

اثربخشی آموزش بازی درمانگری بومی‌شده بر تنیدگی مادران کودکان پیش‌دبستانی دچار کاستی توجه/فزون‌کنشی: مطالعه مقدماتی

سعید رحیمی پردنجانی^{۱*}، باقر غباری بناب^۲، غلام‌علی افروز^۲ و سالار فرامرزی^۳

دریافت مقاله: ۹۵/۰۶/۱۹؛ دریافت نسخه نهایی: ۹۶/۰۲/۲۰؛ پذیرش مقاله: ۹۶/۰۲/۲۵

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین اثربخشی بازی درمانگری بومی‌شده بر تنیدگی مادران کودکان دچار کاستی توجه/فزون‌کنشی بود. **روش:** روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه گواه و جامعه آماری مادران دارای کودک دچار کاستی توجه/فزون‌کنشی در ۵۶ مرکز وابسته به آموزش و پرورش شهر نجف‌آباد در سال ۹۴-۱۳۹۳ بود. به روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای ابتدا ۱۰ مرکز پیش‌دبستانی انتخاب شد، و سپس از میان ۷۸ نفر از مادرانی که سابقه مراجعه به روان‌پزشک و روان‌شناس این مراکز را داشتند، با توجه به ملاک‌های ورود و خروج ۲۴ مادر انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شد. ابزار پژوهش نسخه کوتاه تنیدگی والدین آیدین، ۱۹۸۳، پرسشنامه وندربیلت، ولریچ، لامبرت، دوفینگ، بیکن و سیمونز، ۲۰۰۳، نسخه کوتاه مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته تهرانی‌دوست، زرگری‌نژاد، خادمی و مطلق (۱۳۸۶) و بازی درمانگری بومی‌شده رحیمی، غباری، افروز و فرامرزی (۱۳۹۴) بود که به مادران گروه آزمایش در طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته یک جلسه آموزش داده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها تفاوت معناداری بین عملکرد دو گروه آزمایش و گواه در آشفستگی والدینی ($F=۵۶/۰۶$ ، $P=۰/۰۰۱$)، تعامل ($F=۲۳/۴۶$ ، $P=۰/۰۰۳$) و مشکلات فرزند ($F=۲۳/۷۸$ ، $P=۰/۰۰۲$) در مرحله پس‌آزمون و پس از ۲/۵ ماه پیگیری نشان داد. **نتیجه‌گیری:** از آنجا که آموزش بازی درمانگری بومی‌شده با اصلاح و افزایش تعامل مادر-کودک باعث افزایش رضایت و کاهش تنیدگی مادران می‌شود. از این‌رو توصیه می‌شود روان‌شناسان از این روش درمانی استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: بازی، بومی‌شده، تنیدگی، فزون‌کنشی، کاستی توجه

*۱. نویسنده مسئول، استادیار مدعو، گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
Email: sr.psycho21@gmail.com

۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

فرایند تحول کودکان همواره تحت تأثیر سبک‌های فرزندپروری^۱ و انتظارات خانواده قرار دارد و با چالش مواجه بوده است. چرا که اختلال‌های تحولی به شکل مزمن و فراگیر بر عملکرد خانواده تأثیری منفی می‌گذارد و تنیدگی والدین را به دنبال دارد (چین لی، ۲۰۱۳). اختلال تحولی کاستی توجه/فزون‌کنشی^۲ با فراوانی زیاد با سه نشانه کاستی توجه، فزون‌کنشی و تکانش‌گری در بین کودکان قابل مشاهده است و بر عملکرد تحصیلی و شغلی آن‌ها تأثیرگذار است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). بر اساس نتایج مطالعه رگرس، وینر، مارتون و تنوک (۲۰۱۳) وجود نشانه‌های اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی علاوه بر افزایش تنیدگی والدین، خودکارآمدی مادران در کمک به فرزند خود را کاهش می‌دهد و سطح تعامل والد-کودک^۳ را ناتمام گذاشتن تکالیف، بی‌قراری و ایجاد قشقرق، پایین می‌آورد (علی‌زاده، ۱۳۹۱). تنیدگی علاوه بر ایجاد هیجان‌های منفی با نگرش افراد نسبت به خود در ارتباط است و با تصور مثبت از خویشتن همبستگی منفی دارد (نصیری، زاده‌محمدی و شهیدی، ۱۳۹۴). تنیدگی والدین کودکان دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی به شکل بارزی بر دیگر اعضای خانواده تأثیر منفی می‌گذارد و سبک‌های فرزندپروری والدین را دچار مشکل می‌کند (علی‌اکبری، علی‌پور، اسماعیل‌زاده، و محتشمی، ۱۳۹۲). علاوه بر آن والدین این کودکان با انواع اختلال‌های افسردگی و احساس عدم کفایت مواجه می‌شوند و ارتباطات مثبت خود را با خانواده از دست می‌دهند (لوچرینو، مانسینی و مرکریو، ۲۰۱۱). هم‌چنین همان‌طور که پژوهش کاکاوند، نظری و مشهدی‌فراهانی (۱۳۹۴) نشان داد اختلال رفتاری فرزندان می‌تواند ناشی از طرح‌واره‌های ناسازگارانه مادران آن‌ها باشد.

خانواده‌های دارای کودک دچار اختلال کاستی توجه و فزون‌کنشی با سطح بالایی از ناسازگاری و ناهماهنگی مواجه هستند و احساسات منفی مادران عموماً همراه با تنیدگی است (کیمیایی و بیگی، ۱۳۸۹) و هم‌چنین در صورت وجود اختلال‌های همبود^۴، والدین تنیدگی را با شدت بیشتری تجربه می‌کنند (دتری، ۲۰۱۲). امروزه متخصصان و پژوهشگران از رویکردهای گوناگونی برای مقابله با مشکلات ناشی از چنین اختلالی و کاهش تنیدگی والدین استفاده می‌کنند که از میان آن‌ها می‌توان به دارودرمانی، مداخله‌های به‌هنگام روان‌شناختی، آموزش والدین، آموزش مدیریت استرس به‌شیوه شناختی-رفتاری اشاره کرد (سپهری‌نسب و سهرابی، ۱۳۹۵؛ روشن، آقاییوسفی، علی‌پور و رضایی، ۱۳۹۴). آموزش والدین نوعی رویکرد روانی-آموزشی^۵ است که

1. parenting styles
2. attention deficit/hyperactivity disorder
3. child- parent interaction
4. comorbidity disorders
5. psycho educational

اثربخشی آموزش بازی درمانگری بر تنیدگی مادران ...

می‌تواند در قالب رویکردهای رفتاری بارکلی^۱، ۱۹۹۷ و بازی درمانگری تعامل والد-کودک لندرت^۲، ۱۹۶۹، مهارت‌های مناسب را در اختیار والدین و کودکان قرار دهد. همچنین لاتون و اسکوویل^۳، ۲۰۰۵ نیز برنامه آموزش والدین را برنامه‌هایی استاندارد، با مداخله‌های کوتاه‌مدت شامل راهبردهای توجه مثبت، پاداش و تنبیه، اقتصاد پته‌ای^۴، و محروم‌سازی^۵ می‌دانند که والدین را در برخورد با کودکان دچار کاستی توجه و فزون‌کنشی خود یاری می‌رساند و تنیدگی آن‌ها را کاهش می‌دهد (نقل از علی‌زاده، ۱۳۹۱). دانش، حکیمی، شمشیری، و سلیمی‌نیا (۱۳۹۴) با استفاده از آموزش مهارت‌های مدیریت به مادران کودکان دچار کاستی توجه/فزون‌کنش توانستند شدت نشانه‌های اختلال کودکان را کاهش دهند. علاوه بر این راهبردها، توجه به کاربرد بازی به‌عنوان طبیعی‌ترین فعالیت کودکان پیش‌دبستانی می‌تواند بر کودکان دچار کاستی توجه و فزون‌کنشی تأثیر مثبت بگذارد و باعث تحول قشر قطعه‌پیشانی شود (رضازاده، کلانتری و نشاط‌دوست، ۱۳۸۶). چون در میان اعضای خانواده راه ارتباط با کودکان پیش‌دبستانی از طریق کلام کم‌تر مقدور است و روان‌درمانی‌های معمول هم نمی‌تواند مشکلات این کودکان را حل نماید، بنابراین باید به‌دنبال فضایی بود که بتوان به دنیای طبیعی کودک وارد شد و مشکلات او را شناسایی و کاهش داد. در این مورد بازی به‌عنوان یکی از فرایندهای مهم دوران کودکی که همراه با کشفیات بی‌شمار و از فعالیت‌های جدایی‌ناپذیر کودکان به‌شمار می‌رود (فریرا، ماکنین و آموریم، ۲۰۱۶)، این فضا را ایجاد و شرایط تعامل والد-کودک پیش‌دبستانی را تسهیل می‌کند و باعث اصلاح رفتار و افزایش تحول مغزی و تخیل مثبت کودکان دچار کاستی توجه و فزون‌کنشی می‌شود (هالپرین و هیلی، ۲۰۱۱). بلوتسکی شیرر، بل، رومیرو و کارتر (۲۰۱۲) با استفاده از بازی و تعامل کودکان پیش‌دبستانی دریافتند که نشانه‌های مشکلات رفتاری درونی و برونی‌سازی شده کودکان کاهش، و توانایی یادگیری آن‌ها افزایش یافت.

از بازی درمانگری برای درمان اختلال‌های روانی و رفتاری کودکان و والدین از دهه ۱۹۴۰ میلادی به‌شکل تجربی استفاده شده است (براتون و دافو، ۲۰۱۶). پیرسون (۲۰۰۸) دریافت برنامه مداخله شناختی-رفتاری بازی، میزان امید و سازگاری اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی را افزایش و نشانه‌های اضطراب اجتنابی کودکان را کاهش می‌دهد. نیر، یوسف و آروموگام (۲۰۱۳) با استفاده از بازی توان کلامی کودکان پیش‌دبستانی را، و ایگن-ویلکنز، فابس، کاستل، ژانگ، هانیش و مارتین (۲۰۱۴) مهارت‌های تحولی و سازگاری آن‌ها را افزایش دادند. از این‌رو لوچیرینو، مانسین

1. Barkley
2. Landreth
3. Lyton & Skowil
4. token economy
5. time out

و مرکریو (۲۰۱۱) آموزش مهارت‌های مقابله با چنین مشکلاتی را برای والدین کودکان دچار اختلال کاستی توجه و فزون‌کنشی ضروری می‌دانند. نتایج پژوهش‌های متعددی (علی‌جانی، رحمانی و قاهری، ۲۰۱۳؛ سهرابی شگفتی، ۱۳۹۰؛ کنگرلو، لطفی کاشانی و وزیر، ۱۳۹۱؛ حسین‌زاده ملکی، مشهدی، سلطانی‌فر، محرری و غنایی، ۱۳۹۲؛ شوشتری، عابدی، گلشنی و اهرمی، ۱۳۹۰؛ حمیدیان جهرمی، ۱۳۹۱؛ ابراهیمی، ۱۳۸۹) نشان داده است استفاده از برنامه‌های مداخله‌ای به‌هنگام خانواده‌محور، بازی و برنامه آموزش والدین نشانه‌های منفی کودکان دچار کاستی توجه/فزون‌کنشی و مشکلات تنیدگی والدین را کاهش، و عملکرد تحصیلی و خانوادگی آن‌ها را افزایش می‌دهد.

توجه به بازی‌های بومی و متناسب‌سازی آن با رویکرد بازی درمانگری گرنی^۱، ۱۹۶۵ گامی جدید در مدیریت رفتار کودکان با نیاز ویژه و کاهش تنیدگی والدین آن‌ها محسوب شده است (اصغری نکاح، ۱۳۸۸). این بازی‌ها هریک به‌نحوی دستگاه عصبی را فعال و با تحریک قشر حسی حرکتی ارتباط‌های بسیاری بین منطقه لیمبیک و بخش‌های بینایی، شنوایی، و گفتاری برقرار می‌کنند و با اثرگذاری متقابل مغز و دستگاه عصبی، کمیت و کیفیت پاسخ‌دهی رفتاری و عملکرد یادگیری و عصبی را افزایش می‌دهند (ری، ۲۰۰۸). یکی از اشکال بازی درمانگری که برای اولین بار توسط گرنی، ۱۹۶۵ مطرح شد، بازی درمانگری تعامل والد-فرزند است (نقل در لندرث، ۱۳۹۳). از آن‌جاکه والدین از نظر ارتباط عاطفی بالقوه اهمیتی بیش‌تر از درمانگر جهت کمک به کودک دارند، لذا این روش بازی درمانگری با هدف کمک به والد از طریق پیوند طبیعی موجود با فرزند به‌عنوان عامل درمانی و کمک‌درمانگر در زندگی فرزند، به‌نام بازی درمانگری تعامل والد-فرزند شکل گرفت. با توجه به این مساله در این پژوهش رویکرد بازی درمانگری گرنی، ۱۹۶۵ با بازی‌های بومی ایرانی متناسب‌سازی و تأثیر آن بر تنیدگی مادران کودکان دچار کاستی توجه و فزون‌کنشی بررسی و فرضیه‌های زیر آزمون شد.

۱. آموزش بازی درمانگری بومی‌شده آشفته‌گی مادران کودکان پیش‌دبستانی دچار اختلال کاستی توجه و فزون‌کنشی را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش می‌دهد.
۲. آموزش بازی درمانگری بومی‌شده تعامل مادران کودکان پیش‌دبستانی دچار اختلال کاستی توجه و فزون‌کنشی را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش می‌دهد.
۳. آموزش بازی درمانگری بومی‌شده به مادران دچار اختلال کاستی توجه و فزون‌کنشی مشکلات فرزند را در مرحله پس‌آزمون کاهش می‌دهد

اثربخشی آموزش بازی درمانگری بر تنیدگی مادران ...

۴. تأثیر آموزش بازی درمانگری بومی شده به مادران در کاهش نشانه تنیدگی والدینی در مرحله پیگیری پایدار می ماند.

روش

روش پژوهش حاضر آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، گروه گواه و پیگیری ۲/۵ ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه مادران کودکان دارای نشانه‌های کاستی توجه/فزون‌کنشی ۵۶ مرکز پیش‌دبستانی شهر نجف‌آباد در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ بود. با استفاده از روش تصادفی ساده و به‌شکل مرحله‌ای، ابتدا ۱۰ مرکز صدرا، یاس سفید و شکوفه‌ها، ترنم، گل‌ها، باران، یاس، غنچه‌ها، بهاران و آب نبات چوبی انتخاب شد. در مرحله بعد، تمام نوآموزان سنین ۶-۴ ساله که به گزارش مربیان مراکز فوق سابقه درمانی داشتند، شناسایی و بر اساس مصاحبه بالینی نیمه‌ساختار با مادران آن‌ها و نتایج نسخه والدین آزمون، پرسشنامه وندربیلت، ولریچ، لامبرت، دوفینگ، بیکن و سیمونز، ۲۰۰۳ مجدداً غربال‌گری شدند. از میان ۱۲۳ نفر ارزیابی شده تعداد ۷۸ کودک دارای نشانه‌های ضعیف تا شدید کاستی توجه/فزون‌کنشی تشخیص داده شدند. از این تعداد با توجه به معیارهای ورود و خروج آزمودنی‌ها، تعداد ۲۵ مادر انتخاب و به‌شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. معیارهای ورود و خروج داشتن سلامت روانی و جسمی مادران، سطح درآمد اقتصادی متوسط خانواده، زندگی مشترک والدین، داشتن حداقل مدرک دیپلم مادران، نبود اختلال‌های همبود در کودکان، عدم استفاده کودکان از ریتالین به‌خاطر حذف تأثیر آن بر میزان توجه و فزون‌کنشی و آشکارسازی تأثیر بازی‌های والد-کودک در افزایش توجه و تعامل با مادران و رضایت کامل مادران در شرکت در جلسه‌ها بود.

ابزار پژوهش

۱. نسخه کوتاه پرسشنامه تنیدگی والدین آبدین^۱. این پرسشنامه توسط آبدین در سال ۱۹۸۳ تهیه شد. نسخه اصلی ۱۲۰ گویه و نسخه کوتاه آن ۳۶ گویه در قالب سه خرده‌آزمون دارد، که شامل آشفستگی والدینی سوال‌های ۱ تا ۱۲، تعامل ناکارآمد والد-کودک سوال‌های ۱۳ تا ۲۴، و ویژگی‌های فرزند مشکل‌آفرین سوال‌های ۲۵ تا ۳۶ و نیز دارای یک نمره کلی است. این مقیاس دو نوع سوال دارد. برخی در قالب مقیاس لیکرت از کاملاً موافقم= ۵ تا کاملاً مخالفم= ۱ و برخی دارای پنج پاسخ است تا آزمودنی یکی را انتخاب کند. ضریب آلفای این پرسشنامه توسط سازنده آن برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای آشفستگی والدینی ۰/۸۳، تعامل ناکارآمد والد-کودک ۰/۸۶ و برای

1. parents stress inventory Abidin-short form

ویژگی‌های فرزند مشکل‌آفرین ۰/۸۰ و هم‌چنین اعتبار کل این مقیاس در ایران بر اساس آلفا ۰/۹۰ گزارش شده است (فدایی، دهقانی، طهماسیان و فرهادی، ۱۳۸۸). در این پژوهش اعتبار کل بر اساس آلفای کرانباخ ۰/۸۷ محاسبه شد.

۲. نسخه والدین مقیاس تشخیصی اختلال کاستی توجه/ فزون‌کنشی. این مقیاس با ۴۷ گویه که همه ۱۸ ملاک اختلال کاستی توجه/ فزون‌کنشی را در بر می‌گیرد بر اساس ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی توسط وندربیلت ولریچ، لامبرت، دوفینگ، بیکن و سیمونز، ۲۰۰۳ ساخته شد. اختلال کاستی توجه با سوال ۱ تا ۹، فزون‌کنشی با سوال ۱۰ تا ۱۸، نافرمانی مقابله‌ای با سوال‌های ۱۹ تا ۲۷، اختلال سلوک با سوال‌های ۲۸ تا ۴۰، اضطراب و افسردگی با سوال‌های ۴۱ تا ۴۷ اندازه‌گیری می‌شود. گویه‌ها روی مقیاس لیکرت از هرگز=۱، گه‌گاه=۲، اغلب=۳ و خیلی زیاد=۴ مشخص و اعتبار آن بر اساس آلفای کرانباخ برای اختلال کاستی توجه و فزون‌کنشی ۰/۹۰، اختلال نافرمانی ۰/۹۱، اختلال اضطراب و افسردگی ۰/۷۹ گزارش شده است (فرانک و جان ون در^۱، ۱۳۹۲). در این پژوهش آلفای کرانباخ برای خرده‌آزمون‌های کاستی توجه و فزون‌کنشی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۸ محاسبه شد.

۳. مصاحبه بالینی. براساس ملاک‌های چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ارزیابی تشخیصی نشانه‌های کاستی توجه/فزون‌کنشی و تکانش‌گری کودکان از مادران به‌خاطر تشخیص دقیق‌تر به‌عمل آمد. این مصاحبه‌ها به‌شکل مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختار اختلال‌های کودکان^۲ نسخه کوتاه تهرانی‌دوست، زرگری‌نژاد، خادمی و مطلق (۱۳۸۶) استفاده شد و توسط پژوهشگر و دو نفر روان‌شناس انجام شد. روایی محتوای مصاحبه با استفاده از توافق ارزیابان تأیید شد.

۴. برنامه آموزش بازی درمانگری بومی‌شده^۳. در این پژوهش ابتدا بسته آموزشی رحیمی، غباری‌بناب، افروز، فرامرزی (۱۳۹۴) که بر اساس رویکرد بازی درمانگری مبتنی بر اصول بازی درمانگری کودک‌محور و خانواده‌محور گرنی، ۱۹۶۵ با بازی‌های بومی ایرانی متناسب‌سازی شده بود، بازنگری و بازنویسی شد. در آغاز به‌منظور بررسی کیفی تأثیر بازی‌های ایرانی بر شدت نشانه تنیدگی مادران کودکان پیش‌دبستانی با اختلال کاستی توجه و فزون‌کنشی، از ۱۰ نفر از مادران این کودکان خواسته شد که با استفاده از بازی‌هایی چون نان بیار کباب ببر، گل یا پوچ، مجسمه، لی لی، کاغذ قلم، بادکنک بازی، گل بازی، کلاغ پر، دوغی ماستی، خاله بازی به‌مدت نیم ساعت و طی ۱۰ جلسه هر هفته دو جلسه با فرزند دچار اختلال خود در منزل بازی کنند. بعد، عوامل

-
1. Frank & Jan Van der
 2. Kiddle-schedule for affective disorders (K-SAD)
 3. localized play therapy instruction program

اثربخشی آموزش بازی درمانگری بر تنیدگی مادران ...

تأثیرگذار و ارتباط نوع بازی‌ها و هسته مشکل تنیدگی مادران، با استفاده از پیشینه پژوهشی و مبانی نظری و انجام مصاحبه نیمه‌ساختار و تجارب پدیدارشناختی مادران شناسایی شد. محتوای آماده شده در قالب روش بازی درمانگری تعامل والد-فرزند گرنی ۱۹۶۵ بازنویسی و بسته آموزشی بومی در قالب ۱۰ جلسه آماده و در مرحله بعد به‌منظور تعیین روایی محتوایی و صوری بسته آموزشی بومی‌شده با متون نظری و پژوهشی مقایسه و سپس نسخه نظرسنجی تهیه شد و به‌همراه نسخه‌هایی از بسته آموزشی در اختیار دکتر افروز، دکترغباری‌بناب، دکتر فرامرزی، دکتر یارمحمدیان و دکتر عابدی که از متخصصان حوزه روان‌شناسی کودکان استثنایی هستند قرار گرفت تا با توجه به ساختار روش بازی درمانگری گرنی، ۱۹۶۵ و تطابق آن، نظرهای اصلاحی و پیشنهادهای خود را اعلام کنند. بعد از اعمال نظرهای اصلاحی در بسته آموزشی و تأیید نهایی روایی صوری و محتوایی متخصصان مذکور بسته آموزشی بازی درمانگری بومی‌شده تدوین شد. همبستگی بین نمره ارزیابان با استفاده از ضریب کاپا ۰/۹۱ بود. جلسه‌ها در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته یک‌بار به شرح زیر برگزار شد.

جلسه اول. هدف‌های جلسه‌ها ارائه و شرکت‌کنندگان به‌هم معرفی شدند. سپس از مادران خواسته شد در منزل به‌مدت نیم ساعت با فرزند خود بازی کنند. بازی‌ها شامل بازی‌های بومی ایرانی، گل یا پوچ، نان بیار کباب ببر، دوغی ماستی، بادکنک بازی، گل بازی، ماسه بازی، توپ و سبد، مجسمه، لی لی با خط کشی، کلاغ پر، تیله بازی، کاغذ قلم، خاله بازی بود. مبانی روان‌شناختی کودکان فزون‌کنش با کاستی توجه و هم‌چنین تنیدگی ناشی از داشتن چنین کودکی تشریح شد. در پایان فیلم کودک فزون‌کنش به‌منظور آشنایی مادران با ویژگی‌های بالینی این کودکان پخش شد و والدین به‌طور مشخص نسبت به این ویژگی‌ها آشنا شدند.

جلسه دوم. مطالب جلسه قبل مرور و اهداف و اصول جلسه‌های بازی درمانگری بومی‌شده برای تعامل کارآمد والد-کودک تشریح شد. از جمله مواردی چون توجه به انتخاب کودک و فضای بازی آزاد، درک و پاسخ‌دهی هیجانی، پذیرش کودک، گوش دادن انعکاسی، قانون حد و مرزها و به‌کارگیری انواع بازی‌های بومی ایرانی به تناسب و انتخاب کودک در جلسه‌ها با هدف تسهیل تعامل والد-فرزند مطرح شد. تکالیف جلسه بعد ارائه شد.

جلسه سوم. مطالب جلسه‌های قبل بررسی و درباره گزارش بازی والد-فرزند با تأکید بر اصول بازی درمانگری کودک‌محور که شامل درک هم‌دلانه کودک، گوش دادن فعال و ردگیری فعالیت کودک در بازی‌ها با اعمال قانون حد و مرزها توسط مادر، توجه به‌نوع انتخاب کودک از بازی و همراهی توسط مادر بود، بحث شد. فیلم بازی درمانگری لندرث، ۱۹۹۶ با هدف آشنایی مادران با اصول بازی درمانگری کودک‌محور، پخش و درباره نکات مهم آن بحث و تبادل نظر و سپس تکلیف جلسه بعد ارائه شد.

جلسه چهارم، گزارش بازی مادران بررسی و بر فضای تعامل مثبت والد-فرزند تأکید شد. مادران با هدف تعامل مثبت و توجه مشترک به‌همراه فرزند در بازی‌های مذکور در جلسه اول، رضایت مثبت و کاهش آشفتگی خود را در نتیجه کاهش تکانش‌گری و فزون‌کنشی فرزند اعلام و بیان کردند درک عمیق احساسات فرزند در فضای بازی‌ها و به‌کارگیری قانون حد و مرزها منجر به اعتماد کودک و کاهش تعامل ناکارآمد بین آن‌ها و به‌تدریج نظم کودک در فعالیت‌ها شده است. در پایان قسمت دوم فیلم بازی درمانگری لندرت، ۱۹۹۶ با هدف آشنایی با اصول و شیوه هدایت غیرمستقیم بازی توسط درمانگر پخش و درباره آن بحث و تکالیف جلسه بعد ارائه شد.

جلسه پنجم، گزارش مادران از بازی با فرزند با هدف شناسایی و تقویت فضای تعامل مثبت مادر-فرزند بررسی و بر آزادی عمل کودک در فضای بازی و هدایت غیرمستقیم مادر تأکید شد. نحوه گوش دادن فعال و درک احساسات فرزند، اهمیت همراهی قصه با بازی نقاشی روی بادکنک و کاغذ قلم، ردگیری بازی فرزند و توصیف آن به‌طوری‌که فضایی از درک هم‌دلانه ایجاد کند با هدف افزایش احساس خودکارآمدی فرزند، احساس آرامش مادر، تکرار چنین حالتی در فضای بازی برای افزایش تعامل بهتر مادر-فرزند و کاهش آشفتگی مادر آموزش داده تکالیف ارائه شد.

جلسه ششم، گزارش بازی مادران با کودک‌شان بررسی و در مورد هدف این جلسه لزوم توجه به احساسات و تمایلات کودک در فضای بازی با در نظر گرفتن قانون حد و مرزها که و نیاز به رفتار قاطعانه‌تر مادران بحث شد. مادران گزارش کردند در حین انجام بازی‌ها با درک حس مسئولیت‌پذیری خود در پذیرش فرزند و صبر و تحمل رفتارهای تکانشی و فزون‌کنشی فرزند خود آمادگی بیشتری در تعامل با فرزند خود پیدا کرده‌اند و به‌تدریج آشفتگی آن‌ها مشکلات فرزندشان کاهش یافته است. در پایان تکالیف برای جلسه بعد ارائه شد.

جلسه هفتم، تکالیف و گزارش مادران بررسی شد. برای کاهش شدت نشانه‌های رفتار فزون‌کنشی، افزایش توجه، تقویت حافظه کودک، هیجان مثبت و تعامل بهتر مادر و کودک، بازی با گل به‌صورت دارت، بازی کاغذ قلم به‌شکل نقاشی، بادکنک‌بازی با حرکت در مسیر دایره‌ای شکل، گفتن قصه در فضای خاله بازی و پرسش از محتوای قصه آموزش داده شد. به‌طور مثال به مادر گفته شد در قصه خرگوش زرنگ، که خرگوش به‌قصد جستجوی هویج راهی جنگل می‌شود و در راه به جوی آبی که ۴ ماهی در آن شنا می‌کند، می‌رسد و بعد از یافتن ۵ هویج به‌خانه برمی‌گردد؛ از کودک سوال‌هایی چون خرگوش در راه چند ماهی در جوی آب دید؟ و چند هویج پیدا کرد؟ را بپرسند. چنین بازی‌هایی سطح رضایت مادر را نسبت به عملکرد و خودابرازی فرزند در فضای بازی‌ها و خودکارآمدی تعامل با فرزند مادران را به‌تدریج افزایش داد.

جلسه هشتم، گزارش مادران با هدف شناسایی میزان درک هم‌دلانه کودک و کاهش آشفتگی والدینی از طریق بازی‌هایی چون بادکنک بازی برای پاسخ‌دهی هیجانی و تعامل بیشتر، گل بازی

اثربخشی آموزش بازی درمانگری بر تنیدگی مادران ...

برای تقویت توجه و کاهش فزون‌کنشی، ماسه‌بازی برای تقویت توجه، رابطه مادر-فرزند، کاهش تنیدگی کودک، دوعی ماستی برای هیجان و تعامل مادر-فرزند، نان بیار کباب ببر برای هیجان‌خواهی و تقویت تعامل، خاله بازی و مشارکت و خودانگیزی مادر و علاقه بیش‌تر فرزند به انجام بازی بررسی و مشخص شد که در تمام موارد فوق بهبود حاصل شده است.

جلسه نهم. درباره گزارش برخی از مادران به‌شکل فیلم بحث شد. هدف این جلسه تأکید بر کاربرد قانون حد و مرزها با تمرین رفتار قاطعانه مادر و هم‌چنین افزایش میزان تحمل مادر از طریق پذیرش فرزند خود بود. استفاده از بازی‌ها و بیان داستان توانست چنین هدف‌هایی را برای مادر و فرزند ایجاد کند. مادران با پیش‌بینی رفتار فرزند خود در موقعیت‌های گوناگون بازی، آمادگی بیش‌تری برای نظم‌دهی به رفتار فرزند خود پیدا کردند و با مقابله قاطعانه با درخواست‌های نابه‌جای فرزند در فضای بازی به رفتار فرزند نظم بهتری دادند.

جلسه دهم. هدف این جلسه مجموع گزارش‌های مادران در مورد بازی با فرزند خود در منزل و بحث و تبادل نظر در مورد نقاط قوت هر یک از تمرین‌ها بررسی شد. سپس اصول بازی درمانگری تعامل والد-فرزند مرور و بر موارد بااهمیت‌تر در فضای بازی مادر-فرزند، از جمله درک هم‌دلانه، توجه به فضای بازی آزاد با حفظ قانون حد و مرزها و احترام به انتخاب‌های فرزند، گوش دادن فعال و ردگیری نوع بازی فرزند و توصیف آن توسط مادر، فعال بودن مادر در انجام بازی‌های مشارکتی به‌شکل کلامی و حرکتی و بردباری مادر در فضای بازی جمع‌بندی و تأکید شد.

شیوه اجرا. بعد از کسب مجوز و هماهنگی با مدیران و مادران، با رعایت اصول اخلاقی و با توجه به محدودیت زمانی، محل جلسه‌ها به‌شکل گروهی در روزهای دوشنبه هر هفته از ساعت ۱۴ و سی دقیقه تا ۱۶ در مرکز صدرای شهر نجف‌آباد که از لحاظ محیط، فضا و تجهیزات مناسب بود برگزار شد. هر جلسه بازی درمانگری در منزل در اتاق بازی ۳۰ دقیقه بود. هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، پس آموزش و پس از گذشت ۲/۵ ماه بعد در مرحله پیگیری به مقیاس تنیدگی والدینی پاسخ دادند. برای رعایت موازین اخلاقی بازی درمانگری به مادران گروه گواه در ۵ جلسه آموزش داده شد. ۲ نفر از گروه آزمایشی به‌علت غیبت بیش از دو جلسه و ۳ نفر از گروه گواه در مرحله پیگیری حذف و داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین سنی و انحراف معیار گروه آزمایش به‌ترتیب ۲۸/۳، و ۰/۱۹ و گروه گواه ۲۹/۱، ۰/۱۸؛ و سطح سواد والدین گروه آزمایش ۸۷ درصد دیپلم تا لیسانس و ۲۳ درصد لیسانس به‌بالا، گروه گواه ۷۹ درصد دیپلم تا لیسانس و ۳۱ درصد بالاتر از لیسانس بود. ۹۳ درصد گروه آزمایشی خانه‌دار و ۷ درصد شاغل، گروه گواه ۹۲ درصد خانه‌دار و ۸ درصد شاغل بودند. میزان درآمد همه

مادران گروه آزمایش و گواه در سطح متوسط بودند. ۵۵ درصد گروه آزمایش بیش از دو فرزند و ۴۵ درصد دو فرزند و کم‌تر و گروه گواه ۴۳ درصد بیش از دو فرزند و ۵۷ درصد دو فرزند و کم‌تر داشتند. از کودکان گروه آزمایش ۶ نفر داروی متیل فنیدیت و از گروه گواه داروی ۴ نفر متیل فنیدیت و دکسدرین استفاده می‌کردند که در زمان آموزش تا پیگیری قطع شد.

جدول ۱. نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تنیدگی مادران در دو گروه

| متغیر | مرحله | گروه | میانگین | انحراف معیار |
|----------------|-----------|--------|---------|--------------|
| اشفتگی والدینی | پیش‌آزمون | آزمایش | ۴۶/۵۴ | ۶/۳۶ |
| | | گواه | ۴۷/۳۴ | ۶/۶۷ |
| | پس‌آزمون | آزمایش | ۲۹/۳۶ | ۷/۶۴ |
| | | گواه | ۴۵/۷۸ | ۵/۸۷ |
| پیگیری | | آزمایش | ۳۰/۲۱ | ۷/۳۴ |
| | | گواه | ۳۶/۴۵ | ۵/۳۲ |
| تعامل ناکارآمد | پیش‌آزمون | آزمایش | ۴۷/۴۵ | ۵/۲۳ |
| | | گواه | ۴۷/۰۱ | ۵/۹۸ |
| | پس‌آزمون | آزمایش | ۳۲/۳۱ | ۶/۵۹ |
| | | گواه | ۴۶/۷۲ | ۶/۲۹ |
| پیگیری | | آزمایش | ۳۳/۷۱ | ۶/۵۱ |
| | | گواه | ۴۵/۲۹ | ۵/۶۷ |
| مشکلات فرزند | پیش‌آزمون | آزمایش | ۴۷/۳۴ | ۵/۱۸ |
| | | گواه | ۴۵/۵۹ | ۵/۲۹ |
| | پس‌آزمون | آزمایش | ۳۴/۵۸ | ۶/۸۲ |
| | | گواه | ۴۴/۶۱ | ۵/۷۲ |
| پیگیری | | آزمایش | ۳۵/۴۲ | ۶/۳۴ |
| | | گواه | ۴۵/۰۹ | ۵/۰۸ |

طبق جدول ۱ میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون و گروه گواه تحت تأثیر آموزش بازی درمانگری کاهش یافته و این کاهش در آشفستگی والدینی بیش‌تر است.

جدول ۲. نتایج آزمون توزیع طبیعی داده‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها در تنیدگی والدینی

| متغیر | درجه آزادی | کولموگراف-اسمیرنوف | معناداری |
|----------------|------------|--------------------|----------|
| تنیدگی والدینی | ۱۸ | ۰/۶۵ | ۰/۲۲ |
| | | F لوین | |
| | ۱۸ | ۰/۷۹ | ۰/۲۷ |

در جدول ۲ نتیجه آزمون کولموگراف-اسمیرنوف حاکی از برقراری توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین حاکی از شرط برقراری همسانی واریانس متغیر تنیدگی والدینی است.

جدول ۳. نتایج آزمون موخلی برای نسخه والدین خرده‌مقیاس‌های تنیدگی والدینی

| اثرات درون گروهی | W موخلی | خی دو | درجه آزادی | اپسیلون |
|------------------|---------|-------|------------|---------|
| آشفستگی والدینی | ۰/۷۵ | ۳/۲۴ | ۲ | ۰/۸۷ |
| تعامل ناکارآمد | ۰/۸۲ | ۲/۴۵ | ۲ | ۰/۸۴ |
| مشکلات فرزند | ۰/۷۶ | ۳/۶۷ | ۲ | ۰/۸۱ |

جدول ۳ پیش فرض برابری واریانس‌ها و کواریانس‌ها برای تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر و فرض کرویت را نشان می‌دهد.

جدول ۴. تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر تک‌متغیره نمره‌های کاستی توجه/فزون‌کنشی

| منابع تغییر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | مقدار F | اندازه اثر | توان آزمون |
|-----------------|---------------|------------|-----------------|---------|------------|------------|
| آشفستگی والدینی | ۱۲۴/۰۳ | ۲ | ۱۶۱/۷۲ | ۵۶/۱۶* | ۰/۵۶ | ۱ |
| تعامل ناکارآمد | ۳۲۳/۴۳ | ۲ | ۲۶۱/۲۱ | ۲۳/۴۶* | ۰/۵۶ | ۱ |
| مشکلات فرزند | ۲۸۷/۴۳ | ۲ | ۲۳۱/۱۲ | ۲۱/۸۹* | ۰/۵۴ | ۱ |
| آشفستگی | ۲۲۱/۲۳ | ۲ | ۱۶۳/۷۱ | ۵۶/۰۶** | ۰/۵۹ | ۱ |
| تعامل | ۴۲۳/۴۳ | ۲ | ۱۶۴/۷۳ | ۲۳/۴۶** | ۰/۵۹ | ۱ |
| مشکلات | ۳۸۹/۷۳ | ۲ | ۱۷۶/۰۵ | ۲۲/۷۸** | ۰/۵۹ | ۱ |
| آشفستگی | ۱۲۸/۴۳ | ۲ | ۶۴/۷۱ | ۹/۳۱* | ۰/۳۴ | ۰/۹۶ |
| تعامل | ۲۲۲/۴۳ | ۲ | ۱۶۱/۷۱ | ۶/۴۶* | ۰/۲۶ | ۱ |
| مشکلات | ۳۲۳/۲۴ | ۲ | ۱۶۲/۷۸ | ۵/۳۴* | ۰/۲۴ | ۱ |
| آشفستگی | ۲۴۸/۱۳ | ۳۶ | ۶/۸۹ | | | |
| تعامل | ۳۴۹/۰۳ | ۳۶ | ۸/۸۹ | | | |
| مشکلات | ۴۲۳/۴۵ | ۳۶ | ۸/۷۴ | | | |

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

جدول ۴ نشان می‌دهد آموزش بازی درمانگری توانسته است در زیر مقیاس‌های آشفستگی والدینی ($P = 0.02$)، تعامل ناکارآمد ($P = 0.03$) و مشکلات فرزند تغییر معنادار ($P = 0.009$) ایجاد کند.

جدول ۵. آزمون تعقیبی بنفرونی برای تعیین اثر بازی درمانگری در تنیدگی والدینی

| شاخص آماری | پیش‌آزمون-پس‌آزمون | پیش‌آزمون-پس‌آزمون | پیش‌آزمون-پس‌آزمون | پس‌آزمون-پس‌آزمون |
|-----------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| | تفاوت میانگین | انحراف معیار | تفاوت میانگین | انحراف معیار |
| آشفستگی والدینی | ۱۶/۱۸ | ۴/۲۱ | ۱۵/۱۲ | ۳/۱۲ |
| تعامل ناکارآمد | ۱۵/۲۱ | ۴/۰۲ | ۱۴/۱ | ۳/۸۴ |
| مشکلات فرزند | ۱۳/۸۱ | ۳/۴۸ | ۱۲/۲۸ | ۳/۰۱ |

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

جدول ۵ نشان می‌دهد تفاوت میانگین متغیر آشفستگی والدین، تعامل ناکارآمد و مشکلات فرزند در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($P=0/009$)، اما تفاوت میانگین‌ها پس‌آزمون و پیگیری در خرده‌مقیاس‌های تنیدگی والدینی معنادار نیست که نشان می‌دهد برنامه مداخله پایدار بوده و بازگشت نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد آموزش بازی درمانگری بومی‌شده به مادران بر نشانه‌های تنیدگی آن‌ها را کاهش داده و تاثیر آن بعد از گذشت دو ماه و نیم پایدار مانده است. به‌نظر وینر، بویندیک، گریمبوس (۲۰۱۶) تنیدگی مادران کودکان دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی بیش‌تر از مادران کودکان عادی است، بنابراین همان‌طور که نتایج پژوهش حاضر نشان داد لازم است با به‌کارگیری روش‌های مداخله‌ای نظیر بازی درمانگری بومی‌شده، از طریق بازی‌ها تعامل مثبتی را بین مادر-کودک دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی ایجاد کرد؛ و نه تنها شدت نشانه آشفستگی والدینی بلکه تعامل ناکارآمد و مشکلات فرزندان را نیز کاهش داد. در همین راستا پژوهشگران بی‌شماری چون هلث، کورتیس، و مک فرسون (۲۰۱۵)؛ پیرسون (۲۰۰۸)؛ نیر، یوسف و آروموگام (۲۰۱۳)؛ یانگ، تای، یانگ، و گو (۲۰۱۳)؛ هالپرین و هیلی (۲۰۱۱)؛ ایکن-ویلکنز و همکاران (۲۰۱۴)؛ گری (۲۰۱۱)؛ وورال، آکایا، کوكوکیارلاک، ارکان و اراکار (۲۰۱۴)؛ شکوهی‌یکتا، اکبری زردخانه، پرند و پوران (۱۳۹۱)؛ کنگرلو، لطفی‌کاشانی و وزیری (۱۳۹۱)؛ (بارکلی، ۲۰۱۳) و پوشکارنا (۲۰۱۴) با استفاده از مداخله‌های درمانی والدمحور و آموزش بازی درمانگری به والدین رفتار کودکان به‌ویژه کودکان دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی را بهبود و شدت نشانه‌های تنیدگی والدین آن‌ها را کاهش داده‌اند.

همچنین نتایج آموزش برنامه مداخله‌ای بازی درمانگری بومی‌شده متمرکز بر تعامل والد-فرزند در این پژوهش، با نتایج مطالعه اکبری، خلجی و شفیع‌زاده (۲۰۰۷) که با استفاده از بازی‌های بومی توانستند مهارت‌های حرکتی کودکان ۹-۷ ساله را افزایش دهند؛ و با نتایج پژوهش اسکوغان، زینر، ایگلند، اورنيس، ریچبورن-کجینیرد و آسی (۲۰۱۵) و هلث و همکاران (۲۰۱۵) که نشان دادند بازی درمانگری باعث افزایش تعامل والد-کودک می‌شود هم‌خوانی دارد. هلث و همکاران (۲۰۱۵) با آموزش مدیریت رفتار به والدین ۴۳ خانواده دارای کودک دچار کاستی توجه/فزون‌کنشی تغییرات معناداری را در متغیر تنیدگی والدینی و خودکارآمدی والدین ایجاد کرد.

درتیین این یافته‌ها می‌توان گفت که در بازی درمانگری بومی‌شده متمرکز بر تعامل والد-فرزند، از آن‌جا که بازی‌های بومی مثل گل یا پوچ، نان بیار کباب ببر، مجسمه، کلاغ‌پر، گل‌بازی،

اثربخشی آموزش بازی درمانگری بر تنیدگی مادران ...

بادکنک بازی، لی لی و بازی‌های دیگر هر یک برخاسته از بستر بومی خانواده‌های ایرانی است، مادران کودکان دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی شرکت‌کننده در جلسه‌ها با استفاده از بازی‌های بومی، شرایط تعاملی بهتری را با فرزند دارای مشکل خود فراهم کردند و همان‌طور که تیلور، والننتین، سلمن، آدامز، دیلی و همکاران (۲۰۱۵) نیز عنوان کردند با استفاده از هر یک از بازی‌ها و مداخله‌های والدینی می‌توان با تاثیر بر هسته‌های مشکلات تنیدگی مادران، ارتباط عاطفی قوی و شرایط تعاملی بیش‌تر مادر-کودک را فراهم کرد و از این طریق از شدت نشانه‌های مادران به تدریج کاست و سلامت روانی آن‌ها را افزایش داد.

از سوی دیگر کاربرد بازی‌های بومی در قالب بازی درمانگری تعامل والد-فرزند توسط مادران کودکان کاستی توجه/فزون‌کنشی توانست نیازهای روان‌شناختی مادران را نیز ارضاء کند و به‌رغم این‌که وجود اختلال‌های تحولی عصبی به‌ویژه اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی نسبت به سایر اختلال‌های این گروه تنیدگی والدینی را بیش‌تر به‌همراه دارد (کریگ، پرتو، گیاکومو، مارگاری، فرولی و همکاران، ۲۰۱۶)، این مداخله توانست از تنیدگی مادران به‌طور چشمگیری بکاهد. در این پژوهش مادران با گرفتن نقش خود به‌عنوان کمک‌درمانگر احساس رضایت بهتری پیدا کردند و در تعامل با فرزند خود به‌شکل مثبتی رابطه برقرار نمودند و این فرایند باعث کاهش تنیدگی آن‌ها شد. افزون بر این، چون مادران با بازی‌های بومی آشنایی داشتند، با آمادگی بهتری بازی‌ها را با فرزند خود آغاز می‌کردند و در زمان مناسبی پایان می‌دادند. انجام هر یک از بازی‌ها بر اساس علاقه و میزان پاسخ‌دهی هیجانی مادر-کودک بستگی تنظیم و فضای انجام بازی‌ها به‌گونه‌ای بود که به تدریج و به‌شکل مثبتی باعث کاهش تنیدگی مادران شد؛ در نتیجه به‌گفته خود آن‌ها با انگیزه و انرژی بیش‌تری در جلسه‌های بعدی بازی شرکت می‌جستند. با تحلیل نتایج پژوهش‌ها می‌توان استنباط کرد یک برنامه بازی درمانگری بومی شده برای ایجاد ارتباط مثبت و صمیمی والد-کودک بیش‌تر از بازی درمانگری غیربومی مؤثر است.

از محدودیت‌های این پژوهش تعداد افراد نمونه و شیوه انجام فرایند تشخیص و نوع همکاری مادران در انجام بازی با فرزند خود بود که تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه می‌کند. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با نمونه بیش‌تر و با آموزش هر دو والد انجام شود.

منابع

- ابراهیمی، امیرعباس. (۱۳۸۹). مداخله زود هنگام برای کودکان آسیب دیده شنوایی. *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۰(۱۲): ۴۶-۳۳.
- اصغری نکاح، محسن. (۱۳۸۸). کاربردهای آموزشی-ترمیمی بازی‌های بومی شده ایران در آموزش و توان‌بخشی کودکان دارای نیازهای ویژه. *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۱(۱): ۱۴-۳.

تهرانی دوست، مهدی، زرگری نژاد، غزاله، خادمی، مژگان، و مطلق، ماریا. (۱۳۸۶). حافظه بینایی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی در مقایسه با افراد طبیعی. *تازه‌های علوم شناختی*، ۳۵(۳): ۲۶-۳۵.

حسین‌زاده ملکی، زهرا، مشهدی، علی، سلطانی‌فر، عاطفه، محرری، فاطمه، و غنایی، علی. (۱۳۹۲). آموزش حافظه کاری، برنامه آموزش والدینی بارکلی و ترکیب این دو بر بهبود حافظه کاری کودکان ADHD. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۱۵(۴): ۶۳-۵۳.

حمیدیان جهرمی، نادر. (۱۳۹۱). تأثیر بازی‌های بومی‌سازی‌شده و محلی بر رشد ادراک بصری- حرکتی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آمادگی و سال اول ابتدایی شهر شیراز. *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*. ۱۱(۲): ۲۹-۳۸.

دانش، عصمت، حکیمی، زهرا، شمشیری، مینا، و سلیمی‌نیا، نرگس. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت رفتار به مادران بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی کودکان‌شان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۹(۲ پیاپی ۳۴): ۴۱-۲۵.

رحیمی، سعید، غباری‌بناب، باقر، افروز، غلام‌علی، و فرامرز، سالار. (۱۳۹۴). بررسی و مقایسه اثربخشی مداخله خانواده‌محور مبتنی بر بازی درمانگری بومی‌سازی‌شده بر تنیدگی مادران و نشانه‌های بالینی کودکان پیش‌دبستانی دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی و کودکان دچار اختلال رفتار بی‌قراری. رساله دکتری تخصصی روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی. دانشکده علوم انسانی. دانشگاه آزاد اسلامی علوم و تحقیقات تهران.

رضازاده، مریم‌السادات، کلاتری، مهرداد، و نشاط‌دوست، حمیدطاهر. (۱۳۸۶). تأثیر بازی‌های آموزش تمرکز فکر بر کاهش شدت علائم ADHD. *مجله روان‌شناسی*. ۱۱(۳): ۳۵۱-۳۳۷.

روشن، مریم، آقاییوسفی، علی‌رضا، علی‌پور، احمد، و رضایی، اکبر. (۱۳۹۴). اثربخشی مقابله درمانی مادران بر مشکلات عاطفی رفتاری و رفتار جامعه‌پسند کودکان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. ۹(۴ پیاپی ۳۶): ۱۷-۱.

سپهری‌نسب، زهرا، و سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۵). اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر سلامت روان‌شناختی و تکانش‌گری معنادان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. ۱۰(۱ پیاپی ۳۷): ۱۹-۱.

سهرابی شگفتی، نادره. (۱۳۹۰). روش‌های مختلف بازی درمانگری و کاربرد آن در درمان اختلال‌های رفتاری و هیجانی کودکان. *روش‌ها و الگوهای روان‌شناختی*، ۱(۴): ۵۸-۴۱.

شکوهی‌یکتا، محسن، اکبری‌زردخانه، سعید، پرنده، اکرم، و پوران، فاطمه. (۱۳۹۱). ارتقاء تعامل والدین و فرزندان آن‌ها با استفاده از آموزش روش‌های نوین والدگری. *روش‌ها و الگوهای روان‌شناختی*، ۳(۲ پیاپی ۱۰): ۱۴-۱.

اثربخشی آموزش بازی درمانگری بر تنیدگی مادران ...

شوشتري، مژگان، عابدی، احمد، گلشنی، فرشته، و اهرمی، راضیه. (۱۳۹۰). اثربخشی مداخله‌های زود هنگام مبتنی بر بازی‌های کودک محور بر میزان بیش‌فعالی-تکانش‌گری کودکان پیش‌دبستانی. *فصلنامه افراد استثنایی*، ۲(۱): ۱۱۷-۱۰۳.

علی‌اکبری، مهناز، علی‌پور، احمد، اسماعیل‌زاده، مریم، و محتشمی، طیبه. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش فرزندپروری مثبت بر تنیدگی مادران کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه در شهر کرج. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۳(۴): ۳۱-۲۳.

علی‌زاده، حمید. (۱۳۹۱). تدوین برنامه آموزش والدین برای خانواده‌های دارای فرزندان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و تأثیر آن بر کاهش نشانه‌ها و کارکرد خانواده. *مجله افراد استثنایی*، ۲(۷): ۶۷-۴۳.

فدایی، زهرا، دهقانی، محسن، طهماسیان، کارینه، و فرهاد، فاطمه. (۱۳۸۸). بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی نسخه کوتاه-شاخص استرس فرزندپروری مادران کودکان عادی ۷-۱۲ سال. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۸(۲): ۹۳-۸۱.

فرانک، سی ورهالتس. و جان ون، درانده. (۱۳۹۲). مقیاس‌های ارزیابی روان‌شناختی و روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان. ترجمه سالار فرامرزی، طاهره حیدری و سکینه لیله‌سر. اصفهان: جهاد دانشگاهی. (تاریخ انتشار به‌زبان اصلی، ۲۰۰۶).

کاکاوند، علی‌رضا، نظری، فاطمه، و مشهدی‌فراهانی، ملکه. (۱۳۹۴). رابطه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با شیوه فرزندپروری مادران و اختلال‌های بیرونی‌شده فرزندان‌شان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. ۹(۲) پیاپی ۳۴: ۱۳۵-۱۱۵.

کنگولو، مهناز، لطفی‌کاشانی، فرح، و وزیر، شهرام. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش خانواده در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۲۲(۳): ۲۲۰-۲۱۶.

لندرث، گری. (۱۳۹۳). *بازی درمانگری-هنر ارتباط با کودکان*. ترجمه شهناز محمدی و کبری جمشیدی. تهران: انتشارات روان. (تاریخ انتشار به‌زبان اصلی، ۲۰۱۲).

کیمیایی، علی، و بیگی، فاطمه. (۱۳۸۹). مقایسه کارکردهای خانوادگی مادران کودکان سالم و بیش‌فعال/ نقص توجه. *مجله علوم رفتاری*، ۴(۲): ۱۴۷-۱۴۱.

نصیری، غفار، زاده‌محمدی، علی، و شهیدی، شهریار. (۱۳۹۴). اثربخشی مداخله روان‌شناختی وحدت‌مدار بر تنیدگی و رابطه مادر-کودک مادران کودکان درخودمانده. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۹(۱) پیاپی ۳۳: ۴۰-۲۳.

American psychiatric association. (2013). Diagnostic statistic manuel of mental disorders-V (DSM-V). Washington, DC. London, England. www.psych.org.

- Akbari, H., Khalaji, H., & Shafizadeh, M. (2007). Effect of local and country games on development of displacement skills in 7-9 year-old boys. *Journal of Harakat*, 9(2): 35-46.
- Alijani, A., Rahmani, M., & Ghahari, S. (2013). The effectiveness of mother's cognitive-behavioral group interventions on the number of ADHD children's behavioral problems. *Procardia Social and Behavioral Sciences*, 21(4): 874-878.
- Barkley, R. A. (2013). *Taking charge of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): The complete, authoritative guide for parents*. New York: Guilford Publications.
- Bratton, S.C., & Dafoe, E.C. (2016). *Play therapy*. Play therapy-encyclopedia of mental health (second edition). 278-283.
- Bulotsky-Shearer, R. J., Bell, E. R., Romero, S. L., & Carter, T. M. (2012). Preschool interactive peer play mediates problem behavior and learning for low-income children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 33(1): 53-65.
- Chin Lee, P. (2013). Parent-child intervention of mother's with depression and their children with ADHD. *Research in Development Disability*. 6(4): 656-668.
- Craig, F., Operto, F., Giacomo, A., Margari, L., Froli, A. (2016). Parenting stress among parents of children with neurodevelopment disorders. *Journal of Psychiatry Research*, 242(1): 121-129.
- Grey, P. (2011). The decline of play and the rise of psychopathology in children and adolescents. *American Journal of Play*, 3(4): 443-449.
- Dutray, B. (2012). Back to school stress survey in parents of children with and without ADHD: Result from France and differences compared with others countries. *Neuropsychiatry Delenfanse Etdel Adolescence*, 60(1): 254-309.
- Halperin, J. M., & Healey, D. M. (2011). The influences of environment enrichment, cognitive enhancement, and physical exercise on brain development: can we alter the developmental trajectory of ADHD. *Neuroscience and Bio Behavioral Reviews*, 35(1): 621-634.
- Luccherino, L., Mancini, F., & Mercurio, C. (2011). Parent-training intervention among a group of parents of children with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatry*. 4(1):397-398.
- Eggum-Wilkens, N. D., Fabes, R. A., Castle, S., Zhang, L., Hanish, L. D., & Martin C. L. (2014). Playing with others: Head start children's peer play relations with kindergarten school competence. *Early Childhood Research Quarterly*, 29(3): 345-356.
- Ferreira, J.M., Makinen, M., & Amorim, K.D.S. (2016). Intellectual disability in kindergarten: possibilities of development through pretend play. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 217(1): 487-500.
- Health, C. L, Curtis, D. F, & McPherson, R. (2015). The association between parenting stress, parenting self-efficacy, and the clinical significance of child ADHD symptom change following behavior therapy. *Child Psychiatry and Human Development*, 46(1): 118-129.

- Nair, S. M., Yusof, N. M., & Arumugam, L. (2013). The effects of using the play method enhance the mastery of vocabulary among preschool children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 116(2): 3976-82.
- Pearson, B. L. (2008). *Effects of a cognitive behavioral play intervention on children's hope and school adjustment*. Case Western Reserve University.
- Pushkarna, P. (2014). ADHD, an account of a successful play therapy (Psychoanalytical Psychotherapy). *Journal of Apollo Medicine*, 11(1): 35-36.
- Ray, D.C. (2008). Impact of play therapy on parent-child relationship stress at a mental health training setting. *British Journal of Guidance*, 36(2): 165-187.
- Rogers, M. A., Wiener, J., Marton, I., & Tannock, R. (2009). Parental involvement of children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of School Psychology*, 47(1): 167-185.
- Skogan, A. H., Zeiner, P., Egeland, J., Urnes, A. G., Reichborn-Kjennerud, T., & Aase, H. (2015). Parent ratings of executive function in young preschool children with symptoms of ADHD disorder. *Behavioral and Brain Functions*, 18(3): 76-82. DOI: 10.1186/s12993-015-0060-1.
- Taylor, J., Valentine, A., Salleman, E., Adams, K. B., Daley, D. (2015). A qualitative process evaluation of a randomized controlled trial of a parenting intervention in community (school) settings for children at risk of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of BMC Psychiatry*, 15(1): 290-299.
- Vural, P., Akkaya, C., Kucukparlak, I., Ercan, I., & Eracar, N. (2014). Psychodramatic group psychotherapy as a parental intervention in attention deficit hyperactivity disorder: A preliminary study. *The Arts in Psychotherapy*, 41(3): 233-239.
- Wiener, J., Biondic, D., Grimbos, T. (2016). Parenting Stress of parents of adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(3): 561-574.
- Wolraich, M. L., Lambert, W., Doffing, M. A., Bickman, L., Simmons, T., & Worley, K. (2003). Psychometric properties of the Vanderbilt ADHD Diagnostic parent rating scale in a referred population. *Journal of pediatric psychology*, 28(8): 559-568.
- Yang, H. N., Tai, Y. M., Yang, L. K., & Gau, S. S. (2013). Prediction of childhood ADHD symptoms to quality of life in young adults: Adult ADHD and anxiety/depression as mediators. *Research in developmental disabilities*, 34(10): 3168-3181

مقیاس تشخیصی اختلال کاستی توجه/افزون‌کنشی و ندریبلت و همکاران - نسخه والد

| ردیف | پا | ت | ک | گویه |
|------|----|---|---|---|
| ۱ | ۳ | ۲ | ۱ | • به جزئیات توجه نمی‌کند، یا از روی بی‌دقتی اشتباه می‌کند، برای مثال تکالیف منزل |
| ۲ | ۳ | ۲ | ۱ | • از حفظ توجه بر روی تکالیف یا فعالیت‌ها مشکل دارد. |
| ۳ | ۳ | ۲ | ۱ | • به‌نظر می‌رسد وقتی صحبتی را می‌شنود گوش نمی‌دهد. |
| ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | • نمی‌تواند دستورالعمل‌ها را دنبال کند و در به‌پایان رساندن تکالیف مدرسه‌اش شکست می‌خورد. |
| ۵ | ۳ | ۲ | ۱ | • در سازماندهی تکالیف و فعالیت‌هایش مشکل دارد. |
| ۶ | ۳ | ۲ | ۱ | • در تکالیفی که نیازمند تلاش ذهنی پایدار است، بی‌میل است. |
| ۷ | ۳ | ۲ | ۱ | • وسایل ضروری تکالیف و فعالیت‌هایش را گم می‌کند. |
| ۸ | ۳ | ۲ | ۱ | • به‌راحتی به‌وسیله محرک‌های نامربوط برآشفته می‌شود. |
| ۹ | ۳ | ۲ | ۱ | • فعالیت‌های روزانه‌اش را فراموش می‌کند. |
| ۱۰ | ۳ | ۲ | ۱ | • با دست‌ها و پاهایش ور می‌رود، یا در زمان نشستن لول می‌خورد. |
| ۱۱ | ۳ | ۲ | ۱ | • وقتی که باید مدت زمانی را منتظر بنشیند صندلی‌اش را ترک می‌کند. |
| ۱۲ | ۳ | ۲ | ۱ | • وقتی که باید مدت زمانی را منتظر بنشیند در محیط اطرافش می‌دود یا بی‌نهایت بالا و پایین می‌پرد. |
| ۱۳ | ۳ | ۲ | ۱ | • در بازی کردن یا درگیر شدن در فعالیت‌های بی‌صدا مشکل دارد. |
| ۱۴ | ۳ | ۲ | ۱ | • در حال حرکت است یا اغلب فعالیت می‌کند مثل این که موتوری به‌او وصل است. |
| ۱۵ | ۳ | ۲ | ۱ | • خیلی زیاد حرف می‌زند. |
| ۱۶ | ۳ | ۲ | ۱ | • قبل از این که سؤال کامل شود پاسخ می‌دهد. |
| ۱۷ | ۳ | ۲ | ۱ | • در منتظر نوبت ماندن مشکل دارد. |
| ۱۸ | ۳ | ۲ | ۱ | • حرف دیگران را قطع می‌کند یا سرزده وارد کار دیگران می‌شود. |

نسخه کوتاه پرسشنامه تنیدگی والدین

| | | | | | سوالها |
|---------------|--------|-------------|--------|---------------|---|
| کاملاً مخالفم | مخالفم | مطمئن نیستم | موافقم | کاملاً موافقم | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۱. بیش تر وقتها احساس می‌کنم که نمی‌توانم کارها را به‌خوبی انجام دهم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۲. فکر می‌کنم که خیلی از جنبه‌های زندگی‌ام را به‌خاطر پرداختن به نیازهای کودکم رها کرده‌ام. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۳. وقتی به مسئولیت‌های خود به‌عنوان یک مادر نگاه می‌کنم، احساس می‌کنم در مخمصه افتاده‌ام. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۴. از زمان داشتن این کودک نتوانستم کارهای جدید و مختلف انجام دهم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۵. از زمان داشتن این کودک نتوانسته‌ام کارها را آن‌طور که دلم می‌خواهد انجام دهم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶. از خرید لباس‌هایی که اخیراً پوشیده‌ام راضی نیستم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۷. چیزهای خیلی کمی وجود دارد که زندگی مرا به‌زحمت می‌اندازد. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۸. فرزنددار شدن باعث مشکلات بیش از حد انتظار در روابط من با همسر شده است. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۹. احساس تنهایی و بی‌کسی می‌کنم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۱۰. وقتی به‌مهمانی می‌روم احساس شادی نمی‌کنم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۱۱. به‌اندازه گذشته به‌مردم علاقه‌مند نیستم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۱۲. به‌اندازه گذشته از کارها لذت نمی‌برم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۱۳. کودک من به‌ندرت کارهایی انجام می‌دهد که احساس خوبی در من به‌وجود می‌آورد. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۱۴. اکثر وقتها فکر می‌کنم که کودک من مرا دوست ندارد و نمی‌خواهد با من صمیمی باشد. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۱۵. کودک من کم‌تر از آن‌چه انتظار دارم به‌من لبخند می‌زند. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۱۶. وقتی من کارهایی برای کودکم انجام می‌دهم احساس می‌کنم که از تلاش‌های من قدردانی نمی‌کند. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۱۷. اغلب وقتها کودک من هنگام بازی نمی‌خندد. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۱۸. به‌نظر می‌رسد کودک من به‌اندازه کودکان دیگر یاد نمی‌گیرد. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۱۹. به‌نظر می‌رسد در مقایسه با اکثریت کودکان کم‌تر می‌خندد. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۲۰. کودک من به‌اندازه‌ای که انتظار دارم قادر به انجام کارها نیست. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۲۱. عادت کردن به کارهای جدید برای کودکم خیلی زمان‌بر است. |
