مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی ، شماره ۱۷ ، پاییز ۱۳۹۸، ص ۶۹-۵۷
http://www.jisc.ir

مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی (سال پنجم)
شماره ۱۷ / پاییز ۱۳۹۸ / ص ۶۹-۵۷

تاثیر بازی درمانی مبتنی بر کارکردهای اجرایی در کاهش نارسایی هیجانی کودکان مبتلا به بیش فعالی

وحید خوش روش[۱]، نوشین قریب پناه[۲]
[۱] استادیار گروه روان شناسی و مشاوره دانشگاه آزاد واحد تنکابن
[۲] دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی دانشگاه آزاد واحد تنکابن

نام نویسنده مسئول:
وحید خوش روش

چکیده
این پژوهش با هدف تعیین تأثیر بازی درمانی مبتنی بر کارکردهای اجرایی در کاهش نارسایی هیجانی کودکان مبتلا به بیش فعالی انجام شد. طرح پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و آزمایش است. جامعهٔ آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دارای اختلال بیش فعالی می باشند. حجم نمونه ۳۰ نفر از دانش آموزان دارای اختلال بیش فعالی که ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر درگروه کنترل قرار گرفتند لذا به روش نمونه گیری تصادفی در دسترس انتخاب شدند. به منظور گرد آوری داده ها از آزمون SNAP-IV سوانسون، نولان و پلهام(۱۹۸۰)، آزمون استروپ(۱۹۳۵)،آزمون ناگویی خلقی تورنتو استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد)، تحلیل کوواریانس به کمک نرم افزار آماری $SPSS_{20}$ استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد اثر بازی درمانی مبتنی بر کارکردهای اجرایی بر توانایی برنامه ریزی و توجه انتخابی و کاهش نارسایی هیجانی با Partialή =۰/۸۷ ، Lambda=۰/۱۳۲ s ، wilk، ۵۰/۵۶ = (۲۳،۳) **F** اثر معنی داری داشته است(**P**<۰/۰۱) . نتایج نشان داد که بازی درمانی مبتنی بر کارکردهای اجرایی بر کاهش نارسایی کودکان مبتلا به بیش فعالی تأثیر دارد.

.

واژگان کلیدی: بازی درمانی، کارکردهای اجرایی، نارسایی هیجانی ، بیش فعالی.

مقدمه

استفاده از بازی در درمان نیز اولین بار توسط پیشگامان روانشناسی کودک مطرح شد.کلاین، بازی خودبخودی کودکان رابه عنوان جایگزین تداعی آزاد در روان تحلیل گری بزرگسالان مطرح نموده است. می توان گفت در نتیجه کارهای ملانی کلاین بودکه روشی به نام «بازی درمانی» شکل گرفت. بیش از ۵۰ سال است که بازی درمانی در آمریکا رواج داشته و روز به روز نیز در حال گسترش است تا کنون این روش توسط تعداد زیادی از بازی درمانگران همچون: موستاکز و اسکافر،کسی که باعث ترقی و پیشرفت قواعد اصلی اکسلاین شد و میان مدلهای خانواده درمانی سیستماتیک، قصه درمانی و درمان شناختی _رفتاری تفاوت قائل گردید، هدایت شده است. مبتکر بازی در خانواده درمانی[۲]ستیر.ویتاکر.کیت (۱۹۹۸) هستند.ویرجبینا و اسکلاین از بازی درمانگران مطرح هستند. اسکلاین در سال ۱۹۸۲ اصول پایه ای را برای اجرای روش بازی درمانی معرفی می‌کند و معتقد است بدون رعایت این اصول رابطه و شرایط اولیه برای بازی درمانی ایجاد نخواهد شد. انجمن کارشناسان بازی درمانی انگلستان(BAPT) در سال ۱۹۹۲ تاسیس شد تا برنامه هایی تنظیم کند و با هدایت کارشناسان بازی درمانی و کارفرمایان آنها، به ثبت اطلاعات این کارشناسان و ساماندهی آموزش بازی درمانی بپردازد.(زاده محمدی،علی ،۱۳۹۳).بازی به عنوان فرایند چند بعدی که به نحوی قابل توجه در خدمت تکامل و رشد کودک است می‌تواند راهی جهت تخلیه ی این انرژیها درمسیر رسانده باشد. بازی برای رشد اجتماعی، احساسی، شناختی، فیزیکی، زبانی و پرورش خلاقیت همه کودکان حیاتی است. بازی سبب تحکیم آموخته ها در تمامی کودکان و نوجوانان حتی برای آنهایی که در برقراری ارتباط گفتاری مشکل دارند، می شود. کودکان از راه بازی پشتیبانی عاطفی دریافت می کنند و مطالب زیادی درباره احساسات و اندیشه های خود می آموزند. گاهی تجربه های سخت و آسیب زای گذشته را در بازی های خود دوباره به نمایش می گذارند تا درک درست تری از آنها به دست آورند و بتوانند تسلط بیشتری بر آینده داشته باشند. همچنین می توانند بیاموزند که چگونه روابط و کشمکشهایشان را با شیوه های بهتری مدیریت کنند.بنابراین بازی وسیله ای است برای احساسات، برقراری روابط، توصیف تجربیات، آشکار کردن آرزوها و خودشکوفایی. فعالیت بازی در واقع تلاش کودک برای کنار آمدن با محیط است که از طریق او خود را می یابد و دنیا را درک می کند(زاده محمدی،علی،۱۳۹۳).کارل گروس از صاحب نظران قرن نوزدهم اعتقاد دارد: بازی عاملی است برای رشد نیروهای خام و آماده سازی آنها برای استفاده در زندگی. بازی فرایند یادگیری را برای کودک، این انسان کوچک لذت بخش میکند و همچنین منجر به ارضای بسیاری از نیازهای اساسی و زیر بنایی او می‌شود. اهمیت بازی در مباحث روانشناسی رشد تا حدی است که صاحبنظران آن را تفکر کودک نامیده اند. پیاژه روانشناس مشهور سوئیسی نیز بازی را تحت عنوان (یکی ساختن واقعیت با خود) تعریف می‌کند. (زاده محمدی،علی،۱۳۹۳).کودکان از طریق بازی ارتباط برقرار می‌کنند. مشکلات کودکان در جریان رشد اغلب توأم است با عدم توانایی بزرگسالان برای درک آنها، پاسخگویی به آنچه که کودکان احساس می‌کنند و یا تلاشی که آنها برای ایجاد ارتباط می‌نمایند. اکثر بزرگسالان از کودکان انتظار دارند که با آنها از همان روشی که خود راحت ترند ارتباط برقرار کنند، یعنی ارتباط کلامی. آنها به جای اینکه با کودک در حد کودکانه رفتار نمایند، از او انتظار دارند که خود را به حد یک بزرگسال برساند. کودکان سعی می‌کنند خود را بفهمانند، هر چند که اغلب از طریق کلامی موفق نیستند، میان آنچه از زبان آنها فهمیده می‌شود و آنچه که منظور آنهاست تفاوت وجود دارد. کودکان فراتر از آنچه که بیان می کنند، درک می کنند. بازی برای کودکان مساوی است با صحبت با بزرگسالان، بازی وسیله ای است برای بیان احساسات، کشف روابط و ارضای خود. کودکان احساسات و نیازهای خود را از طریق بازی به همان صورت و روشی که مشابه روش بزرگسالان است بیان می دارند. بازی فرصتی برای کودکان فراهم می آورد تا احساسات و مشکلات خود را همانگونه که تجربه کرده اند بیان دارند.طبق فرضیه های روانشناسی بازی رشد هوشی را تسریع می‌کند. کودکانی که فاقد هر گونه اسباب بازی می باشند و یا امکانات اندکی برای بازی دارند، از لحاظ شناختی از همسالان خود عقب ترند. علاوه بر این، فرزندان خانواده های کم درآمد نسبت به کودکان طبقه متوسط کمتر در بازیهایی که به شکل و نقش بازی کردن انجام می‌شود، شرکت می‌کنند. در فرایند دوستی کودک با عروسک، قدرت تکلم او به شدت تحت تأثیر قرار می‌گیرد و رشد می‌کند. کودک به جای خود و به جای عروسک و به جای همه شخصیت های ذهنش صحبت می‌کند. بنابراین اگر بپذیریم که بازی در رشد هوشی اهمیت دارد، در این صورت آشنا کردن کودکان با بازی یکی از

---

[۱] Play Therapy

[۲] Play In Family Therapy

عواملی است که رشد شناختی را تسهیل می‌کند.(دادستان،پریرخ،۱۳۹۰).تعامل در بازی با دیگر کودکان، کودک را قادر میسازد تا تصورش را از خود و دیگران به صورت عام رشد دهد. کودک با بازی نقش خود را به طور مرتب تغییر میدهد بنابراین چشم انداز خود را نیز تغییر می‌دهد. در بازیهای گروهی که دارای مقررات و قواعد است، بازیکن باید نقش دیگر بازیکنان را بداند و همچنین باید توانایی بر عهده گرفتن نقش دیگران را در خود رشد و توسعه دهد تا از طریق پیش بینی آنچه در آینده اتفاق خواهد افتاد، بتواند رفتار خود را با آن سازگار نماید. کودک شروع به ارزیابی توانایی های خود در مقابل دیگران کرده و هویت یا تصور از خود را بهبود می‌بخشد. بچه هایی که بازی می‌کنند پیش از هویت خود یاد می‌گیرند. آنها از طریق بازی کردن نقش های مختلف بزرگسالان، مقررات اجتماعی و معیارهایی را که رفتار بازیگر را تنظیم می‌کند می آموزند. بازیگر باید یاد بگیرد که به قواعد بازی حتی زمانی که انگیزه های آنی او را به سوی یک رفتار کاملاً متفاوت دیگر سوق می‌دهد تسلیم شود. علاوه بر آن، کودک در حین بازی خود را در موقعیتهای اضطراب آور و ترسناک قرار می‌دهد و به همراهی عروسک به جستجوی راه حل می پردازد تا از این طریق تسلط خود را بر موقعیتها افزایش دهد. کودکی که از مراجعه به دکتر هراس دارد با همکاری عروسکش نقشهای بیمار و پزشک را بازی می‌کند و از این طریق تسلط خود را بر موقعیتهایی که احتمالاً پیش خواهد آمد را مجسم کرده و تا حدی بر نگرانی و ترسش غلبه می‌کند. همچنین یک بازی ممکن است معانی خاص و مهمی برای برخی از کودکان داشته باشند و تمایلات گوناگون آنها را به صورت نمادین ارضا نماید، اما مطمئنا آن بازی نمی‌تواند برای همه بازیکنان همان مفهوم خاص را داشته باشد. بازی کودک به خصوص با عروسک علاوه بر موارد ذکر شده ی قبل می‌تواند در رشد شخصیت کودک تأثیرات بسزای دیگری نیز داشته باشد. (زاده محمدی،علی،۱۳۹۳).کودک در نقشهایی که تمرین می‌کند تجدید نظر می‌نماید و قسمتهای جدیدی را جایگزین قسمتهای قبلی می‌کند و از این طریق تجارب خود را با ادراکات و شناختهای جدیدش تلفیق می‌کند و این بازسازیها و ترکیبها کمکی است به رشد قدرت آفرینندگی و خلاقیت او . او در حین بازی با عروسک مهارتهایی را جهت ایجاد ارتباط با دیگران به دست می آورد. توقعات دیگران از خود را در حین عروسک بازی ارزیابی می‌کند و آرزوهای خود را نیز ابراز میکند و این راهی برای شناخت آواز زندگی و مسائل آن است.

پل کلینجا و آن کلینجا (۱۹۸۱) تعریفی را ارائه کرده اند که بر طبق این تعریف هیجان حاصل تعامل بین عوامل ذهنی، محیطی و فرایندهای عصبی و هورمونی است. آنها در تایید این تعریف، نکات زیر را مطرح می کنند (فرانکن،۱۹۳۹؛ ترجمه اسفند آباد، محمودی و امامی پور،۱۳۸۴). هیجان ناشی از تجاربی عاطفی مثل لذت و ناراحتی است.هیجان ها باعث انواع سازگاری های درونی مثل بالارفتن ضربان قلب می شود.هیجان رفتارهایی را فرا می خواند که اغلب و نه همیشه، بیانی (خندیدن و گریستن)، هدفمند(کمک کردن یا اجتناب کردن) انطباقی (حذف چیزی که تهدیدی بالقوه برای بقا محسوب می شود) هستند.براساس این تعریف، هیجان ناشی از فرایند های زیست شناختی، آموخته شده و شناختی است. دیگر عملکرد مهم هیجان عبارت از رفتار پاداش دهنده و تنبیه کننده است. وقتی فرد هیجان بسیار مثبتی را تجربه می کند، به احتمال زیاد به رفتارهایی می پردازد که موجب تولید مجدد آن هیجان شود. به همین صورت، وقتی فرد هیجان بسیار منفی را تجربه می کند، از رفتارهایی که باعث بروز مجدد ان هیجان می شود اجتناب می کند. به بیان دیگر، هیجان در حکم تقویت های رفتاری است (فرانکن،۲۰۰۲؛ ترجمه اسفند آباد و همکاران،۱۳۸۴).یکی از مهم ترین مواردی که در زندگی وجود دارد کنترل عواطف است که شامل استعداد باز گرداندن آرامش به خود و از اضطراب های معمولی، افسردگی، نا امیدی و زودرنجی خود را رها کردن و توانایی پذیرش مسئولیت در قبال هیجان های شخصی و شادکامی است و یعنی اینکه فرد بتواند انگیزه اش را حفظ کند و در مقابل نا ملایمات استقامت کند، در شرایط بحرانی و وجود تکانش خودش را کنترل کند و خونسردیش را حفظ کند، کامیابی را به تاخیر بیاندازد، کارها را بدون دلسردشدن به انجام برساند، حالات روحی خود را تنظیم کند و نگذارد پریشانی خاطر قدرت تفکرش را خدشه دار کند بالاخره استعداد حفظ جنبه های هیجانی است (شریفی در آمدی و آقایار، ۱۳۸۷). شواهد بسیاری نشان می دهد افرادی که در زمینه احساسات و عواطف خود قوی و چیره دست هستند، یعنی احساسات خود را به خوبی کنترل می کنند و احساسات دیگران را درک کرده اند و با آن ها به خوبی کنار می آیند در هر زمینه زندگی، خواه روابط خصوصی و خانوادگی و خواه در مراودت های سیاسی و اجتماعی از مزیت خوبی برخوردارند. بنابراین ایجاد و بازشناسی هیجان ها شیوه های مهمی برای تنظیم مبادلات اجتماعی و تعادل جسمانی و روانی ما هستند(قدیری، ۱۳۸۴).اداره هیجان ها ممکن نیست، مگر اینکه با هیجان های بنیادین مثل خشم، ترس، اضطراب، شادمانی، تعجب، اندوه، انزجار و عشق آگاه باشیم و همچنین از دانش کافی درباره سطوح هیجان، مراحل، تظاهرات جسمانی، عاطفی، شناختی و رفتاری آن ها،

هیجان های مثبت و منفی و شدت و ضعف آن ها برخوردار باشیم. شناخت هیجان ها به ما قدرت تحلیل و کنترل می دهد و هر قدر این شناخت (قدرت) بیشتر باشد به سوی مدیریت و کنترل عواطف و بهبود روابط بین فردی جلوتر رفته ایم و در مجموع، گام بزرگی در موفقیت زندگی خود در ابعاد گوناگون برداشته ایم(قدیری، ۱۳۸۴).با توضیحات مزبور، روشن است که کنترل عواطف و استفاده مثبت از آن ها با بحث هوش عاطفی رابطه ای تنگاتنگ دارد. مشکلات رفتاری و هیجانی که بیشترین آسیب شناسی روانی کودک را تشکیل میدهد، در جریان رشد و تکامل برخی از کودکان ایجاد می شود و به شرایطی اطلاق میگردد که در آن پاسخهای هیجانی رفتاری کودک با هنجارهای فرهنگی، سنی و قومی تفاوت داشته باشد. به طوریکه بر عملکرد تحصیلی، مراقبت از خود، روابط اجتماعی، سازگاری فردی، رفتار در کلاس و سازگاری در محیط وی نیز تأثیر منفی بگذارد. درنتیجه مشکلات رفتاری کودکان در چند بعد کنترل توجه، کنترل هیجان، کنترل رفتار و ارتباط بین فردی دسته بندی میشوند. کنترل رفتار بیانگر توانایی تطبیق رفتار مناسب بر اساس نیاز موقعیت اجتماعی است. ازاین جهت بسیاری از کودکان دارای نقص در مهارتهای اجتماعی، خودکنترلی و سطح فعالیت کنترلی خود مشکل دارند.

نتایج پژوهشی با عنوان اثر بخشی تقویت حافظه دیداری از طریق بازی بر کاهش خطاهای دیکته دانش آموزان دارای اختلال نوشتن نشان داد که نمره های پس آزمون گروه آزمایش و شاهد در حافظه دیداری و خرده آزمون مکعب وکسلر بعد از ارائه متغیر مستقل از لحاظ آماری با یکدیگر تفاوت معنادار دارد بورن هید[۳](۲۰۱۶). روانشناسان برای رفع مشکلات رفتاری کودکان، شیوه های گوناگونی را در طول سالیان متعدد طراحی کرده اند. برخی از روشها بر خود کودک، برخی بر والدین و برخی بر محیط آموزشی متمرکز بوده است. بارزترین شیوه تغییر رفتار در کودکان بازی درمانی است. امروزه بازی درمانی تا جایی پیشرفت نموده است که به عنوان یک عامل مؤثر و مفید در بهداشت روانی از آن استفاده میشود. قدرت درمانی که در بازی درمانی نهفته است، به طرق گوناگون مورداستفاده قرار می گیرد. درمانگران از طریق بازی به کودکانی که مهارتهای اجتماعی یا عاطفی شان ضعیف است رفتارهای سازگارانه تری را می آموزند. در بازی درمانی، اسباب بازیها مثل کلمات کودک و بازی، زبان کودک است. ازاین جهت، بازی درمانی به عنوان یک رابطه میان فردی پویا بین یک کودک و یک درمانگر آموزش دیده تعریف میشود و با فراهم کردن ابزار مناسبی برای بازی کودک، ایجاد یک رابطه ایمنی را به منظور کشف و بیان کامل خود از طریق بازی که ابراز طبیعی بیان کودک است تسهیل می کندو کودک در طی تعاملات بین فردی با درمانگر، پذیرش تخلیه هیجانی، کاهش اثرات رنج آور، جهت دهی مجدد تکانه ها و تجربه هیجانی تصحیح شده را تجربه میکند.در سالهای اخیر با عنایت به توسعه ی دانش نظری و کاربردی روانشناسان رشد و متخصصان تعلیم و تربیت، توجه به مسائل شناختی کودکان و به ویژه چاره جویی برای مشکلات شناختی از جمله کمبود توجه، ناتوانی در برنامه ریزی و مسائل مربوط به حافظه ی کودکان نقش پررنگی به خود گرفته است و در این میان مداخلات شناختی برای کودکان دارای اختلال کاهش نارسایی / بیش فعالی**در** کانون توجه قرارگرفته است(میراندا و همکاران،۲۰۱۵). اختلال نقص توجه / بیش فعالی(ADHD)، اختلالی عصبی تحولی است که با سه ویژگی اصلی نقص توجه، بیش فعالی، و تکانشگری مشخص می شود. برای تشخیص گذاری این نشانه ها حداقل باید برای شش ماه و حداقل در دو زمینه ی متفاوت مانند منزل و مدرسه و قبل از سن هفت سالگی مشاهده شوند و به آسیب جدی در حوزه های مهم زندگی کودک مانند تعاملات اجتماعی و عملکرد تحصیلی منجر شوند(رویز،۲۰۰۹). این اختلال در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی ـ ویراست چهارم با تجدیدنظر درمتن، به سه زیر گروه نارسایی توجه غالب(ADHD-I)، بیش فعالی / تکانشگری غالب(ADHD-H)، و زیر گروه مرکب (ADHD-C) تقسیم شده است. و برای درمان این اختلال عصبی - تحولی نیز شیوه های مختلف دارویی، آموزش خانواده و درمان های مبتنی بر فن آوری و بازی درمانی با اهداف درمانی مختلفی وجود دارد، لیکن امروزه در درمان آنها احساس نیاز بیشتری برای طراحی و ارائه ی برنامه های مداخله ی غیر دارویی متمرکز بر کودک به وجود آمده است(پرینز،۲۰۱۳). نتایج پژوهشی به تحول کارکردهای اجرایی در دختران و پسران پیش دبستانی و دبستانی (پنج تا ۱۲ساله) مبتلا به اختلال کاهش نارسایی/ بیش فعالی نشان داد که نمرات کارکردهای اجرایی کودکان دختر و پسرگروههای سنی پنج تا ۱۲ سالهٔ مبتلا به این اختلال با توجه به سن افزایش می یابد. نتایج همچنین نشان دادند که بین میانگین نمرات کارکردهای اجرایی گروههای سنی مختلف تفاوت معنادار وجود دارد. روند تحول

[۳] Burenheide

کارکردهای اجرایی در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی دختر و پسر با توجه به سن سیر صعودی دارد، اما کارکردهای اجرایی دختران و پسران یکسان است(کرمشائی ،آمنه،عابدی، احمد،۱۳۹۵). درمانهای شناختی رفتاری و ارتقای کارکردهای اجرایی عصب شناختی یکی از حوزههای اصلی این مداخلات است(اصغری نکاح و عابدی،۱۳۹۵). کارکردهای اجرایی عصب شناختی ساختارهای مهمی هستند که با فرایندهای روانشناختی مسئول کنترل هوشیاری، تفکرو عمل مرتبط می باشند(زلازو و مولر،۲۰۰۲). کارکردهای اجرایی، در زمره ی فعالیتهای عالی شناختی و فراشناختی هستند که مجموعه ای از تواناییهای عالی شامل خودگردانی، بازداری، خود آغازگری، برنامه ریزی، انعطاف شناختی و کنترل تکانه را به انجام می رسانند (اصغری نکاح و عابدی،۱۳۹۳). به طور کلی کارکردهایی نظیر بازداری، برنامه ریزی و سازماندهی، احساس و ادراک زمان، پیش بینی آینده، حافظه ی کاری، زبان درونی، و حل مسأله از جمله مهمترین کارکردهای اجرایی عصب شناختی محسوب می شوند(ولش و پنینگتون،۲۰۱۳). نتایج پژوهشی اثربخشی بازی درمانی بر بهبود توجه انتخابی در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی نشان داد که بازی درمانی به صورت معنادار در بهبود توان بازداری کودکان مبتلا به اختلال کاهش نارسایی و بیش فعالی اثربخش بوده است. بنابراین این رویکرد می تواند مداخله ای موثر در بهبود عملکرد در کودکان مبتلا به اختلال محسوب شود (کرمشائی،آمنه،عابدی،احمد،۱۳۹۵).ویژگی اصلی اختلال کمبود توجه همراه با بیش فعالی[۴](ADHD) رفتارهایی است که از لحاظ اجتماعی اخلال گرانه محسوب می‌شوند، یعنی، موقعیت های اجتماعی را مختل می‌کنند. این موقعیت های اجتماعی می‌توانند خانواده، مدرسه، یا هر جای دیگری باشند که در آنجا، غیر از کودک، فرد دیگری نیز حضور دارد. اختلالی است که شامل بی توجهی و بیش فعالی- تکانشگری می‌شود. بی توجهی با رفتارهایی چون بی دقتی، فراموشکاری و مشکلات مربوط به توجه مشخص می شود. ملاک های تشخیصی آن این است که اختلال باید حداقل شش ماه دوام یابد، و در عملکرد اجتماعی و تحصیلی اختلال ایجاد کند، قبل از ۷ سالگی روی دهد.عنصر بیش فعال- تکانشگر به خرده تیپ های بیش فعالی و تکانشگری تقسیم می شود. بیش فعالی با ناآرامی، بی قراری، دویدن نامناسب، اشکار در بازی کردن آرام، و پرحرفی مشخص می شود. تکانشگری در افرادی مشاهده می شود که پاسخ ها را از دهان می‌پرانند، نمی‌توانند منتظر نوبتشان بمانند، و برای دیگران مزاحمت ایجاد می‌کنند. کودکان بی توجه به نارسایی های جدی تحصیلی دچار می شوند، در حالی که کودکان عمدتاً پیش فعال- تکانشگر، بیشتر مورد طرد بزرگسالان قرار گرفته و در اثر تصادفات مجروح می شوند. به کودکان مبتلا به ADHD بچه های دشوار و معلول اجتماعی هم می گویند (هالجین، ۲۰۱۲). در سیر بالینی این اختلال، بیش فعالی (پرتحرکی)، نخستین علامتی است که فروکش می کند و حواسپرتی آخرین علامت. ADHD معمولاً در اواسط کودکی فروکش نمی‌کند. احتمال درمان زیر ۱۲ سالگی کم است. اکثر کودکان مبتلا به این اختلال، دارای قوای درک، هوش طبیعی برخوردارند و پس از خرابکاری احساس گناه می‌کنند (حشمتی ،ر،اصلاناری،شکراللهی ،۱۳۹۵).اکثر افراد مبتلا به ADHD هم علائم های بش توجهی و هم علائم های بیش فعالی دارند، اما در بعضی افراد، یکی بر دیگری غلبه دارد. این موضوع باعث شده است DSM-V سه نوع فرعی برای اختلال ADHD معرفی کند:

۱) ADHD ، **از نوع بیش فعالی/ بی فکری غالب:**[۵] ویژگی اصلی این نوع ADHD فعالیت های حرکتی زیاد است (تکان دادن مرتب و مداوم بدن، دست ها، یا پاها، دایما به این طرف و آن طرف رفتن و انجام دادن حرکات فیزیکی کوچک)، فرد نمی‌تواند توجه خود را به مدت زیاد حفظ کند، به راحتی حواسش پرت می شود، تکانشی عمل می‌کند، و نمی تواند خودش را کنترل کند. کودکان مبتلا به این نوع ADHD مشکلات رفتاری دارند و دوستانشان آنها را تحویل نمی‌گیرند، و تعداد حوادث منجر به جراحت یا آسیب در آنها زیاد است.

۲) ADHD، از نوع بی توجهی غالب.[۶] ویژگی اصلی این نوع ADHD، پرت شدن حواس به آسانی است، فرد نمی تواند توجه خود را به مدت زیاد چیزی معطوف کند، به جزئیات توجه نمی‌کند، و نمی تواند کارها را به پایان برساند یا به زور و به طور سرسری به پایان می رساند. کودکان مبتلا به این نوع ADHD، در مقایسه با کودکان مبتلا به نوعِ بیش فعالی، مشکلات رفتاری و بی فکری کمتری دارند، اما در عوض، ممکن است از سوی دوستان خود افرادی تنبل، خیالباف، مضطرب و خجالتی توصیف شوند.

1-Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)
1-ADHD, predominantly hyperactive-impulsive type (or Predominantly Hyperactive/Impulsive Presentation)
2-ADHD, predominantly inattentive thpe (or Predominantly Inattentive Presentation)

۳) ADHD، از نوع علائم های مرکب[۷] احتمالاً رایجترین نوع است. در این نوع ADHD، فرد معیارهای نوعِ بیش فعالی و نوع کاهش نارسایی را با هم دارد.

حدود نیمی از کودکانی که ADHD دارند به اختلال نافرمانی، یا اختلال سلوک نیز مبتلا هستند. میزان این همبودی بسیار بالاتر از همبودی با سایر اختلالات روانی است، و این پدیده نشان می‌دهد که، در اکثر موارد، ADHD با نقص هنجارهای اجتماعی و حقوق دیگران همراه است.**در** همه گیر شناسی اختلال ADHD هم میزان بروز اختلال در پسرها ۳ تا ۵ برابر دخترها است و در پسر بچه های اول خانواده شایع تر است. والدین کودکان مبتلا به ADHD میزان بالاتری از فزون حرکتی، سوسوپاتی، الکلیسم و هیستری نشان می‌دهند. هرچند شروع اختلال حدود ۳ سالگی است، تشخیص معمولاً تا زمانی که کودک وارد مدرسه نشده داده نمی‌شود.معمولاً ADHD در کودکی تا نوجوانی و در برخی موارد تا بزرگسالی ادامه می یابد. بسیاری از آنها به مرور زمان به اختلال های دیگری، مانند اختلال های سلوک، خُلقی، اضطرابی و یادگیری مبتلا می‌شوند. اختلالات مصرف الکل و شخصیت ضد اجتماعی در والدین این کودکان شایع تر از جمعیت کلی است. یکی از آزارنده ترین تجربیات برخی از افراد مبتلا به ADHD، مشکلات میان فردی شدید آنهاست. اکثر مبتلایان ADHD پرخاشگر و نافرمان هستند.شیدایی (مانیا) و ADHD، در بسیاری از خصوصیات مثل پرحرفی، بیش فعالی حرکتی و حواسپرتی زیاد مشترکند. در کودکان مبتلا به شیدایی، تحریک پذیری از سرخوشی شایع تر است. شیوع ADHD در بزرگسالان ۴ درصد است.علاوه بر وراثت، عوامل دیگری مانند عوارض تولد، صدمهٔ مغزی اکتسابی، قرار گرفتن در معرض مواد سمی قبل تولد، و بیماری های عفونی فصل زمستان در سه ماه اول حاملگی در بروز اختلال ADHD نقش دارند.مطالعات Pet، کاهش جریان خون مغزی نواحی لوب پیشانی را گزارش کرده اند. یک نظریه این است، لوب های پیشانی در کودکان مبتلا به ADHD به طور کافی مکانیزم مهاری خود را بر ساختمان های پایین تر مغز اعمال نکرده و موجب مهار گسستگی می گردند. فرضیه دیگر اختلال احتمالی سیستم های نورآدرنرژیک و دوپامینرژیک را درگیر می‌داند (کاهش فعالیت)، زیرا محرک ها از طریق تسهیل آزادسازی کاتکولامین ها و مهار جذب مجدد آن ها موجب بالا رفتن آن ها می‌گردند. لولوس سرولئوس در این اختلال درگیر است. کودکان بیش فعال به علت کم انگیختگی دچار کاستی توجه می شوند.کودکان پرورشگاهی اغلب بیش فعال بوده و میدان توجه محدودتری دارند. محرومیت هیجانی طولانی، حوادث استرس زای روانی و اختلال در تعادل خانواده در شروع و دوام این اختلال نقش دارند.از عوامل دیگر می توان به کندی رشد مغز و عوامل روانی- اجتماعی اشاره کرد. کودکان مبتلا، در محیط های خانوادگی آشفته بزرگ شده اند و در مدرسه تجربیات شکست داشته اند.پژوهی های جدید نشان داده که این اختلال در حقیقت ناتوانی در بازداری رفتاری است. کودکان مبتلا به این اختلال می دانند که باید چه بکنند (مهارت) اما در آگاهی از اینکه در چه موقعیت هایی چه کارهایی را باید یا نباید انجام بدهند، نارسایی دارند، یعنی در عملکرد. محرک ها و بعضی داروهای سه حلقه ای در درمان این اختلال به کار می روند. آرام بخش ها در کودکان مبتلا به این اختلال تأثیر معکوس دارد و بیماری آنها را تشدید می کند. بی خطرترین داروی محرک، داروی متیل فنیدیت (ریتالین) است که مهمترین داروی درمان ADHD است و کنترل توجه، کنترل تکانه و رفتار، توانایی کار کردن بدون حواس پرتی را بهبود می‌بخشد. داروی دکستروآمفتامین هم مفید است.همچنین رفتار درمانی (شرطی سازی کنشگر) بر بازداری بیش فعالی از طریق تقویت، آموزش کنترل شخصی و تغییر محیط تأکید دارد. برخی معتقدند که مؤثرترین درمان ADHD ترکیب دارو درمانی و رفتار درمانی است.آموزش والدین بخش لازم از درمان این اختلال است. گروه درمانی هم با هدف اصلاح مهارتهای اجتماعی و عزت نفس مفید است (حشمتی ،ر،اصلاناری،شکراللهی ،۱۳۹۵).بارکلی(۲۰۱۲) در نظریه ی خود در مورد اختلال کاهش نارسایی کودکان / بیش فعالی، به کاستی در کنترل بازداری به عنوان هسته ی اصلی از هم پاشیدگی فرایندهای پردازشی در عملکردهای اجرایی اختلال بیش فعالی و نقص توجه اشاره کرد. او معتقد است که بازداری از طریق بازداری رویداد غالب، ایجاد فرصت تأمل در تصمیم گیری برای پاسخ دادن یا ادامه پاسخ و حفظ دوره ی تأمل، سبب اجرای کارآمد وظایف کارکردهای اجرایی دیگری نظیر خودتنظیمی، سازماندهی، حافظه ی کاری، برنامه ریزی و حل مسأله می شود، که در نهایت کارکردهای اجرایی صحیح سبب ایجاد و ساخت یک پاسخ کنترل شده و هدفمند می شود. به عبارت دیگر، بازداری و چهار کارکرد اجرایی یاد شده در فرایند مهمتر و اساسی تر کنترل زمانبندی، پایداری، انعطاف پذیری، پیچیدگی و ساخت اعمال حرکتی هدفمدار، مشارکت و دخالت دارند(نیگ،۲۰۱۳).نتایج پژوهشی اثر بخشی بازی درمانی مبتنی بر کارکردهای اجرایی در توانایی برنامه ریزی و کاهش نارسایی کودکان مبتلا به ADHD نشان داد که بازی درمانی مبتنی بر کارکردهای اجرایی در کاهش نارسایی کودکان مبتلا

1-ADHD, combined type (or ADHD, Combined Presentation)

بهADHD موثر است. به عبارتی بازی درمانی فرایندی تخصصی است که در آن، یک بازی درمانگر آموزش دیده از ظرفیتهای بازی برای کمک به مراجعین و بهبود بخشیدن به عملکردهای ایشان جهت بهبود اختلالات و همچنین دستیابی به رشد و بالندگی استفاده می کند(اصغری نکاح و عابدی،۱۳۹۵).بازی ابزاری است که کودک به کمک آن خود را بیان می کند و برای هر کودکی وسیله ی مناسبی جهت تخلیه هیجانات و ابراز وجود است. بازی درمانی انواع مختلفی دارد:بازی درمانی غیر فعال همزمان با بازی درمانی فعال گسترش یافته است و در بازی درمانی غیر فعال درمانگر بازی کودک را محدود نمی نماید، در عوض به نظر می رسد که فقط در اتاق با کودک بنشیند و همان گونه که کودک محو در بازی است، درمانگر نیز به تدریج تلاش می‌نماید که بخشی از بازی کودک گردد. کودک همیشه اجازه دارد که بازی را رهبری نماید، حتی اگر نهایتاً لازم باشد که درمانگر چند مورد تجزیه وتحلیل ساده از رفتار را بیان نماید. به طور کلی بازی درمانگر غیر فعال معتقد است که مهمترین عامل برای تغییر اختلال عاطفی کودک قبول همراه با درک بیانات و احساسات کودک است. کودک قادر خواهد بود احساس اضطراب، خصومت و ناامنی خود را با شتاب خاص خود از طریق بازی بیان نماید.از آنجا که درمانگر غیر فعال به کودک اجازه انتخاب راه را می¬دهد، هیچگونه محدودیتی در مورد چگونگی انتخاب اسباب بازی ها برای کودک وجود ندارد. کودک می¬تواند با هر نوع اسباب بازی که علاقمند باشد بازی کند و محدود به بازی با خانواده ی عروسکی نیست. در نتیجه انتخابی چنین وسیع از اسباب بازیها و عکس العمل پذیرفته شده و غیر فعال درمانگر لازم نیست که همه بازی های کودک دارای ارزش عاطفی و سمبلیک قوی باشند. نیمی از بازیها اجرای مجدد فعالیتهای ساده تجربیات روزانه ی کودک هستند(رجایی،۱۳۹۰).که یکی از آنها بازی با کلمات احساسی است. این نوع بازی درمانی به دو صورت فردی و گروهی قابل اجرا است. هدف اساسی از انجام این بازی کمک به کودک برای ابراز احساسات است. کودکان عمدتا به دلیل ترس در ابراز مستقیم احساسات و هیجانات خود، قادر به ابراز احساسات در قالب کلامی نیستند. به وسیله ی این بازی میتوان کودکان را ترغیب کرد احساسات خود را در قالب کلمات نوشته شده بر روی کاغذ و یا بر اساس تصاویر کشیده شده از هر احساس بر روی کاغذ نشان دهد و درباره آن داستان بگوید(سهرابی شگفتی،ن،۱۳۹۳).نتایج پژوهشی تأثیربازی درمانی و آموزش کنترل تکانه ،روی دامنهٔ توجه ۴۰ دانش آموز دختر و پسر پایه اول دبستان با اختلال کاهش نارسایی- بیش فعالی نشان داد که بازی درمانی و برنامهٔ آموزشی افزایش معنادار دامنهٔ توجه آزمودنیهای گروه آزمایشی را نسبت به گروه کنترل در پی داشته است(پوشنه، غباری بناب و حسن زاده نمین،۲۰۱۵). بازی درمانی گروهی به نظریه های روانشناسی اجتماعی هیجان توجه دارد و نظریه های ارزیابی را همراه با ملاحظه ی تأکید فریجدا (دادستان،پریرخ ،۱۳۹۰) در مورد اینکه هیجانات، تجربه های ذهنی هستند که بافت اجتماعی نقش مهمی در آنها ایفا میکند، به کار می‌برند(لیننبرینک،۲۰۱۲). نقایص شناختی منجر به ضعف در کارکردهای اجرایی افراد دارای اختلال بیش فعالی و نقص توجه می شود.نتایج پژوهشی در یک مطالعه به کشف نیمرخی از رفتار کلاسی در ارتباط با کاهش نارسایی و کارکرد اجرایی(بازی درمانی) در کودکان با حافظهٔ کاری کوتاه مدت ضعیف، نشان داد که اکثریت کودکانی که نمرهٔ حافظه کاری پایینی داشتند نمرهٔ نسبتاً بالایی نیز در مشکل شناختی نشانگان بی توجهی به دست آوردند و به عنوان افرادی تشخیص داده شدند که فراخنای توجه کوتاهی دارند، سطح بالایی از حواس پرتی را نشان می دهند و مشکل کنترل کیفیت کار و مشکل تولید راه حل های جدید برای مسائل را دارند(گدرکول و همکارانش،۲۰۱۶).اغلب افراد دارای اختلال بیش فعالی و کاهش نارسایی دست کم در یک یا چند مورد از مهارتهای زیر دچار ضعف و ناتوانی هستند. فراموشکاری، بی دقتی، عدم علاقه به انجام تکالیف مدرسه، ناتوانی در رعایت نوبت و برقراری ارتباط با همسالان، رفتارهای تکانشی و بدون تفکر، پرحرفی و قطع مکالمه دیگران و راه رفتن در کلاس و ناتوانی در نشستن روی صندلی ازجمله پیامدهای نقض در مهارت های شناختی و کارکردهای اجرایی مغز است. در پژوهشی به بررسی تأثیر برنامه کامپیوتری بازی توجه در کودکان دارای اختلال بیش فعالی و کاهش نارسایی پرداخته و گزارش می کند که پس از ۱۶ جلسه بازی گزارش والدین و معلم حاکی از کاهش علائم اختلال و بهبود کارکردهای اجرایی مغز بود(سلیمانی و همکاران،۱۳۹۲).پیوند زدن نظریه ها و یافته های شناختی به درمان، نیازمند شواهد پژوهشی است، از این رو از منظر درمان اختلال بیش فعالی و کاهش نارسایی،، به طور معمول به کارگیری رویکردهای نظری مختلف توصیه می شود و پروتکل های مداخله درمانی ترکیبی است از ADHD درمانی اختلال جمله متشکل از مداخله هایی نظیر دارو درمانی، آموزش خانواده، مدیریت رفتاری، توانمندسازی در کارکردهای اجرایی و حمایتهای اجتماعی و روانشناختی است. با این وجود امروزه و به تدریج، گرایش به درمان های دارویی برای اختلالADHD رو به کاهش است و سهم درمانهای غیر دارویی و مداخله های مبتنی بر زندگی روزمره که با عنوان مداخله های طبیعی شناخته میشوند (مانند مداخله های مبتنی بر آموزش کارکردهای اجرایی و بازی درمانی و درمان های ؛ ترکیبی) رو به

افزایش است (اصغری نکاح و عابدی،۱۳۹۳).از جمله اینکه هر چند بازی درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری و بازی درمانی مبتنی بر کارکردهای شناختی در بعد شناختی مشترک اند، لیکن بازی درمانی رفتاری - شناختی بر اصلاح تعبیر و تفسیرهای کودک از موقعیتها و پیوند بین افکار و رفتار و هیجانات، تأکید می ورزد و نسبت به کارکردهای اجرایی جهت گیری خاصی ندارد، در حالیکه در بازی درمانی مبتنی بر کارکردهای شناختی، هدف اصلی مهارت افزایی فرد در کارکردهای اجرایی است و تکالیف و فعالیت های بازی گونه آن بر توانمندسازی فرد در به کارگیری مؤثر کارکردهای اجرایی متمرکز است و انتظار می رود در نتیجه ی به کارگیری مؤثر کارکردهای اجرایی عصب شناختی، با افزایش خودکنترلی، مشکلات هیجانی و رفتاری فرد نیز بهبود یابد. از آنجا که ناگویی هیجانی اثرات منفی بر بهزیستی روانشناختی و هیجانی میگذارد و یک عامل خطرساز در ابتلا به مشکلات روانشناختی محسوب میشود و نظر به اینکه نارسایی هیجانی در کودکان پیامدهای جبران ناپذیری برای فرد، خانواده و اجتماع دارد، توجه به سلامت روانی این کودکان اهمیت بسیاری دارد. بدین ترتیب در این پژوهش هدف تأثیر بازی درمانی مبتنی بر کارکردهای اجرایی در کاهش نارسایی مبتلا به بیش فعالی می باشد.

روش پژوهش

این پژوهش با هدف تعیین تأثیر بازی درمانی مبتنی بر کارکردهای اجرایی (کاهش نارسایی) کودکان مبتلا به بیش فعالی است. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و آزمایش است.جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دارای اختلال بیش فعالی می باشند. حجم نمونه ۳۰ نفر از دانش آموزان دارای اختلال بیش فعالی که ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر درگروه کنترل قرار می‌گیرند که به صورت در دسترس انتخاب خواهد شد .ابتدا پژوهشگر به معرفی کلیات طرح پژوهشی و نحوه ی ارائه ی خدمات به کودکان شرکت کننده برای مدیر و مشاور مدرسه پرداخت. پژوهشگر جهت شناسایی کودکان ADHD از مشاور مدرسه درخواست همراهی نمود و با راهنمایی مشاور مدرسه آزمونSNAP برای والدین ارسال و اجرا شد. پس از شناسایی دانش آموزان دارای ADHD پژوهشگر ضمن برقراری ارتباط با کودکان و جلب اعتماد آن ها، به همراه مشاور آزمونهای رایانه ای استروپ و برج لندن و ناگویی خلقی بر روی دانش آموزان معرفی شده اجرا گردید. شروع فرایند درمان، کودکان به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه جای داده شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه، هر هفته ۲ جلسه، جلسات بازی درمانی مبتنی بر کارکردهای اجرایی را با هدف بهبود کارکرد اجرایی بازداری گذراندند. به دلیل اینکه محل برگزاری جلسات بازی درمانی، در محیط مدرسه (نمازخانه و یا آزمایشگاه) انجام شد، لذا با محدودیت های موقعیتی همراه بود و آزمودنیها در طول درمان با برخی محرکهای محیطی از جمله سر و صدای ورزش یا بازی دوستانشان در حیاط مدرسه مواجه بودند که در فضای مدرسه طبیعی بود.

در این تحقیق از ۲ پرسشنامه جهت گردآوری اطلاعات درباره متغیرهای تحقیق استفاده شده است. ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر به شرح زیر است:

۱)آزمون SNAP-IV : این آزمون اولین بار توسط سوانسون، نولان و پلهام(۱۹۸۰) تهیه شد و دارای یک فرم واحد جهت پاسخگویی والدین و معلمان می باشد. آزمون دارای ۱۸ سؤال بوده که ۹ سؤال اول مربوط به شناساییADHD-I و ۹ سؤال دوم مربوط به شناسایی ADHD-H است. از تمامی ۱۸ سؤال برای شناسایی ADHD-Cاستفاده می شود. این آزمون از اعتبار و روایی مناسبی برخوردار است به طوری که آلفای کرونباخ برای کل ۰/۹۴ و برای زیرمقیاسها ۰/۹۰، ۰/۷۹ گزارش شده است(بوسینگ و همکاران،۲۰۰۸). صدرالسادات و همکاران(۱۳۸۶) ضریب اعتبار این آزمون را با استفاده از شیوه ی بازآزمایی ۰/۸۶، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و ضریب دو نیمه کردن ۰/۷۶ گزارش نمودند. روایی محتوایی این آزمون هم مورد تأیید متخصصان قر ار گرفته است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ به عنوان شاخص اعتبار پرسشنامه برای مقیاس کل ۰/۷۳ بود، که معرف اعتبار قابل قبول پرسشنامه می باشد. همچنین ضریب آلفا برای زیرمقیاس یک ۰/۶۳ و زیرمقیاس دو ۰/۷۶ می باشد(اصغری نکاح و عابدی،۱۳۹۳).

۲) **ناگویی خلقی تورنتو:** این پرسشنامه توسط (ریف، استرولد، تروت،۲۰۰۶) ساخته شده که ۲۰ سوأل دارد و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات(ماده های ۱،۳،۶،۷،۹،۱۳،۱۴)، دشواری درتوصیف احساسات و تفکر عینی را در مقیاس پنج درجه ای لیکرت میسنجد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۵ به دست آمده است. ضریب همبستگی خرده مقیاسهای این آزمون با چک لیست نشانه های روانی در دامنه ای از ۰/۱۷ تا ۰/۴۷ گزارش شده است(سلیمانی و همکاران،۱۳۹۰). در نسخه ی فارسی مقیاس نارسایی هیجانی، ضرایب آلفای کرونباخ برای نارسایی هیجانی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب

۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۷۲ به دست آمد. پایایی بازآزمایی مقیاس نارسایی هیجانی، در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از(r=۰/۸۰) تا (r=۰/۸۷) برای نارسایی هیجانی کل و خرده مقیاسهای مختلف تایید شد. روایی همزمان مقیاس نارسایی هیجانی، برحسب همبستگی بین مقیاسهای این آزمون و مقیاسهای هوش هیجانی، بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی بررسی و مورد تایید قرار گرفت(بشارت و شهیدی،۲۰۱۴

۳)پروتکل بازی درمانی

برنامه ی مداخله بر اساس کاربردهای آموزشی و ترمیمی بازیهای بومی (اصغری نکاح، ۱۳۸۹) و فعالیتهای مرتبط با زندگی روزمره کودکان در خانه و مدرسه تدوین گردیده بود، و برای هر جلسه به اختصار شامل فعالیتهای عمده ذیل بود:جلسه اول: این جلسه به تشکیل گروه، معارفه، بیان قوانین گروه، و برقراری ارتباط مناسب میان درمانگر و کودکان اختصاص یافت. برای انسجام گروه برخی از فعالیت های پیشنهادی از طرف دانش آموزان مانند ترسیم نقاشی و گفتن طنز و معما توسط اعضا در گروه انجام شد.جلسه دوم: در این جلسه به فعالیتهای بازی محور از جمله گوشه بازی و نون بیار کباب ببر، جهت غنی سازی روابط و انسجام گروهی و نیز افزایش تحمل پذیری در گروه و پایداری آنها بر تکالیف پرداخته شد.جلسه سوم: در این جلسه فعالیت هایی با محوریت ایجاد بازداری پاسخ و درنگ، توقف پاسخ به محرکهای جاری در طول بازی و ایجاد فرصت برای تصمیم گیری جهت پاسخ دادن به محرکهای جدید از جمله نوشتن بدون نقطه گذاری انجام شد.جلسه چهارم: همانند جلسه ی گذشته فعالیتهای بازی محور نظیر پر پر کدام پر؛ جهت توقف سریع یک رفتار و یا فکر در پاسخ به متغیرهای محیطی و کنترل ذهنی با هدف بازداری انجام شدجلسه پنجم: در این جلسه ضمن مرور فعالیت ها، جهت تمرین بازداری و برنامه ریزی و درگیرکردن حافظه ی کاری از کودکان خواسته شد تا جملات یا متنی کوتاه را بدون بکار بردن حرف ب بنویسند.جلسه ششم: در این جلسه نیز فعالیتهایی با محور تقویت حافظه ی کاری جهت بخاطر سپردن بهتر اطلاعات و کار کردن روی آنها نظیر، بازی پنهان کردن و جابجا کردن اشیاء و حدس زدن تغییرات انجام شد. در پایان نیز جهت به کار گرفتن تکنیکها برای تقویت حافظه از تکنیک یادیار استفاده شد.جلسه هفتم: در آغاز جلسه فعالیتهای بازی محور با هدف بهبود حافظه ی کاری و به خاطر سپاری اطلاعات دیداری و پردازش آنی اطلاعات در ذهن (انجام محاسبه ذهنی) به صورت کارتهایی که توسط پژوهشگر تهیه شده بود انجام گردید. در پایان بازی هب هب برای بازی با افراد خانواده ارائه گردید.جلسه هشتم: در این جلسه نیز ضمن جمع بندی مطالب ۲ جلسه ی قبل، برای درگیرکردن حافظه ی کاری و بازداری، به کودکان گفته شد قصه ی چوپان دروغگو را بدون به کار بردن کلمه بعد، تمرین کنند.جلسه نهم: در جلسه ی نهم فعالیتهای کاغذ قلمی مانند جنگ کاغذی، بازی نمایش خلاق و ایفای نقش با محوریت شناسایی مشکل و شناسایی مراحل برنامه ریزی و بیان خاطرهای از خود که در آن دچار مشکل شدند و برای حل مشکل خود برنامه ریزی کردند با تکنیک ابر فکر ارائه شد.جلسه دهم: در این جلسه نیز بازیهایی جهت بهبود کارکرد اجرایی برنامه ریزی و سازماندهی از جمله گوشه بازی، ارائه گردید و در پایان نیز تکلیفی با همین هدف به کودکان ارائه شد.جلسه یازدهم: در این جلسه سعی شد از طریق فعالیت های بازی محور، اشکالات برجسته کودکان رفع شود و به کودکان نحوه ی برخورد صحیح با مشکلات و سازماندهی و برنامه ریزی درست جهت رفع مشکل آموزش داده شود.جلسه دوازدهم: در این جلسه به جمع بندی و مرور تمامی مطالب گفته شده پرداخته شد. به کودکان نیز هدایایی به رسم یادبود اهدا شد و جلسه نیز با پذیرایی از کودکان پایان پذیرفت.در این پژوهش، به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد)، تحلیل کوواریانس چند متغیره(مانکوا) استفاده خواهد شد. کلیه ی تجزیه و تحلیل آماری در این تحقیق به کمک نرم افزار آماری SPSS صورت خواهد گرفت.

یافته ها

یافته های توصیفی (شاخص های توصیفی متغیر وابسته)

جدول ۱ : شاخص های آماری متغیرهای وابسته گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
نارسایی هیجانی	آزمایش	۴۴/۸۰	۴/۱۶
	کنترل	۶۵/۸۰	۵/۴۹

همانطور که در جدول شماره ۱ مشاهده می شود؛ میانگین پیش آزمون متغیرهای وابسته در گروه های آزمایش و گروه کنترل ارائه شده است که بیانگر میزان کاهش نارسایی نزدیک گروه آزمایش و گروه کنترل می باشد . برای آزمون فرضیه ها این پژوهش از آزمون کوواریانس استفاده شده است . این آزمون روش آماری است که اجازه می دهد اثر متغیر مستقل بر متغیر وابسته مورد بررسی قرار گیرد ، در حالیکه اثر متغیر دیگر را حذف کرده یا از بین می برد ؛ تمام این کارها را به طور همزمان انجام می‌دهد.

جدول ۲ : شاخص های آماری متغیرهای وابسته گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون

متغیر	گروه	میانگین	خطای استاندارد
نارسایی هیجانی	آزمایش	۴۴/۷۷	۱/۲۸
	کنترل	۶۵/۸۳	۱/۲۸

همانطور که در جدول شماره ۲ مشاهده شد پس از تعدیل نمرات ، گروه های آزمایش و گروه کنترل در پس آزمون کاهش نارسایی با هم اختلاف دارند. برای بررسی این نکته که این تفاوت از نظر آماری معنی دار است یا نه و ناشی از اثر آموزشی است، تحلیل آنکوا با روش تصحیح " بن فرونی" انجام پذیرفته شد.

جدول ۳ بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش آزمون

متغیر		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
	نارسایی هیجانی	۱۴۸/۶۷	۲	۷۴/۳۴	۲/۶۵	۰/۰۹
	خطا	۶۴۴/۵۹	۲۳	۲۸/۰۳		

مقادیر F بدست آمده برای بررسی تعامل بین متغیر مستقل و پیش آزمون ، از نظر آماری معنا دار نیست (P>۰/۰۵) ؛ به عبارتی گروه های آزمایش و کنترل در پیش آزمون از میزان کاهش نارسایی هیجانی یکسانی برخوردار بودند . بنابراین مفروضه های همگنی رگرسیون مورد تأیید است .

جدول۴ : نتایج آزمون اثر بازی درمانی در کاهش نارسایی هیجانی کودکان مبتلا به بیش فعالی

منابع تغییرات	ss	dF	MS	F	سطح معنی داری	ή
نارسایی هیجانی	۳۳۰۹/۷۱	۱	۳۳۰۹/۷۱	۱۳۴/۱	۰/۰۱	۰/۸۴
خطا	۶۱۷/۰۱	۲۵	۲۴/۶۸			

با توجه به نتایج جدول۴ اثر بازی درمانی در نارسایی هیجانی کودکان مبتلا به بیش فعالی با ۱۳۴/۱ = (۲۵، ۱) F مؤثر بوده است ۰۱ /P<۰) . معنی دار شدن تاثیر بازی درمانی در نارسایی هیجانی کودکان مبتلا به بیش فعالی ، نشانگر آن است که میانگین متغیر های وابسته در این گروه های آزمایش و کنترل متفاوت است. مجذور سهمی إ تا شدت این اثر را (۰/۸۴) نشان می دهد .

نتیجه گیری

با توجه به نتایج جدول۴ اثر بازی درمانی در کاهش نارسایی هیجانی کودکان مبتلا به بیش فعالی با ۱۶/۹۸ = (۲۵، ۱) F موثر بوده است(P<۰/۰۱).

این پژوهش با یافته های صاحبان، امیری، کجباف و عابدی(۱۳۸۹)، مشهدی(۱۳۸۸)، اصغری نکاح و عابدی(۱۳۹۳)، کرمشائی و همکاران(۱۳۹۳)، گورتز و همکاران(۲۰۱۰)، گدرکوول و همکاران(۲۰۱۶)، فنگ و فنگ و باربارا(۲۰۱۷) همسو می باشد..

در تبیین یافته های پژوهش می توان گفت که توجه انتخابی به توانایی اجتناب از تداخل اطلاعات نامربوط به تکلیف، با انتخاب اطلاعات هدف اشاره دارد؛ چه اطلاعات حواس پرت کن به صورت پاسخی غالب عمل کنند، چه به مثابه پاسخی غیر غالب و توجه انتخابی یکی از جنبه های کنترل بازدارنده است. چرا که حواسپرتی و ناتوانی در تمرکز دقیق بر روی محرکی خاص و کشف محرک های پیچیده به شیوه مؤثر، از دیگر مشکلاتی است که اغلب در این کودکان دیده می شود و تأثیر بازی درمانی هدف اصلی مهارت افزایی فرد در کارکردهای اجرایی است و تکالیف و فعالیت های بازی گونه آن بر توانمندسازی فرد در به کارگیری مؤثر کارکردهای اجرایی متمرکز است و انتظار میرود در نتیجه ی به کارگیری مؤثر کارکردهای اجرایی عصب شناختی، با افزایش خودکنترلی، مشکلات هیجانی و رفتاری فرد نیز بهبود یابد.

این پژوهش شامل محدودیت هایی هم بوده است.

۱)از جمله محدودیتهای پژوهش حاضر، عدم امکان انجام پیگیری شش ماهه بود.

۲) همه متغیرهای جمعیت شناختی تحت کنترل قرار نگرفتند.

مراجع

۱.آبباریکی، اکرم؛ شلانی، بیتا (۱۳۹۵). اثربخشی بازی با کلمات احساسی بر دانش آموزانبیش فعال با اختلال یادگیری. فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی دانشگاه علامه طباطبایی، دورۀ ۶، شمارۀ۲۴، صص ۲۲۵-۲۰۵.

۲.اصغری نکاح، سید محسن؛ عابدی، زهره(۱۳۹۵) بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر کارکردهای اجرایی بر بهبود بازداری پاسخ، برنامه ریزی و حافظه ی کاری کودکان دارای اختلال نقص توجه / بیش فعالی. فصلنامه روانشناسی شناختی دوره ۲، شمارۀ۱، صص ۵۱-۴۲.

۳.حشمتی، ر؛ اصلاناری، را؛ و شکراللهی، ر.(۱۳۹۵). اثربخشی تکنیکهای بازی درمانی گروهی بر اضطراب حالت، احساسات مثبت و سطح سازگاری عمومی کودکان مبتلا به بیش فعالی، ۵(۴)۷۲.

۴.رجایی،فرهنگف۱۳۹۲) بررسی بازی درمانی و تأثیر شیوه های درمانگری (دارودرمانگری، آموزش کنشهای اجرایی و ترکیب این دو مداخله) در افزایش کنشهای اجرایی و کاهش نشانه های بالینی کودکان مبتلا به بیش فعالی دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس.

۵.سهرابی شگفتی، ن.(۱۳۹۳). روشهای مختلف بازی درمانی و کاربرد آن در درمان اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان. روشها و مدلهای روانشناختی،۱(۴)، ۶۳-۴۵.

۶.سلیمانی، مهران؛ مطیعی، سمیرا؛ یعقوبی، حسن؛ حضرتی، لیدا(۱۳۹۲). اثربخشیبازی درمانی بر مهارتهای شناختی و علائم اختلال بیش فعالی و نقص توجه در کودکان مبتلا. مجله مطالعات ناتوانی، دورۀ۳،صص۴۹-۳۹.

۷.سهرابی شگفتی، ن. (۱۳۹۰). روشهای مختلف بازی درمانی و کاربرد آن در درمان اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان. روشها و مدلهای روانشناختی، ۱(۴)،صص۴۵-۶۳.

کرمشائی، آمنه؛ عابدی، احمد؛ یارمحمدیان، احمد(۱۳۹۵). تحول کارکردهای اجرایی در دختران و پسران پیش دبستانی و ۸.دبستانی (پنج تا ۱۲ساله)مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی شهر اصفهان. فصلنامه تازه های علوم شناختی، سال۱۶، شمارۀ۱، ص ۶۶-۵۹.

۹. طاهری، مرجان(۱۳۹۶). تاثیر بازی درمانی مبتنی بر کارکردهای اجرایی در توجه انتخابی کودکان مبتلا به نقص توجه و بیش فعالی. مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری، دوره دوم، شماره نهم.

۱۰.هالجین، ریچارد و ویتبورن، سوزان کراس. (۲۰۱۲). آسیب شناسی روانی: دیدگاههای بالینی درباره اختلال های جلددوم. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۲). تهران.

11) .Barkley, R.A. (2012). Behavioral inhibition, Sustained attention, and executive Functions: onstructing a unifying theory of ADHD. Psychological Bulletin, 121, 65-94.

12) ۱۲.Barkley, R.A. (2012). ADHD: A hand book for Diagnosis and treatment. New york: Guil ford press.

13) ..Barkley, R.A. (2012). Issues in the diagnosis of attention-deficit Hyperactivity disorder in children

14) Linnenbrink, E. A. (2012). Emotion research in education: theoretical and methodological perspectives on the integration of affect, motivation, and cognition. Educational Psychology Review, 18, 307-314.

15) Nigg, J.T., Wilcutt, E., Doyle, A., & Sonuga- Barke, E .(2013). Causal heterogeneity in attention deficit/ hyperactivity disorde: do we need neuro psychological impaired subtypes? Bio psychiatry, 57, 1224-1230.

16) .Welsh, M.C., & Pennington, B.F. (2013). Assessing frontal lobe functioning in children: view from developmental psychology. Developmental neuropsychology, 4, 199-230.

17) ..Miranda, A., Presentación, M.J., Siegenthaler, R., & Jara, P. (2015). Effects of a Psychosocial