و مبنای تحلیل قرار گرفت. لازم به توضیح است به دلیل وجود ۵ متغیر وابسته (سلوک، بیش فعالی، بی توجهی، اضطراب - خجالتی و انفعالی) خطای نوع اول با روش بونفرونی کنترل شد، لذا یک مقایسه در صورتی معنی دار تلقی می گردد که سطح معنی داری آن کوچکتر از ۰/۰۵ باشد.

بین میزان اثربخشی بازی درمانی و قصه گویی بر کاهش نشانگان اختلال بیش فعالی/نقص توجه (سلوک، بیش فعالی، بی توجهی، اضطراب - خجالتی و انفعالی)، تفاوت معنی داری وجود داشت.

در جهت ارزیابی این فرضیه، ابتدا مفروضه های آزمون مانوا بررسی، سپس نتایج آن گزارش گردید. یکی از مفروضه های آزمون مانوا یکسانی ماتریس کواریانس است. برای بررسی این مفروضه از آزمون ام باکس استفاده شد و آماره F برابر با ۱/۳۱ و سطح معنی داری برابر با ۰/۱۱۸ به دست آمد که بالاتر از ۰/۰۵ بود؛ لذا مفروضه یکسانی ماتریس کواریانس برقرار شد. در مرحله بعد، به منظور بررسی یکسانی واریانس خطا، از آزمون لون استفاده گردید که سطح معنی داری در همه متغیرها، بالاتر از ۰/۰۵ به دست آمد و مفروضه همگنی واریانس ها نیز برقرار بود. همچنین از آزمون کرویت بارتل (جهت بررسی مفروضه کفایت همبستگی بین متغیرهای وابسته) استفاده شد. نتایج آزمون کرویت بارتل در سطح، $p \leq 0/005$ معنی دار بود؛ در نتیجه بین متغیرهای وابسته، همبستگی کافی وجود داشت. پس از بررسی مفروضه ها و حصول اطمینان لازم، آزمون مانوا به کار برده شد (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: نتایج آزمون مانوا برای مقایسه مؤلفه های ADHD در دو گروه درمان و کنترل

گروه	آزمون	مقدار	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مجذور اتا
اثر پیلایی	۰/۶۶	۱۷/۲۲	۴	۳۵	۰/۰۰۰۵	۰/۶۶	
لامبدای ویلکز	۰/۳۴	۱۷/۲۲	۴	۳۵	۰/۰۰۰۵	۰/۶۶	
اثر هوتلینگ	۱/۹۷	۱۷/۲۲	۴	۳۵	۰/۰۰۰۵	۰/۶۶	
بزرگترین ریشه‌روی	۱/۹۷	۱۷/۲۲	۴	۳۵	۰/۰۰۰۵	۰/۶۶	

بر اساس نتایج آزمون مانوا ($F(35,4)=17/22, p \leq 0/005$) بین گروه های آزمایش و کنترل در متغیرهای مورد بررسی، تفاوت معنی داری وجود داشت.

نتایج آزمون تعقیبی واریانس نشان داد در همه متغیرهای مورد بررسی بجز انفعال بین گروه ها، تفاوت معنی دار بوده است (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴: نتایج آزمون تعقیبی واریانس برای مقایسه مؤلفه های ADHD در دو گروه درمان و کنترل

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجات آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
گروه	سلوک	۷۸۱/۵۱	۲	۳۹۰/۷۵	۳۶/۹۳	۰/۰۰۰	۰/۶۳
	بی توجهی	۳۲۲/۳۱	۲	۱۶۱/۱۵	۱۶۱/۳۹	۰/۰۰۰	۰/۵۹
	بیش فعالی	۲۴۱/۹۱	۲	۱۲۰/۹۵	۱۲۰/۹۵	۰/۰۰۰	۰/۵۹
	اضطراب	۲۲۸/۸۴	۲	۱۱۴/۴۲	۱۱۴/۴۲	۰/۰۰۰	۰/۵۳
	انفعال	۱۰/۷۱	۲	۵/۳۵	۱/۵۹	۰/۲۱۵	۰/۰۷
خطا	سلوک	۴۴۴/۴۰	۴۲	۱۰/۵۸			
	بی توجهی	۲۲۲/۶۶	۴۲	۵/۲۹			
	بیش فعالی	۱۶۷/۰۶	۴۲	۳/۹۷			
	اضطراب	۱۹۹/۰۶	۴۲	۴/۴۷			
	انفعال	۱۴۱/۲۰	۴۲	۳/۳۶			

بحث

نتایج این پژوهش، بیان کننده اثربخشی بازی درمانی و قصه گویی بر کاهش و بهبود نشانه های اختلال بیش فعالی در دانش آموزان ADHD بود. با توجه به یافته ها، بازی درمانی و قصه گویی باعث کاهش نمرات مربوط به نشانگان نقص توجه/بیش فعالی دانش آموزان می شود. این یافته با نتایج تحقیقات پیشین، همخوانی داشت (۲۵، ۲۴، ۲۱، ۱۷، ۱۶).

در تبیین این یافته می توان گفت در انجام بازی، دانش آموزان فرصت مناسبی برای تخلیه هیجانی خود پیدا می کنند، از طرفی، در حین بازی با افزایش تعامل با سایر افراد، همچنین یادگیری تعامل و برقراری ارتباط مؤثر، رعایت نوبت و پذیرش مناسب از سوی مربی و حتی سایر دانش آموزان به همان شکلی که هستند؛ با مثبت بودن تجربه ارتباطی با دیگران، زمینه درونی سازی رفتارهای مناسب و جدیدی را که یاد می گیرند فراهم می سازند؛ به عنوان مثال در بازی هنر خط خطی کردن، دانش آموز یاد می گیرد چگونه می تواند به شیوه درست، برون ریزی هیجانی داشته باشد. بازی درمانی یک روش صحیح و درست برای درمان کودک است؛ زیرا کودک راحت تر در قالب بازی احساساتش را بیان کرده و ارتباطات بیرونی خود را توسعه می بخشد که باعث افزایش شادی و سازگاری کودک با محیط اطرافش می شود (۲۶)، و این به نوبه خود سبب کاهش مشکلات نقص توجه/بیش فعالی و افزایش ظرفیت های درونی آنها برای انطباق با محیط بیرونی می گردد. از سوی دیگر، در قصه گویی به نوعی برون ریزی افکار و اندیشه ها صورت می گیرد، در واقع، با این عمل آگاهی کودکان بالا رفته که این خود باعث بهبود کیفیت و کمیت ارتباطات مؤثر آنها می شود و چون در قصه، بچه ها مجبور به فکر کردن در مورد شخصیت ها و اتفاقات داستان می شوند، به نوعی آمادگی بیشتری را برای تفکر کسب می کنند و با توجه به اینکه در طی قصه گویی کودکان باید بعد از شنیدن داستان، سؤالات مربوط به آن را جواب دهند؛ بنابراین یاد می گیرند که باید توجه کافی بر روی کار داشته باشند و در ابتدا برای رسیدن به پاداش (تشویق کلامی و خوراکی) این کار را انجام می دهند، اما بعد از مدتی یاد می گیرند این عمل در واقع جدای از تشویق و پاداش مستقیم به سازگاری آنها و حضور مثبت

در محیط، کمک کننده بوده که این خود نتایج خوشایندی را برای خود آنها دربردارد و آن را به صورت رفتار باثباتی درمی آورد. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد بازی درمانی و قصه گویی باعث کاهش نمره دانش آموزان در مشکلات سلوک و اضطراب می شود که این یافته با نتایج تحقیقات پیشین همسو بود (۲۶-۲۷). در تبیین این یافته می توان گفت بازی درمانی نقش مهمی را در کاهش مشکلات سلوک، اضطراب دانش آموزان و اختلال نقص توجه/بیش فعالی ایفا می کند. از آنجا که کودکان اغلب در بیان شفاهی احساس خود با مشکل روبه رو هستند؛ لذا از طریق بازی، کودک می تواند احساسات آزاردهنده و مشکلات درونی خود را به نمایش بگذارد (۱۱، ۱۲). در جلسات بازی، کودک راه حل های متفاوتی (بازی های مختلف) را برای تخلیه هیجانات و خشم خود که از درون باعث آزار او شده و منجر به برون ریز آن به شیوه نامناسب می گردد، یاد می گیرد و از آنجا که اغلب کودکان با این ویژگی ها در واقع، شیوه های کمتری برای ابراز خشم و ناراحتی خود یاد گرفته اند؛ لذا بازی درمانی کمک مؤثری به آنها می کند (۲۸).

از طرفی، قصه وسیله ای برای کاهش مشکلات عاطفی دانش آموزان و افزایش رفتارهای مطلوب در آنان است (۲۹). در روند قصه گویی، دانش آموزان متوجه می شوند افراد دیگری مانند آنها نیز وجود دارند که در کنارشان قرار گرفته و مشکلاتی مشابه آنان دارند که این به نوبه خود باعث کاهش بار ناشی از اضطراب در آنها می شود. از سوی دیگر، در پژوهش حاضر بازی درمانی و قصه گویی در مشکلات انفعالی کودکان، تفاوت معنی داری ایجاد نکرد. در هیچ یک از مطالعات انجام شده پیشین، به صورت مستقیم به بررسی تأثیر بازی و قصه بر اختلال نقص توجه/بیش فعالی در کودکان پرداخته نشده است، اما به صورت کلی یافته های پژوهش حاضر با نتایج تحقیق انجام شده توسط ترابی و همکاران (۱۷) و Wonn و همکاران (۱۴)، همسو نبود. در تبیین این یافته می توان گفت با توجه به اینکه افراد و کودکان منفعل و وابسته، سازگاری مخربی با محیط دارند و به علت ناتوانی و کمبود عزت نفس در تصمیم گیری به ناچار خود را با محیط تطابق می دهند و چون این رفتارها به مرور تبدیل به عادات سختی می شود؛ بنابراین از بین بردن این رفتار و ویژگی

در این کودکان نیاز به گذشت زمان طولانی تری دارد و به نظر می‌رسد برای کاهش این ویژگی در این کودکان باید تعداد جلسات و زمان بیشتری را به بازی و قصه در این درمان برای ایجاد تفاوت معنی دار اختصاص داد؛ زیرا در مطالعه حاضر کاهش در نمره منفعلی بودن کودکان، تفاوت معنی داری را نسبت به گروه کنترل نشان نداد. به نظر می‌رسد قصه باعث افزایش خودپنداره و افزایش حل مسئله در کودکان می‌شود (۲۶)، که این خود باعث کاهش وابستگی و منفعل بودن در کودکان شده و به نوعی آنها توانمندی لازم را برای اتخاذ تصمیم و محک زدن خود پیدا می‌کنند. در پژوهش حاضر، نمرات گروه قصه گویی در تمامی زیرمقیاس‌ها، کاهش بیشتری را نسبت به گروه بازی درمانی نشان داد. در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به اینکه در قصه گویی به صورت مستقیم، مطالبی به کودکان گفته می‌شود و در مورد درست و غلط بودن اتفاقات آن نیز بحث می‌گردد؛ بنابراین نسبت به بازی درمانی کارایی بیشتری دارد. همچنین قصه گویی در رشد عاطفی و پرورش همدلی کودکان نقش اساسی ایفا می‌کند. براساس نظریه Bandura، کودکان از طریق تجربه جانشینی با قهرمانان داستان همانندسازی کرده و پیامدهای رفتاری را مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌دهند، سپس از آن الگوبرداری کرده و به کار می‌گیرند. یکی از فنون ملموس کردن رفتارهای مناسب، طرح رفتار صحیح در قالب رفتار شخصیت‌های داستان است؛ زیرا با داستان می‌توان مهارت‌های گوناگونی را به کودکان یاد داد و حتی تفکر درست را در آنها پرورش داد. فهم و درک روابط گروهی و نحوه پویایی آنها، همچنین آگاهی از عوامل محدودکننده روابط اجتماعی، از جمله دیگر آثار مثبت قصه گویی است. تعدیل اضطراب و کاهش مقاومت‌های روانی در برابر تغییرات، از ارزش‌های دیگر قهرمان‌سازی بوده که با درک تغییراتی که در شخصیت‌های داستان اتفاق می‌افتد، در قصه گویی شکل می‌گیرد. شایان ذکر است طبق بررسی‌های انجام شده در تحقیقات پیشین، پژوهشی مبنی بر مقایسه این دو روش درمانی بر نشانگان کودکان نقص توجه/بیش فعالی صورت نگرفته است.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به بررسی تک بُعدی جنسیت دانش آموزان (فقط دختر) و اجرای مداخله در شهر سمنان

اشاره کرد؛ بنابراین بایستی در تعمیم پذیری نتایج پژوهش ملاحظات لازم صورت گیرد.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه حاکی از آن است که بازی درمانی و قصه گویی بر بهبود نشانگان اختلال نقص توجه/بیش فعالی تأثیر مثبت دارد. در نتیجه به کارگیری این دو روش می‌تواند جهت کار با دانش آموزان ADHD مفید واقع شود. لذا پیشنهاد می‌گردد پژوهشگران علاوه بر بازی درمانی و قصه گویی، از دیگر رویکردهای درمانی جهت کاهش و بهبود نشانگان نقص توجه/بیش فعالی دانش آموزان استفاده کرده و این روش‌ها را در کودکان مبتلا به سایر اختلالات رفتاری نیز بررسی کنند. در بُعد کاربردی با توجه به نتایج این پژوهش، روش بازی درمانی، نقش مؤثری در کاهش و بهبود نشانگان نقص توجه/بیش فعالی دانش آموزان دارد. همچنین نتایج این پژوهش می‌تواند راهنمایی برای دست‌اندرکاران آموزش و پرورش والدین، همچنین درمانگران بوده و در جهت کاهش بهبود مشکلات ADHD کودکان و در نتیجه حل مشکلات خانوادگی، تحصیلی و اجتماعی آنان نیز کمک کننده باشد. لذا پیشنهاد می‌گردد علاوه بر به کارگیری این شیوه مداخله‌ای، در پژوهش‌های آتی از برنامه‌های آموزشی والدین و معلمان، به منظور تغییر شیوه‌های تربیتی و بهبود ارتباط استفاده شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه سمنان می‌باشد. نویسندگان مقاله از همکاری ارزشمند معلمان و خانواده محترم کودکان ADHD که در این پژوهش شرکت داشتند و پژوهشگر را یاری رساندند، صمیمانه تشکر می‌کنند.

References:

1. González P, Rodríguez C, López, A, Cueli, M, Álvarez, L. Attention deficit hyperactivity disorder, differential diagnosis with blood oxygenation, beta/theta ratio, and attention measures. *J Clin Hea Psychol* 2013;13(2):101-9. Link
2. Forssman L, Eninger L, Tillman C. Cognitive functioning and family risk factors in relation to symptom behaviors of ADHD and ODD in adolescents. *J Atten Dis* 2012;16(4):284-94. PubMed
3. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Kaplan S. Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2014.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
5. Wu SY, Gau SS. Correlates for academic performance and school functioning among youths with and without persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. *Res Dev Disabil* 2013;34(1):505-15. PubMed
6. Petersen SE, Posne MI. The attention system of the human brain: 20 Years after. *Annu Rev Neurosci* 2012;21(35):73-89. PMC
7. Fabiano GA, Pelham WE, Coles EK, Gnagy EM, Chronis-Tuscano A, O'Connor BC. A meta-analysis of behavioral treatments for attention deficit/ hyperactivity disorder. *Clin Psychol Rev* 2009;29(2):129-40. PubMed
8. Bunford N, Brandt NE, Golden C, Dykstra JB, Suhr JA, Owens JS. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms mediate the association between deficits in executive functioning and social impairment in children. *J Abno Child Psychol* 2015;43(1):133-47. PubMed
9. Brandeis D. Neurofeedback training in ADHD: More news on specificity. *Clin Neurophysi* 2011;122(5):856-57. PubMed
10. Gathercole SE. The assessment of phonological memory skills in preschool children. *J Edu Psychol* 1995;65(2),155-64. Link
11. Drewes AA. Blending play therapy with cognitive behavioral therapy: Evidence based and other effective treatments and techniques. New Jersey: John Wiley & Sons Inc; 2009. Link
12. Mayer K, Wyckoff A, Fallgatter AJ, Ehli AC, Strehl U. Neurofeedback as a nonpharmacological treatment for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2015;18;16:174. PubMed
13. Kelly P, Shaw J, Semler L. Storytelling: critical and creative approaches. Basingstoke, United Kingdom: Palgrave Macmillan; 2013. Link
14. Wonn J, Hoyun M, Han, DH Hyunson J, MiKim S, Bae S. The effects of narrative therapy for children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2015;54(1):119-26. Link
15. Radbakhsh N, Mohammadifar MA, Kiyan Hercy F. The Effectiveness of play and storytelling on increasing the creativity of children. *Quarterly J Creat Innov Humani* 2012;4(2):1-19. [Full Text in Persian] Link
16. Aryapooran S, Eskandari A. Effectiveness of group play therapy on symptoms of oppositional defiant and behavior disorder in 6-9 age children with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Pediatric Nurs* 2016;2(4):44-50. [Full Text in Persian] Link
17. Torabi Makhsoos S, Rahmanian M, Farrokhzad P, Alibazi H. Comparison of the effectiveness of individual therapy and therapeutic play therapy with family therapy on reducing behavioral disorders in children acute perception disorder/attention Deficit. *Biannual J Appl Counsel* 2016;5(2):23-36. [Full Text in Persian] Link

18. Babaei M, Monirizidi S, Hosseini S. An investigation of the effectiveness of group therapy games with guidelines for conduct disorder in primary school students. [MSc Thesis]. Tehran: Al-Zahra University; 2013. p. 132. [Text in Persian]
19. Gerald G. Short term play therapy. New York: Allynbucon; 1999.
20. Burns GW. 101 Healing stories for kids and teens: using metaphors in therapy. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc; 2005.
21. Asgharinehah M. Educational and restorative applications of indigenous games in education and upbringing and children with special needs. J Except Educ 2009;3(6):3-15. [Full Text in Persian]
22. Farzadfar A. The effectiveness of game combination and target story on the attention and focus of preschool children. Fundamental Mental Health 2015;17(5):22-8. [Full Text in Persian] [Link](#)
23. Shahim S, Yousefi F, Shahaeiyan A. Standardization and attributes of the converg-teacher form factor psychometric measurement. J Educ Sci Psychol 2006;14(1):1-26. [Full Text in Persian] [Link](#)
24. Halperin JM, Bedard AC, Curchack-Lichtin JT. Preventive interventions for ADHD: A neurodevelopmental perspective. Neurotherapeutics 2012;9(3):531-41. PubMed
25. Moradian Z, Mashhadi A, Asghari M. The effectiveness of story therapy based on executive practices on improving inhibition and planning/organizing students with attention dDeficit / hyperactivity disorder. J Sch Psychol 2013;3(2):184-6. [Full Text in Persian] [Link](#)
26. Haghtalab T, Ashrafi M, Abdoli M. The effectiveness of storytelling method on the reduction of hyperactivity in mothers affected by earthquakes. 6th International Conference on Crisis Management. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences; 2014. [Text in Persian]
27. Qashqai S. The effectiveness of storytelling on reducing depression and aggression in primary school children. J Bas Sci 2016;18(4):243-8. [Full Text in Persian] [Link](#)
28. Karami J, Momeni Kh, Mohammadi F, Shahbazi Rad M. The effectiveness of narrative therapy for reducing symptoms of separation anxiety in children. J Pediat Nurs 2014; 3(4):48-56. [Full Text in Persian] [Link](#)
29. Loveim F, Safarzadeh D. The present research effect of narrative therapy on shyness, depression and self-esteem among preschool children of Ahvaz city. Res Clin Psychol Consel 2017;6(2):321-47. [Full Text in Persian] [Link](#)