



اثربخشی بازی‌درمانی بر رفتار پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی

دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
استادیار گروه پرستاری، واحد چالوس، دانشگاه آزاد اسلامی، چالوس، ایران
استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

سمانه پناهیان امیری ^{id}

کلثوم اکبر نتاج* ^{id}

محمد کاظم فخری ^{id}

k.akbarnataj@iausari.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۱۸

دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۱۷

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۳ پیاپی ۱۲ | ۲۹۷-۳۱۲
پاییز ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی بازی‌درمانی بر رفتار پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی بود. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر از نوع طرح‌های کاربردی و نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه شهر بابل در سال ۱۳۹۸ که از بین آن‌ها ۶۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند و با استفاده از روش تصادفی در دو گروه بازی‌درمانی و گروه گواه، هر گروه ۳۰ نفر گماشته شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه مشکلات رفتاری کودک (مرشد و همکاران، ۱۴۰۱) در سه دوره زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به دست آمد. بازی‌درمانی بر اساس بسته آموزشی بازی‌درمانی کنل (۲۰۰۳) در ده جلسه و به مدت ۲ ساعت به صورت هفتگی برای گروه آزمایش اجرا شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS.22 استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین اثربخشی بازی‌درمانی بر بهبود رفتار پرخاشگری ($F=38/86, P>0/001$) در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی تفاوت معناداری وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** مطالعه نشان داد که بازی‌درمانی موجب کاهش رفتار پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی شد و می‌توان از این درمان در جهت بهبود رفتار پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی استفاده کرد.

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(پناهیان امیری، اکبر نتاج و فخری، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

پناهیان امیری، سمانه، اکبر نتاج، کلثوم، و فخری، محمدکاظم. (۱۴۰۱). اثربخشی بازی‌درمانی بر رفتار پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۳ پیاپی ۱۲): ۲۹۷-۳۱۲.

کلیدواژه‌ها: بازی‌درمانی، رفتار پرخاشگری، کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی

مقدمه

سال‌های اولیه زندگی حائز اهمیت است زیرا آنچه که در اوایل دوران کودکی اتفاق می‌افتد در سراسر عمر تاثیرگذار خواهد بود و موفقیت‌های زندگی، تندرستی و سلامت هیجانی یک فرد ریشه در دوران آغازین کودکی وی دارد (دمونتیس و همکاران، ۲۰۱۹). این دوره رشدی بر مراحل بعدی رشد انسان تاثیر می‌گذارد و بر اساس عصب‌شناسی رشد تجارب اوایل زندگی بر سایر مراحل رشد تاثیرگذار است و رشد اولیه ضعیف سلامت (جسمی و روانی)، رفتار و یادگیری را در ادامه زندگی تحت تاثیر قرار می‌دهد (لیتون، بارنت، هیکس و جنا، ۲۰۱۸). چندین مطالعه طولی نشان می‌دهد که ویژگی‌های رفتاری در کودکان نوپا، رفتارهای ضد اجتماعی بعدی را پیش‌بینی می‌کند. در واقع مشکلات رفتاری برون‌سازی شده^۱ زود هنگام، آغازگر بیش‌ترین خطر ابتلا به مشکلات جدی‌تر در دوران بزرگسالی است (کورتسی و همکاران، ۲۰۱۸). در کودکان نوپا، مشکلات رفتاری با رفتارهایی نظیر سرکشی، قشقرق و کتک زدن مشخص می‌شود (بیرد، مانوک و ماووا، ۲۰۱۴). در الگوی جدید طبقه‌بندی اختلال‌های دوران کودکی، دو طبقه‌ی کلی اختلال‌های درونی‌سازی شده و اختلال‌های برون‌سازی شده مشخص شده‌اند. نشانگان افسردگی/اضطراب، کناره‌گیری/افسردگی و شکایات جسمانی در طبقه مشکلات درونی‌سازی شده، که معمولاً خود فرد را آزار می‌دهد و مشکلات مربوط به قانون‌شکنی و پرخاشگری که بیش‌تر با آزار و اذیت دیگران در ارتباط هستند، در طبقه مشکلات برون‌سازی شده قرار می‌گیرند (کورتسی و همکاران، ۲۰۲۰). رفتارهای برون‌سازی شده، شامل دامنه‌ی گسترده‌ای از رفتارها و فعالیت‌ها می‌شود که با عناوین مختلفی در پیشینه پژوهشی مطرح شده‌اند؛ فزون‌کنشی، خارج از کنترل بودن، غیرقابل اصلاح بودن، انحرافات اجتماعی، مشکلات در نظم، مشکلات رفتاری، گذار به عمل، رفتارهای ضداجتماعی، نافرمانی و رفتارهای غیرقابل مدیریت (حسن‌زاده و همکاران، ۲۰۲۱).

اختلال بیش‌فعالی^۲ هم از شایع‌ترین اختلال‌ها در روانپزشکی کودک و نوجوان محسوب می‌شود. اختلال بیش‌فعالی که در اغلب موارد با نقص توجه همراه است، معمولاً در دوران کودکی بروز می‌کند. تشخیص این اختلال در سنین زیر پنج سال قدری مشکل است زیرا امکان دارد با رفتارهای طبیعی و شیطنت‌آمیز کودکان اشتباه گرفته شود (دلوریان و افروز، ۱۳۹۹). با این حال، متخصصان می‌توانند این اختلال را تشخیص دهند و پیش‌بینی‌های لازم را به عمل آورند. مشکل اصلی کودکان عدم توانایی آنها در حفظ و تنظیم رفتارشان است. در نتیجه اغلب نمی‌توانند رفتار مناسبی که لحظه به لحظه با شرایط محیط هم‌هنگ باشد نشان دهند (مه‌نگار و احمدی، ۱۳۹۹). از آنجایی که کودکان قادر نیستند از استدلال و مهارت‌های کلامی استفاده کنند و احساسات، افکار و رفتارهایشان را به صورت قابل درکی برای بزرگسالان بیان کنند، لذا بازی درمانی به عنوان یکی از روش‌های قابل اعتماد و مفید در زمینه درمان کودکان جای خود را در بین سایر روش‌ها باز کرده است (رستمی و همکاران، ۲۰۱۷). بازی درمانی^۳ رویکردی ساختارمند و مبتنی بر نظریه درمان است که فرآیندهای یادگیری و ارتباط سازگاران و بهنجار کودکان را پایه ریزی می‌کند (ریتری، ری و شومان، ۲۰۱۷). در بازی درمانی به کودک فرصت داده می‌شود تا احساسات آزاردهنده و مشکلات درونی

1. External behavioral problems
2. Hyperactivity Disorder
3. Play therapy

خود را از طریق بازی بروز دهد و آنها را به نمایش در آورد (ذوالرحیم و عموزاده، ۱۳۹۸). امروزه بازی درمانی جایگاه خود را در تشخیص مسائل و مشکلات روانی کودکان و درمان آنها پیدا کرده است. متخصصان بازی درمانی، به کمک این فن و تدارک اسباب بازی‌های ضروری و تشکیل جلسات بازی برای کودکان، رفتارهای آنان را زیر نظر می‌گیرند و ضمن دسترسی به ریشه‌های مشکلات کودکان به درمان آنها می‌پردازند (ری، پرسول، هاس و آلدرت، ۲۰۱۷). امروزه بازی درمانی جایگاه خود را در تشخیص مسائل و مشکلات روانی کودکان و درمان آنها پیدا کرده است. متخصصان بازی درمانی، به کمک این فن و تدارک اسباب بازی‌های ضروری و تشکیل جلسات بازی برای کودکان، رفتارهای آنان را زیر نظر می‌گیرند و ضمن دسترسی به ریشه‌های مشکلات کودکان به درمان آنها می‌پردازند (ال‌ناگر و همکاران، ۲۰۱۷). کودک قادر است از طریق بازی‌های گوناگون و وسایل بازی و محرک‌های خنثی که مخصوصاً برای درمان انتخاب شده اند، تضادهای ناخودآگاهش را توسط مکانیسم‌های دفاعی مثال فرافکنی، تغییر موضع و نمادسازی آشکار سازد (سالتر، بیمیش و دیویس، ۲۰۱۶). او با حمایت یک متخصص بازی درمانی در محیطی امن آغاز به دگرگونی می‌کند و آرزوها و اشتیاقهای ناخودآگاهش را تبدیل به بازی و عملکردهای آگاهانه می‌سازد (مینی-والن و همکاران، ۲۰۱۵).

اکنون باور بر این است که رفتارها و الگوهای بازی، جنبه‌های گوناگونی از زندگی درونی، سطح رشدی کارکرد و شایستگی کودک را منعکس می‌کند (هجرائی-دیارجان و همکاران، ۲۰۲۰). در این میان ویژگی‌های قابل مشاهده از طریق بازی عبارتند از: رشد خود، سبک شناختی، انطباق پذیری، کارکرد زبان، پاسخدهی هیجانی و رفتاری، سطح اجتماعی، رشد اخلاقی، توانائی هوشی، شیوه‌های مقابله‌ای، تکنیک‌های حل مشکل و رویکردهای درک و تفسیر دنیای اطراف (دیویس و بارنز، ۲۰۲۱). در پژوهش اوه و کیم (۲۰۱۹) نشان داده شد که بازی درمانی چند حسی بر توجه و یادگیری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی موثر است، سوانک و اسمیت-ادکاک (۲۰۱۸) در پژوهش خود نشان دادند که بازی درمانی بر مشکلات روان‌شناختی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی موثر بود. و در پژوهش رابینسون، سیمپسون و هوت (۲۰۱۷) نشان دادند که بازی درمانی کودک محور بر عملکرد رفتاری سه دانش آموز کلاس اول مبتلا به اختلال بیش‌فعالی تأثیر دارد. با توجه به اهمیت و بررسی واکنش‌های هیجانی خصوصاً خشم و پرخاشگری در کودکان و تأثیر آن در بهبود روابط اجتماعی، تحصیلی، خانوادگی و با توجه به اثربخشی قابل اطمینان بازی درمانی در کاهش رفتارهای پرخاش‌گرانه در کودکان و درمان اختلالات رفتاری و با توجه به مباحث فوق، هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی بازی‌درمانی بر پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی بود. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

- ۱- آیا بازی‌درمانی بر پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟
- ۲- آیا بازی‌درمانی بر پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی در مرحله پیگیری پایدار بود؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های کاربردی و نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه پژوهش حاضر از نوع طرح‌های کاربردی و نیمه-آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی شهر بابل که از بین آن‌ها ۳۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند و با استفاده از روش تصادفی در دو گروه بازی‌درمانی ($n=15$) و گروه گواه ($n=15$) گماشته شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله جویانه که بر اساس مصاحبه بالینی و پرسشنامه تشخیص داده شده‌اند. افراد انتخاب شده به شرکت در مطالعه رضایت داشته و علاقه مند باشند. نداشتن سابقه نقص جسمی که تکاپوی ذهنی را درگیر می‌کند. افراد انتخاب شده به پژوهش دارای سن ۶ تا ۱۲ سال را داشته باشند. ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از ۲ جلسه. اعلام عدم رضایت جهت ادامه همکاری توسط افراد و والدین. کسانی که به طور ناقص به پرسشنامه‌ها پاسخ داده‌اند. داشتن سابقه یکی از بیماری‌های اسکلتی-عضلانی، بینایی، شنوایی.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه مشکلات رفتاری کودک. این سیاهه را باید والدین و یا فردی که سرپرستی کودک را بر عهده دارد و از او مراقبت می‌کند و یا هر کسی که با کودک در محیط‌های شبه خانوادگی برخورد دارد و او را کاملاً می‌شناسد، تکمیل کند. پاسخ دهنده، ابتدا تعدادی سؤال را که شایستگی‌های (توانمندی‌های) کودک را می‌سنجند و همچنین تعدادی سؤال باز- پاسخ را که به بیماری‌ها و ناتوانی‌های کودک مربوط می‌شوند و عمده‌ترین نگرانی پاسخ‌دهنده را در ارتباط با کودک و همچنین نظر او را نسبت به بهترین ویژگی‌ها و خصوصیات کودک جویا می‌شوند، تکمیل می‌کند. در ادامه این فرم، پاسخ دهنده، مشکلات عاطفی، رفتاری و اجتماعی کودک را درجه‌بندی می‌کند. تعداد این سؤالات ۱۱۳ سؤال است و پاسخ‌دهنده در مقیاس سه درجه‌ای لیکرتی بر اساس وضعیت کودک در شش ماه گذشته، هر سؤال را به صورت ۰ = نادرست؛ ۱ = تا حدی یا گاهی درست؛ و ۲ = کاملاً یا غالباً درست، درجه‌بندی می‌کند. اگر حالت یا نشانه مورد نظر در شش ماه گذشته در فرد وجود نداشت، نمره صفر، اگر تا حدودی یا برخی از اوقات وجود داشت نمره یک و اگر کاملاً وجود داشت نمره دو تعلق می‌گیرد. مولفه‌های این ابزار عبارتند از: کل مولفه‌ها به دو دسته کلی تقسیم می‌شوند: مشکلات درونی‌سازی شده (مشکلات جسمانی، گوشه‌گیری/افسردگی، اضطراب/افسردگی) و مشکلات برون‌سازی شده (رفتارهای قانون‌شکنی و رفتار پرخاش‌گرانه). کسب نمرات بالاتر در این پرسشنامه به معنای وجود مشکلات رفتاری بیش‌تر در کودک است. دامنه ضرایب همسانی درونی این پرسشنامه بین ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ متغیر می‌باشد. ثبات زمانی این پرسشنامه نیز با استفاده از روش باز آزمایی با یک فاصله زمانی ۵ تا ۸ هفته بررسی شد و دامنه ضرایب ثبات زمانی از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمد (مرشد، داوودی و بابامیری، ۱۴۰۱). ضریب همسانی درونی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۸ به دست آمد.

۲. بازی درمانی. در این پژوهش از بسته بازی درمانی کنل (۲۰۰۳) استفاده شد و در ده جلسه به روی گروه آزمایش اجرا شد که خلاصه آن در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. برنامه و محتوای جلسات بازی درمانی

جلسات	محتوا	ابزار
اول	تشخیص سطح کارکردی کودکان، آشنایی کودکان با یکدیگر، تقویت ارتباط اعضا، پیشرفت توازن و ثبات، افزایش سطح آگاهی فضایی، افزایش هماهنگی چشم و دست - چشم و پا، افزایش آگاهی جنبشی و لمسی	تخته توازن
دوم	یادگیری مهارت‌های جدید و ارتباط بهنجار، کسب اطلاعات در مورد خود و مشکلات خود، پیشرفت توانایی تعقیب چشمی، پیشرفت وضعیت جانبی و جهت‌یابی، توانایی تمیز و رمزگشایی بینایی، هماهنگی چشم و دست	بازی ردیابی تپله بر روی سطح شیب‌دار
سوم	تخلیه انرژی و کم‌تر شدن رفتار تکانشی، پیشرفت هماهنگی و چالاک‌گی، هماهنگی چشم و دست - چشم و پا	بازی تاپر
چهارم	تمرکز درمان بر خودکنترلی، افزایش دقت و تمرکز و تقویت انگشتان دست	بازی پیچ و مهره
پنجم	آموزش راهکارهایی در مورد شیوه‌های برخورد با مردم، آموزش مهارت‌هایی برای عملکرد روزانه دانش‌آموز، پیشرفت ادراک بینایی تصویر و زمینه، تشخیص تفاوت‌ها و شباهت‌ها، پیشرفت الگوهای نقل و انتقال در هماهنگی چشم و پا	بازی نردبان-گام زدن
ششم	کودک اهمیت میزان موفقیت در اجرای یک تکلیف را در می‌یابد، افزایش هماهنگی چشم و دست، رشد خودپنداره و کمک به کودک در پریدن از زمین	بازی پلانجر (با پریدن اشیا مورد نظر را لمس می‌کند)
هفتم	پیشرفت هماهنگی حرکات دست و تعادل، پیشرفت تصور بدنی و تن‌آگاهی، پیشرفت مهارت‌های توالی، تداعی و تمیز شنیداری	بازی خم شدن (دست و پای مورد نظر را باید بر روی اشکال هندسی گفته شده قرار دهد)
هشتم	شناخت‌های خود را شناسایی کنند، کمک به شناسایی تحریف‌های شناختی و جایگزینی تفکر سازگاران با تفکر ناسازگاران	بازی تنگ‌رام (تصویر نشان داده شده و فرد با کمک حافظه بینایی باید تصویر را تکمیل کند)
نهم	پذیرش مسئولیت، بیان تعامل بین افکار - احساسات و رفتار دانش‌آموز، افزایش خودپنداره، تخلیه انرژی و آگاهی فضایی، پیشرفت هماهنگی چشم و دست	بازی پرتاب کننده پایی
دهم	افزایش و تقویت مهارت مقابله با هیجانات منفی و مهارت حل مسئله با توجه به سن تقویمی، پیشرفت	بازی تیوپ

انعطاف‌پذیری، پیشرفت قدرت ماهیچه‌ها، پیشرفت
عکس‌العمل اجتماعی

روش اجرا. پس از طی کردن مراحل اداری و دریافت مجوز و پس از اخذ رضایت مشارکت‌کنندگان (والدین) و انتخاب نمونه ابتدا پیش‌آزمون اجرا شد. سپس در گروه آزمایش، هر یک از کودکان به مدت ۱۰ جلسه و به مدت ۲ ساعت طی دو ماه، تحت آموزش بازی درمانی قرار گرفتند. در حالی که گروه گواه هیچ‌گونه مداخلاتی دریافت نکرد. پاسخ‌گویی به سوالات پرسشنامه‌ها توسط والدین کودکان انجام شد. دستورالعمل جلسات بازی‌درمانی بر اساس کتاب‌های بازی درمانی نل (۲۰۰۳) به صورت یک بسته منظم برنامه‌ریزی و اجرا شد. لازم به ذکر است ابتدا رضایت والدین برای جلسات بازی درمانی جلب شد. پس از اتمام مداخله بر روی هر دو گروه پس‌آزمون اجرا شد. ضمناً جهت رعایت مسائل اخلاقی پژوهش پس از پایان کار به گروه گواه پیشنهاد گردید تا در صورت تمایل تحت آموزش بازی درمانی قرار بگیرند. به علاوه، در مورد هدف و فواید این جلسات، عدم دریافت هزینه در قبال جلسات، رازداری با اطلاعات و سایر موارد مطرح شده در جلسات و تعداد جلسات درمان ۱۰ جلسه و به مدت ۲ ساعت به صورت هفتگی توضیحات مفصلی ارائه شد. دوره پیگیری پس از دو ماه اجرا شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بودند: تمامی افراد به صورت کتبی اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت می‌نمودند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار گرفتند. به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه نیز درمان موثرتر به اجرا درآمد. قبل از اجرا، هدف از انجام پژوهش و سایر شرایط برای مشارکت‌کنندگان (والدین) تشریح شد، مانند این که شرکت در پژوهش کاملاً اختیاری است و عدم مشارکت، تأثیری بر روند مراقبت بهداشتی آن‌ها نخواهد داشت و اطلاعات نیز نزد پژوهش‌گر محرمانه باقی خواهد ماند. سپس فرم رضایت از آن‌ها گرفته شد و همه پرسشنامه‌ها توسط افراد تکمیل و ثبت گردید. به منظور توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار استفاده شد و برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بون-فرونی استفاده شد. شایان ذکر است به منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون استنباطی از آزمون لوین (جهت بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگروف اسمیرنوف (جهت نرمال بودن توزیع داده‌ها)، آزمون Mbox و آزمون کرویت موچلی استفاده شد. تحلیل‌های آماری فوق با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS.22 به اجرا درآمد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن در گروه آزمایش ۹/۱ (۱/۸) و گروه گواه برابر با ۹/۸ (۱/۹) سال بود. دو گروه تفاوت معناداری از نظر سن نداشتند ($P=0/485$). کمینه و بیشینه سن در گروه آزمایش به ترتیب ۶ و ۱۲ سال و در گروه گواه، ۷ و ۱۲ سال بود.

جدول ۲. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		انحراف میانگین	انحراف معیار	انحراف میانگین	انحراف معیار	
پرخاشگری	آزمایش	۲۰/۸۷	۱/۹۹	۱۶/۴۷	۱/۳۰	۱۶/۴۲
	گواه	۲۱/۷۳	۱/۴۸	۲۱/۰۰	۲/۱۳	۲۰/۶۰

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمره کیفیت زندگی و آشفتگی زناشویی در دو گروه آزمایش و گروه گواه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنف		آزمون لوین		موخلی	
		درجه آزادی	آماره معناداری	درجه آزادی	آماره معناداری	درجه آزادی	آماره معناداری
پرخاشگری	آزمایش	۳۰	۰/۹۵	۵۸	۱/۳۴	۲/۸۹	۰/۹۲
	گواه	۳۰	۰/۸۳	۵۸	۰/۲۶۹	۲/۸۹	۰/۱۹

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیر پرخاشگری نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در متغیر پرخاشگری تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش‌آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

پرخاشگری در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
پرخاشگری	زمان	۳۳۶/۱۵	۱/۹۵	۱۷۱/۹۸	۱۵۶/۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴
	زمان*گروه	۳۰۲/۲۸	۱/۹۵	۱۵۴/۶۶	۱۴۰/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳
	گروه	۲۲۳/۶۹	۱	۲۲۳/۶۹	۲۵/۷۹	۰/۰۰۰۱	۰/۳۱

نتایج جدول ۴ بیان‌گر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) معنادار است و بین گروهی معنادار است. این نتایج به آن معنی است که با در نظر گرفتن اثر گروه، اثر زمان نیز به تنهایی معنادار است. همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است که، همچنین برای مقایسه زوجی گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه پرخاشگری

متغیر	گروه	مراحل	پس آزمون	پیگیری
پرخاشگری	گروه آزمایش	پیش آزمون	-۲/۲۰*	-۱/۷۷*
		پس آزمون	-	۰/۴۲*
	گروه گواه	پیش آزمون	۰/۰۱	۰/۰۱
		پس آزمون	-	۰/۰۰

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که نمره متغیر پرخاشگری در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون، پایین‌تر از گروه گواه است. به عبارت دیگر، بازی درمانی اثربخشی بالا بر روی کاهش پرخاشگری داشته است. همچنین این نتایج نشان می‌دهند که پرخاشگری در مرحله پیگیری در گروه بازی درمانی نسبت به گروه گواه کاهش معنی‌داری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بازی‌درمانی بر پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی بود. نتایج تحقیق نشان داد که بازی‌درمانی بر پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی تاثیر دارد. اوه و کیم (۲۰۱۹) مبنی بر اثربخشی بازی درمانی چند حسی بر توجه و یادگیری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی، سوانک و اسمیت-اداکاک (۲۰۱۸) مبنی بر اثربخشی بازی درمانی بر مشکلات روان‌شناختی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی، رابینسون، سیمپسون و هوت (۲۰۱۷) مبنی بر اثربخشی بازی درمانی کودک محور بر عملکرد رفتاری سه دانش‌آموز کلاس اول مبتلا به اختلال بیش‌فعالی همسو بود. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که اختلال بیش‌فعالی یک اختلال عصبی تحولی با نشانه‌های نارسایی توجه و بیش‌فعالی است، افراد مبتلا به این اختلال به طور معمول در سازمان دادن، متمرکز ماندن، برنامه‌ریزی واقع‌بینانه و فکر کردن قبل از عمل مشکل دارند. آن‌ها ممکن است بی‌قرار، پرسروصدا و قادر به تغییر شرایط نباشند. کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی می‌توانند نافرمان، به لحاظ اجتماعی بی‌منطق و یا پرخاش‌گر باشند. این اختلال شیوعی در حدود ۱۰ درصد دارد که با امتداد آن در دوران بزرگسالی همراه است. کودکان با این آسیب، در کارکردهای اجتماعی از جمله منتظر نوبت ماندن، پاسخ دادن به نشانه‌های غیرکلامی، درک احساسات دیگران و شرکت در موقعیت‌های اجتماعی نیازمند بازداری و مشارکت دچار نقص هستند (گرایل، کوک و بونت، ۲۰۱۷). همچنین در ارتباط با دیگران رفتارهای پرخاش‌گرانه بسیاری نشان می‌دهند و به این ترتیب ایجاد و حفظ روابط دوستانه برای آن‌ها بسیار دشوار می‌شود. از طرف دیگر در چند دهه گذشته پرخاشگری دوران کودکی یکی از گسترده‌ترین موضوعات مطالعاتی در تحول کودک بوده است. می‌توان گفت که پرخاشگری در دوران کودکی یک عامل مهم است که بر مسائل روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی آینده‌ی کودک اثر می‌گذارد. همچنین پرخاشگری، تکانش‌گری، خشونت و رفتارهای ضد جامعه‌پسندانه به عنوان یکی از حوزه‌های مورد بررسی در تشخیص اختلالاتی مانند اختلال سلوک، اختلال بیش‌فعالی و کاهش توجه و اختلال شخصیت ضداجتماعی مورد توجه قرار دارد (هجرانی-دیارجان، شهریاری احمدی و استکی، ۲۰۲۰).

در کنار اثرات سو ناشی از ماهیت این اختلال بر عملکرد فردی و اجتماعی، اهمیت درمان این مسئله در سال‌های طفولیت چندین برابر به نظر می‌رسد. یکی از درمان‌های مؤثر در حوزه علوم رفتاری بازی‌درمانی است. بازی‌درمانی با فراهم کردن محیطی امن، باعث تخلیه هیجانی و کاهش تنش و بیان آزاد عواطف و احساسات می‌شود. در واقع بازی‌درمانی مداخله‌ای است که فرض زیربنایی آن این است که عامل تغییر در درمان که منجر به کاهش اضطراب می‌شود، همانا ارتباط کودک و درمان‌گر است (گله‌گیریان و دیره، ۱۳۹۶). همچنین بازی‌درمانی مداخله‌ای مستقیم است که به دلیل ماهیت درون‌سازانه اضطراب منجر به عینی‌سازی اضطراب و در نتیجه افزایش اثربخشی مداخله می‌شود. در بازی‌درمانی، کودک با اتاقی پر از اسباب بازی‌های مختلف روبه‌رو می‌شود در حالی که آزاد است با هر کدام از این عروسک‌ها که تمایل داشت بازی کند. از این طریق کودک به کمک درمان‌گر می‌تواند به بیان احساسات، افکار و باورهای متضاد و معکوس خود بپردازد. به طور کلی بازی‌درمانی روشی است که به وسیله آن، ابراز طبیعی بیان حالات کودک، یعنی بازی به عنوان روش درمانی وی بکار برده می‌شود تا به کودک کمک کند، فشارهای احساسی خویش را تحت کنترل قرار دهد. به عبارت دیگر کودکان پرخاش‌گر از این که اجازه می‌یابند تا در اتاق بازی احساسات پرخاش‌گرانه خود را تخلیه کنند احساس رضایت می‌کنند و می‌توانند در جهت احساسات مثبت‌تری که نظر آن‌ها را ارتقا می‌دهد گام بردارند. همچنین می‌توان این‌گونه تبیین کرد که بر طبق دیدگاه روان‌تحلیل‌گری، افراد در مواقع تنش و اضطراب از مکانیسم‌های دفاعی استفاده می‌کنند تا سطح اضطراب تجربه شده را کاهش دهند و آن را قابل تحمل سازند. در واقع بازی‌درمانی فرصتی را برای تخلیه هیجانات ناخوشایند کودک مانند خشم، نفرت، اندوه به شیوه قابل قبول اجتماع فراهم می‌سازد. همچنین بر طبق دیدگاه یادگیری، کودکان ضمن بازی روش‌های مناسب مهار یا بروز پرخاش‌گری را می‌آموزند (گله‌گیریان و دیره، ۱۳۹۶).

پژوهش حاضر، همانند هر پژوهش دیگر محدودیت‌هایی داشته است که بیان آن‌ها می‌تواند یافته‌ها و پیشنهادها را تصریح کرده و پژوهش‌گران بعدی را در اتخاذ تدابیر مؤثر برای مقابله با تهدید روایی درونی و بیرونی طرح‌های پژوهشی یاری دهد. محدودیت‌های اساسی پژوهش حاضر به قرار زیر می‌باشد. این نتایج ممکن است در بافت‌های فرهنگی، قومیتی، جنسیتی و گروه‌های سنی متفاوت تغییر یابند. کودکان شرکت‌کننده در این پژوهش دارای خانواده بودند لذا نتایج پژوهش قابل تعمیم به کودکان بی‌سرپرست نمی‌باشد. پیشنهاد می‌شود به منظور اثربخشی و جذابیت هر چه بیش‌تر بازی‌درمانی، از بازی‌های محلی استفاده شود. پیشنهاد می‌شود به منظور اثربخشی و جذابیت هر چه بیش‌تر بازی‌درمانی از بازی‌های نرم افزاری (رایانه و موبایل) استفاده شود. ۱. پیشنهاد می‌شود اثربخشی بازی‌درمانی با رویکردهای دیگر نیز مورد استفاده قرار گیرد. ۲. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بین فرهنگی برای بررسی اثربخشی بازی‌درمانی آن‌جام گیرد.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاس‌گزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نماید.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از طرح پژوهشی نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس به تصویب رسیده است. این مقاله دارای کد کمیته اخلاق IRI AUHALUS.REC.۱۳۹۸.۰۴۰ از دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس می‌باشد. نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش داشت.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- دلوریان، مونا، و افروز، غلامعلی. (۱۳۹۹). بررسی دقت و حساسیت سیستم غربالگر هوشمند برای پیش‌بینی کودکان در معرض خطر اختلالات عصبی رشدی (اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی و نارساخوانی). مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۱۰(۱): ۸۷-۱۰۹.
- ذوالرحیم، رقیه، و آزموده، معصومه. (۱۳۹۸). تأثیر بازی درمانی شناختی-رفتاری بر اضطراب اجتماعی و رفتارهای پرخاش‌گرانه کودکان دبستانی. فصلنامه سلامت روان کودک، ۶(۴): ۲۴۰-۲۳۱.
- گله‌گیریان، صدیقه، دیره، عزت. (۱۳۹۶). مقایسه تأثیر فراشناخت درمانی و درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر مشکلات رفتاری برون‌نمود کودکان پرخاش‌گر. فصلنامه سلامت روان کودک، ۴(۱): ۳۴-۲۴.
- مرشد، نرگس، داوودی، ایران، و بابامیری، محمد. (۱۳۹۴). اثربخشی بازی درمانی گروهی بر علائم لجبازی-نافرمانی کودکان. فصلنامه آموزش و سلامت جامعه، ۲(۳): ۱۲-۱۸.
- مه‌نگار، فرشاد، و احمدی، احمد. (۱۳۹۹). تأثیر توانبخشی عصبی روان‌شناختی بر عملکرد حافظه بینایی و سازگاری اجتماعی در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، ۱۴(۳): ۹-۱.

References

- Byrd, A. L., & Manuck, S. B. (2014). MAOA, childhood maltreatment, and antisocial behavior: meta-analysis of a gene-environment interaction. *Biological psychiatry*, 75(1), 9-17.
- Cortese, S. (2020). Pharmacologic treatment of attention deficit-hyperactivity disorder. *New England Journal of Medicine*, 383(11), 1050-1056.
- Cortese, S., Adamo, N., Del Giovane, C., Mohr-Jensen, C., Hayes, A. J., Carucci, S., ... & Cipriani, A. (2018). Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(9), 727-738.

- Davis, T., & Barnes, T. (2021). Would You Like to Play? Using Strategies from Play Therapy to Support Young Children with Aggression. *The Alabama Counseling Association Journal*, 65.
- Demontis, D., Walters, R. K., Martin, J., Mattheisen, M., Als, T. D., Agerbo, E., ... & Neale, B. M. (2019). Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nature genetics*, 51(1), 63-75.
- El-Nagger, N. S., Abo-Elmagd, M. H., & Ahmed, H. I. (2017). Effect of applying play therapy on children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of nursing education and practice*, 7(5), 104.
- Grobbe, R., Cooke, K., & Bonet, N. (2017). Ethical use of touch and nurturing-restraint in play therapy with aggressive young children, as illustrated through a reflective supervision session. *Touch in Child Counseling and Play Therapy: An Ethical and Clinical Guide*. London, UK: Taylor & Francis.
- Hassanzadeh, M., Malek, A., Norouzi, S., Amiri, S., Sadeghi-Bazargani, H., Shahriari, F., ... & Small, B. (2021). Psychometric properties of the Persian version of preschool age psychiatric assessment (PAPA) for attention-deficit/hyperactivity disorder: Based on DSM-5. *Asian journal of psychiatry*, 58, 102618.
- Hejrani-Diarjan, H., Shahriari Ahmadi, M., & Esteki, M. (2020). The Comparison of the Effectiveness of the Behavioral Cognitive Play and Child-parent Interaction Based Play Application on Anger, Anxiety and Emotional Cognitive Regulation in Aggressive Students. *International Journal of Behavioral Sciences*, 14(3), 108-115.
- Knell, S. M., & Ruma, C. D. (2003). Play therapy with a sexually abused child. *Cognitive therapy with children and adolescents: A casebook for clinical practice*, 338-368.
- Layton, T. J., Barnett, M. L., Hicks, T. R., & Jena, A. B. (2018). Attention deficit-hyperactivity disorder and month of school enrollment. *New England Journal of Medicine*, 379(22), 2122-2130.
- Meany-Walen, K. K., Kottman, T., Bullis, Q., & Dillman Taylor, D. (2015). Effects of Adlerian play therapy on children's externalizing behavior. *Journal of Counseling & Development*, 93(4), 418-428.
- Morshed, N., Davoodi, I., & Babamiri, M. (2022). Effectiveness of group play therapy on symptoms of oppositional defiant among children. *Journal of Education and Community Health*, 2(3), 12-18.
- Oh, H., & Kim, K. (2019). Effect of a Multi-Sensory Play Therapy Program on the Attention and Learning of Children with ADHD. *Journal of The Korean Society of Integrative Medicine*, 7(4), 23-32.
- Ray, D. C., Purswell, K., Haas, S., & Aldrete, C. (2017). Child-centered play therapy-research integrity checklist: Development, reliability, and use. *International Journal of Play Therapy*, 26(4), 207.
- Ritzi, R. M., Ray, D. C., & Schumann, B. R. (2017). Intensive short-term child-centered play therapy and externalizing behaviors in children. *International Journal of Play Therapy*, 26(1), 33.
- Robinson, A., Simpson, C., & Hott, B. L. (2017). The effects of child-centered play therapy on the behavioral performance of three first grade students with ADHD. *International Journal of Play Therapy*, 26(2), 73.
- Rostami, R., Mojtahedy, S. H., Heidari, Z., Ranjbari, G., Sadeghi-Firoozabadi, V., & Ahmadi, M. (2017). Investigation of cognitive-behavioral play therapy effectiveness on cognitive functions in aggressive children. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, 3(3), 186.

- Salter, K., Beamish, W., & Davies, M. (2016). The effects of child-centered play therapy (CCPT) on the social and emotional growth of young Australian children with autism. *International Journal of Play Therapy*, 25(2), 78.
- Swank, J. M., & Smith-Adcock, S. (2018). On-task behavior of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Examining treatment effectiveness of play therapy interventions. *International Journal of Play Therapy*, 27(4), 187.

پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان

سوالات	هرگز در	گاهی	بیش تر
	رفتار	اوقات در	مواقع یا
	کودک	کودک	همیشه
	وجود	مشاهده	در رفتار
	ندارد	می شود	کودک
	وجود		دارد
۱	۰	۱	۲
بچه گانه تر از سن خود رفتار می کند.			
۲	۰	۱	۲
حساسیت (آلرژی) دارد.			
(نوع حساسیت را توضیح دهید: _____)			
۳	۰	۱	۲
زیاد جر و بحث می کند.			
۴	۰	۱	۲
آسم یا تنگی نفس دارد.			
۵	۰	۱	۲
اگر کودک یا نوجوان پسر است می پرسیم «مثل دخترها رفتار می کند»			
اگر کودک یا نوجوان دختر است می پرسیم «مثل پسرها رفتار می کند»			
۶	۰	۱	۲
بیرون از توالت مدفوع می کند. در هر مکانی آب دهانش را می اندازد (تف می کند)			
۷	۰	۱	۲
مغزرو است و از خودش تعریف می کند.			
۸	۰	۱	۲
نمی تواند حواسش را جمع کند، نمی تواند توجه اش را برای مدت طولانی نگه دارد.			
۹	۰	۱	۲
بعضی فکرها را نمی تواند از ذهنش خارج کند (فکر وسواسی).			
۱۰	۰	۱	۲
نمی تواند آرام بنشیند، بی قرار است یا زیاد فعال است.			
۱۱	۰	۱	۲
به بزرگسالان می چسبید، یا خیلی به آنها وابسته است.			
۱۲	۰	۱	۲
از تنهایی شکایت می کند.			
۱۳	۰	۱	۲
گیج یا سردرگم به نظر می رسد.			
۱۴	۰	۱	۲
زیاد گریه می کند.			
۱۵	۰	۱	۲
با حیوانات بی رحم است.			
۱۶	۰	۱	۲
نسبت به دیگران بی رحم است، زورگو است و دیگران را آزار می دهد.			
۱۷	۰	۱	۲
خیال پردازی می کند یا در افکار خودش غرق می شود.			
۱۸	۰	۱	۲
عمداً به خودش صدمه می زند یا قصد از بین بردن خود را دارد.			
۱۹	۰	۱	۲
دلش می خواهد به او زیاد توجه کنند.			
۲۰	۰	۱	۲
وسائش را خراب می کند.			
۲۱	۰	۱	۲
وسائل متعلق به خانواده اش یا وسایل دیگران را خراب می کند.			
۲۲	۰	۱	۲
در خانه نافرمانی می کند (حرف گوش نمی دهد).			
۲۳	۰	۱	۲
در مدرسه نافرمانی می کند (حرف گوش نمی دهد).			
۲۴	۰	۱	۲
خوب غذا نمی خورد.			
۲۵	۰	۱	۲
با بچه های دیگر سازگاری ندارد.			
۲۶	۰	۱	۲
از رفتار بد خود، پشیمان نمی شود.			
۲۷	۰	۱	۲
حسود است.			
۲۸	۰	۱	۲
قوانین و قواعد را در خانه، مدرسه و در جاهای نقض می کند.			

۲	۱	•	از حیوانات، وضعیت‌ها، موقعیتی‌ها یا بعضی جاهای خاص (غیر از مدرسه) می‌ترسد (توضیح دهید از چه می‌ترسد: _____)	۲۹
۲	۱	•	از رفتن به مدرسه می‌ترسد.	۳۰
۲	۱	•	از این که فکر بدی به سرش بزند یا عمل بدی آن‌جام دهد، می‌ترسد.	۳۱
۲	۱	•	احساس می‌کند که باید از هر جهت بی‌عیب و نقص باشد.	۳۲
۲	۱	•	احساس می‌کند که هیچ کس او را دوست ندارد.	۳۳
۲	۱	•	احساس می‌کند دیگران دست نیافتنی هستند.	۳۴
۲	۱	•	احساس بی‌ارزشی می‌کند، خودش را کمتر از آن‌چه هست می‌پندارد.	۳۵
۲	۱	•	زیاد به خود صدمه می‌زند، مستعد آسیب دیدن است.	۳۶
۲	۱	•	زیاد جنگ و دعوا می‌کند.	۳۷
۲	۱	•	زیاد سر به سر دیگران می‌گذارد.	۳۸
۲	۱	•	دور و بر بچه‌هایی می‌گردد که در درس، درست می‌کنند.	۳۹
۲	۱	•	صداهایی می‌شنود که وجود خارجی ندارند (دیگران قادر به شنیدن آنها نیستند). (توضیح دهید: _____)	۴۰
۲	۱	•	بدون فکر عمل می‌کند.	۴۱
۲	۱	•	تنهایی را دوست دارد.	۴۲
۲	۱	•	دروغ می‌گوید، حيله‌گری و تقلب می‌کند، دیگران را گول می‌زند.	۴۳
۲	۱	•	عادت به ناخن جویدن دارد.	۴۴
۲	۱	•	زیاد حساس است، زود عصبی و هیجان زده می‌شود.	۴۵
۲	۱	•	حرکات و پرش‌های غیرارادی در اندام بدن خود دارد. (توضیح دهید: _____)	۴۶
۲	۱	•	خواب‌های وحشتناک می‌بیند.	۴۷
۲	۱	•	بچه‌های دیگر او را دوست ندارند.	۴۸
۲	۱	•	یبوست دارد.	۴۹
۲	۱	•	بسیار ترسوست و مضطرب می‌شود.	۵۰
۲	۱	•	احساس سرگیجه می‌کند.	۵۱
۲	۱	•	زیاد احساس گناه می‌کند.	۵۲
۲	۱	•	زیاد غذا می‌خورد (پرخور است).	۵۳
۲	۱	•	بیش از اندازه احساس خستگی می‌کند.	۵۴
۲	۱	•	اضافه وزن دارد.	۵۵
۲	۱	•	از مشکلات و ناراحتی‌های جسمی زیر در خود شکایت دارد (مشکلاتی که به نظر پزشکان جسمی نبوده و علت عصبی دارد)	۵۶
۲	۱	•	درد در نقاط مختلف بدن (الف)	
۲	۱	•	سردرد (ب)	
۲	۱	•	حالت تهوع، احساس حال به هم خوردن (ج)	
۲	۱	•	ناراحتی چشمی (اگر با عینک برطرف نمی‌شود) (توضیح دهید: _____)	۵۷
۲	۱	•	جوش یا دیگر مشکلات پوستی (ه)	
۲	۱	•	دل درد یا دل پیچه (و)	
۲	۱	•	استفراغ یا بالا آوردن (ز)	
۲	۱	•	سایر ناراحتی‌ها (ح) (قید گردد: _____)	
۲	۱	•	بی دلیل با دیگران کتک کاری می‌کند.	۵۷
۲	۱	•	با بینی، پوست یا دیگر قسمت‌های بدنش ور می‌رود و آن‌ها را زخم می‌کند. (توضیح دهید: _____)	۵۸

۲	۱	۰	با آلت تناسلی خود در حضور دیگران ور می‌رود و بازی می‌کند.	۵۹
۲	۱	۰	با آلت تناسلی خود زیاد بازی می‌کند.	۶۰
۲	۱	۰	در درس خواندن ضعیف است.	۶۱
۲	۱	۰	دست و پا چلفتی است.	۶۲
۲	۱	۰	ترجیح می‌دهد با بچه‌های بزرگ تر از خودش باشد.	۶۳
۲	۱	۰	ترجیح می‌دهد با بچه‌های کوچک تر از خود باشد.	۶۴
۲	۱	۰	از صحبت کردن با افراد غریبه خودداری می‌کند.	۶۵
۲	۱	۰	خودش را مجبور به بعضی اعمال می‌بیند (اعمال وسواسی).	۶۶
			(توضیح دهید: _____)	
۲	۱	۰	از منزل فرار می‌کند.	۶۷
۲	۱	۰	زیاد جیغ می‌کشد.	۶۸
۲	۱	۰	مرموز و تودار است، مطالب را توی خودش نگه می‌دارد.	۶۹
۲	۱	۰	چیزهایی را می‌بیند که وجود خارجی ندارند (دیگران قادر به دیدن آنها نیستند).	۷۰
			(توضیح دهید: _____)	
۲	۱	۰	کمر و خجالتی است.	۷۱
۲	۱	۰	آتش افروزی می‌کند.	۷۲
۲	۱	۰	مشکلات جنسی دارد.	۷۳
			(توضیح دهید: _____)	
۲	۱	۰	خودنمایی یا دلک بازی می‌کند.	۷۴
۲	۱	۰	بیش از حد ترسوست طوری که زهر ترک می‌شود.	۷۵
۲	۱	۰	کمتر از بچه‌های دیگر می‌خوابد.	۷۶
۲	۱	۰	در طول روز و یا شب بیش تر از دیگر بچه‌ها می‌خوابد.	۷۷
			(توضیح دهید: _____)	
۲	۱	۰	بی توجه است یا به راحتی حواسش پرت می‌شود.	۷۸
۲	۱	۰	در صحبت کردن و در بیان کلمات مشکل دارد (مثلاً لکنت زبان دارد).	۷۹
			(توضیح دهید: _____)	
۲	۱	۰	بدون هدف به جایی خیره می‌شود.	۸۰
۲	۱	۰	در منزل بدون اجازه وسایل را برمی دارد (دزدی می‌کند).	۸۱
۲	۱	۰	خارج از منزل بدون اجازه وسایل را برمی دارد (دزدی می‌کند).	۸۲
۲	۱	۰	چیزهایی را که احتیاج ندارد جمع می‌کند.	۸۳
			(توضیح دهید: _____)	
۲	۱	۰	رفتارهای عجیب و غریب دارد.	۸۴
			(توضیح دهید: _____)	
۲	۱	۰	ایده‌های عجیب و غریب دارد.	۸۵
			(توضیح دهید: _____)	
۲	۱	۰	کله شق و یک دنده، عبوس و زودرنج است.	۸۶
۲	۱	۰	در خلق و یا احساساتش تغییرات ناگهانی دارد.	۸۷
۲	۱	۰	زیاد قهر می‌کند و اخمو است.	۸۸
۲	۱	۰	بدگمان و شکاک است.	۸۹
۲	۱	۰	فحش می‌دهد یا در صحبت هایش، کلمات زشت و وقیحانه به کار می‌برد.	۹۰
۲	۱	۰	می‌گوید از زندگی سیر شده است و حرف‌های مأیوس کننده می‌زند.	۹۱
۲	۱	۰	در خواب راه می‌رود یا صحبت می‌کند.	۹۲
			(توضیح دهید: _____)	
۲	۱	۰	زیاد صحبت می‌کند.	۹۳
۲	۱	۰	دیگری را مسخره و اذیت می‌کند.	۹۴

۲	۱	•	۹۵	بدخلق یا تند مزاج است.
۲	۱	•	۹۶	راجع به مسائل جنسی زیاد فکر می‌کند.
۲	۱	•	۹۷	مردم را تهدید می‌کند.
۲	۱	•	۹۸	انگشت شست خود را می‌مکد.
۲	۱	•	۹۹	سیگار می‌کشد، یا توتون و تنباکو را می‌جود یا بو می‌کشد.
۲	۱	•	۱۰۰	در خواب رفتن مشکل دارد.
				(توضیح دهید: _____)
۲	۱	•	۱۰۱	از مدرسه گریزان است و فرار می‌کند.
۲	۱	•	۱۰۲	کم فعالیت و کم انرژی است.
۲	۱	•	۱۰۳	غمگین، ناراحت و دل گرفته (افسرده) است.
۲	۱	•	۱۰۴	بیش از حد پر سر و صدا است.
۲	۱	•	۱۰۵	برای مقاصد غیر دارویی مواد مخدر مصرف می‌کند (به غیر از الکل و تنباکو).
				(توضیح دهید: _____)
۲	۱	•	۱۰۶	از نظر اجتماعی ناهنجار است و دست به تخریب اموال عمومی می‌زند.
۲	۱	•	۱۰۷	در روز شلوارش را خیس می‌کند.
۲	۱	•	۱۰۸	شب ادراری دارد.
۲	۱	•	۱۰۹	ناله می‌کند.
۲	۱	•	۱۱۰	اگر کودک یا نوجوان پسر است «آرزو می‌کند دختر باشد»
				اگر کودک یا نوجوان دختر است «آرزو می‌کند پسر باشد»
۲	۱	•	۱۱۱	با دیگران ارتباط برقرار نمی‌کند و گوشه گیر است.
۲	۱	•	۱۱۲	نگران است.
۲	۱	•	۱۱۳	چنانچه کودک یا نوجوان مشکلات دیگری دارد که در فهرست بالا نیامده آنها را بنویسید.

The effectiveness of play therapy on the aggressive behavior of children with ADHD

Samaneh. Panahian Amiri¹, Kolsoum. Akbar Nataj^{*2}, & Mohammadkazem. Fakhri³

Abstract

Aim: The aim of this study was to determine the effectiveness of play therapy on the aggressive behavior of children with ADHD. **Methods:** The statistical population of this study includes all children with confrontational disobedience disorder in Babol in 2019, from which 60 people were purposefully selected and using a random method in two groups of play therapy and control group, each group was assigned 30 people. Data were obtained using a child behavioral problems questionnaire in three time periods: pre-test, post-test and follow-up. Play therapy was performed in ten sessions for 2 hours weekly for the experimental group. Analysis of variance with repeated measures and SPSS software were used to analyze the data. **Results:** The results showed that there was a significant difference between the effectiveness of play therapy on improving aggressive behavior ($F=38.86$, $p<0.001$) in children with ADHD. **Conclusion:** The study showed that play therapy reduced the aggressive behavior of children with ADHD and this treatment can be used to improve the aggressive behavior of children with ADHD.

Keywords: play therapy, aggressive behavior, children, ADHD.

-
1. PhD Student, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
 2. ***Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Chalous Branch, Chalous, Iran.
Email: k.akbarnataj@iausari.ac.ir
 3. Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.