

مقاله‌ی پژوهشی

بررسی اثربخشی بازی درمانی تحولی مبتنی بر دلبستگی بر علایم اختلال آسیب دیدگی تحولی کودکان ۳ تا ۹ سال

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر کارایی بازی درمانی تحولی مبتنی بر دلبستگی را در اختلال آسیب دیدگی تحولی کودکان سنجید.

روش کار: این مطالعه‌ی از نوع نیمه آزمایشی با گروه شاهد بود که در سال ۱۳۸۸ در مشهد انجام گرفت. از مراجعه کنندگان به کلینیک فوق تخصصی اطفال بیمارستان ابن سینا و دکتر شیخ، ۱۴ کودک ۳ تا ۹ ساله که مطابق معیارهای ون در کولک دچار اختلال آسیب دیدگی تحولی بوده و والدین ایشان رضایت به شرکت در مطالعه داشتند، به طور تصادفی به دو گروه شاهد و آزمون تقسیم شدند. مادران، پرسش نامه‌های یول جهت سنجش میزان تنش کودکان و تنش والدین-فرم کوتاه جهت بررسی تنش والدین را پاسخ گفتند. در پایان ۱۰ جلسه بازی درمانی، والدین دو گروه مجدداً آزمون‌ها را تکمیل نمودند. نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون‌های تی مستقل و زوجی و مجذور خی تحلیل شدند.

یافته‌ها: تفاوتی بین دو گروه در متغیرهای جنس، سن و تحصیلات کودکان و سن و تحصیلات مادران وجود نداشت ($P>0/05$). تفاوت نمرات مقیاس یول، پرسش نامه‌ی تنش والدین-فرم کوتاه و زیرمقیاس پریشانی والد آن بین دو گروه پیش از انجام درمان، بدون معنی (به ترتیب $P=0/10$ ، $P=0/34$ و $P=0/52$) و پس از آن، معنی دار (به ترتیب $P<0/001$ ، $P=0/01$ و $P=0/01$) بود. تفاوت نمرات زیرمقیاس کودک مشکل بین دو گروه پیش و پس از انجام درمان، بدون معنی (به ترتیب $P=0/86$ و $P=0/14$) بود. نمره‌ی زیرمقیاس اختلال عملکرد در ارتباط کودک-والد در طی درمان در گروه آزمون تفاوت معنی دار یافت ($P=0/01$) ولی در گروه شاهد چنین نشد ($P=0/52$).

نتیجه گیری: بازی درمانی تحولی مبتنی بر دلبستگی باعث کاهش تنش تجربه شده توسط کودکان و مادران ایشان می شود.

واژه‌های کلیدی: بازی درمانی، دلبستگی، تروما

عاطفه سلطانی فر

استادیار گروه روان پزشکی، مرکز تحقیقات
روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی
مشهد

سید مرتضی جعفرزاده فدکی

روان پزشک

مرتضی مدرس غروی

استادیار گروه روان پزشکی، مرکز تحقیقات
روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی
مشهد

نعمه مخبر

دانشیار گروه روان پزشکی، مرکز تحقیقات
روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی
مشهد

* / امیر رضایی اردانی

استادیار گروه روان پزشکی، مرکز تحقیقات
روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی
مشهد

* مؤلف مسئول:

ایران، مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد،
بیمارستان ابن سینا، مرکز تحقیقات روان پزشکی و
علوم رفتاری

rezaeia@mums.ac.ir

تلفن: ۰۵۱۷۱۱۲۵۴۰

تاریخ وصول: ۹۰/۱۱/۱۸

تاریخ تایید: ۹۱/۵/۷

پی نوشت:

این مطالعه پس از تایید و حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در قالب یک پایان نامه تخصصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. این کار آزمایشی بالینی با کد IRCT201207035280N8 در سایت یرت.ir به ثبت رسیده است. از همکاری شرکت کنندگان در این طرح سپاسگزاری می گردد.

Original Article

The efficacy of developmental attachment-based play therapy on developmental trauma disorder symptoms in children from 3 to 9 years old

Abstract

Introduction: The present study conducted to examine the effect of attachment based play therapy on developmental traumatic disorder (DTD) in children.

Materials and Methods: This semi-experimental study with control group, conducted in 2008, in Mashhad. Fourteen kids (3-9 years), who were diagnosed as having DTD based on Vander Kolk criteria, were selected from child psychiatry clinic in Ibn-e-Sina and dr. Sheikh hospitals. Their parents permitted to involve in this study. Patients were divided to 2 groups of intervention and control groups. Mothers of children completed Yule's scale and for evaluation of children's stress parenting stress index-short form (PSI-SF) for evaluation of parents' stress. Ten sessions of play therapy were conducted for intervention groups. Then mothers in 2 groups completed the tests again.

Results: In the variables of age, sex and grade of children also in the age and education of mothers, patients in 2 groups did not have any significant differences ($P>0.05$). There were not any significant differences in scores of Yule's scale, PSI-SF and parental distress at base- line between 2 groups ($P=0.10$, $P=0.34$ and $P=0.58$ respectively). After play therapy these test in the intervention group was significantly different from the control group ($P<0.001$, $P=0.01$ and $P=0.01$ respectively). The differences in scores of difficult child subscale between 2 groups, before and after intervention were not significant ($P=0.86$, $P=0.14$ respectively). The differences in scores of malfunction in child-parent relation before and after treatment were significant in intervention group ($P=0.01$) but there were not meaningful differences in control group ($P=0.52$).

Conclusion: Attachment based developmental play therapy reduces the stress of children and their mothers.

Keywords: Attachment, Play therapy, Trauma

Atefeh Soltanifar

Assistant professor of psychiatry,
Psychiatry and Behavioral Research
Center, Mashhad University of
Medical Sciences

Seyyed Morteza Jafarzadeh Fadaki
Psychiatrist

Morteza Modarres Gharavi

Assistant professor of psychiatry,
Psychiatry and Behavioral Research
Center, Mashhad University of
Medical Sciences

Naghmeh Mokhber

Associate professor of psychiatry,
Psychiatry and Behavioral Research
Center, Mashhad University of
Medical Sciences

**Amir Rezaei Ardani*

Assistant professor of psychiatry,
Psychiatry and Behavioral Research
Center, Mashhad University of
Medical Sciences

*Corresponding Author:

Psychiatry and Behavioral Research
Center, Ibn-e-Sina Hospital, Mashhad
University of Medical Sciences,
Mashhad, Iran
rezaeia@mums.ac.ir
Tel: +985117112540
Received: Feb. 07, 2012
Accepted: Jan. 28, 2012

Acknowledgement:

This study was approved by research committee of Mashhad University of Medical Sciences. This clinical trial was registered with code IRCT201207035280N8 in www.IRCT.ir. No grant has supported this study and the authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Soltanifar A, Jafarzadeh Fadaki SM, Modarres Gharavi M, Mokhber N, Rezaei Ardani A. The efficacy of developmental attachment-based play therapy on developmental trauma disorder symptoms in children from 3 to 9 years old. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2012; 14(3): 260-8.

مقدمه

هر ساله میلیون‌ها کودک با وقایع آسیب‌زا مواجه می‌شوند (۱). بیش از ۳۰ درصد این کودکان، مبتلا به یک نشانگان بالینی با نشانه‌های جسمی، شناختی، رفتاری و هیجانی می‌شوند که اخیراً اختلال آسیب‌دیدگی تحولی^۱ (DTD) نامیده شده است (۲). هر چند ثابت شده است که احساس امنیت ناشی از دل‌بستگی ایمن عامل محافظت‌کننده‌ای در مقابل تنش ناشی از واقعه‌ی آسیب‌زا است، اما زمانی که تنش شدید باشد و یا والدین خود منبع پریشانی کودک باشند، نمی‌توانند در انطباق کودک به او کمک کنند (۳). در بچه‌های کوچک‌تر، پاسخ به صورت برانگیختگی است که علامتی برای توجه بیشتر مراقبین است (۴). در سایر کودکان کم‌حرکی، احساس گناه و اجتناب از بروز واکنش‌ها را می‌توان دید (۵). به علاوه بخش عمده‌ای از اعمال خشن و خلاف قانون توسط افرادی صورت می‌گیرد که در دوران کودکی در معرض تجربیات آسیب‌رسان مانند بی‌توجهی والدین و سوءرفتار قرار داشته‌اند (۶-۸). درمان کودکان و نوجوان آسیب‌دیده کار بسیار پیچیده و دشواری است. این کودکان نیازمند احساس ایمنی هستند و لازم است رفتارهای وابسته به آسیب آنان مانند پرخاشگری و اجتناب به صورت صحیح تحت درمان قرار گیرند. در این راستا مداخلات درمانی غیر دارویی متعددی از جمله بازی‌درمانی، روان‌درمانی پویا و درمان‌های شناختی پیشنهاد شده‌اند (۹،۱۰).

بازی‌درمانی یکی از مداخلات درمانی مهم برای کودکان محسوب می‌شود. با وجودی که مطالعات صورت گرفته در کشورهای مختلف در حوزه‌ی چگونگی و کیفیت کاربرد آن ناکافی می‌باشد (۱۱)، تا کنون در کشور ما جهت درمان افسردگی، پرخاشگری و سایر اختلالات رفتاری، بیش‌فعالی-نقص توجه و اختلال تنش پس از سانحه مطالعه شده است (۱۲-۱۴). با توجه به تاثیر آسیب بر رشد روان‌شناختی و تکامل کودکان و با توجه به محدود بودن تحقیقات در زمینه‌ی تاثیر بازی‌درمانی در اختلالات ناشی از بروز آسیب در کودکی، به خصوص عدم وجود مطالعه در مورد بازی‌درمانی مبتنی بر

دل‌بستگی، بر آن شدیم تا این روش بازی‌درمانی را با توجه به ویژگی‌های فرهنگی و بومی کشور خود شکل داده و تاثیر آن را بر کودکان ۹-۳ ساله با سابقه انواع آسیب و سوءرفتار با تشخیص اختلال آسیب‌دیدگی تحولی در مقایسه با گروه شاهد بررسی کنیم.

روش کار

این کارآزمایی بالینی در سایت www.irct.ir با کد IRCT201207035280N8 به ثبت رسیده و بعد از تهیه بسته‌ی آموزشی بازی‌درمانی تحولی که در قالب ۱۰ جلسه بازی‌درمانی ارائه می‌شود، از تابستان سال ۱۳۸۸ مطالعه به شکل پژوهشی از نوع نیمه‌آزمایشی با گروه شاهد، شروع و تا اواخر زمستان ۱۳۸۸ ادامه یافت. شرکت‌کنندگان، کودکان ۳ تا ۹ ساله‌ی مراجعه‌کننده به درمانگاه فوق تخصصی اطفال بیمارستان‌های ابن‌سینا و دکتر شیخ مشهد بودند. از بین مراجعین به درمانگاه اطفال تعداد ۱۴ نفر که در مرحله‌ی غربالگری بر اساس معیارهای ون‌درکولک^۲ تشخیص اختلال آسیب‌دیدگی تحولی را گرفته بودند و والد یا قیم کودک تمایل به شرکت در مطالعه را به صورت کتبی اعلام نموده بود، انتخاب شدند. به تمام افراد توضیح داده شد نتایج مطالعه بدون ذکر نام شرکت‌کنندگان و به طور گروهی فقط برای مقاصد پژوهشی استفاده می‌شود و در هر زمان در طی مطالعه آزمودنی‌ها می‌توانند در صورت تمایل از تحقیق خارج گردند. از جمله شرایط پذیرش بیماران، عدم وجود اختلالات طبی و عدم مصرف دارو بود. تشخیص بیماران با مصاحبه‌ی روان‌پزشکی توسط روان‌پزشک اطفال و در محل بیمارستان انجام می‌شد و بعد انجام مصاحبه‌ی بالینی و شرح حال کامل از کودک و خانواده‌ی وی، آزمون‌های مقیاس یول و شاخص تنش والدین-فرم کوتاه جهت سنجش میزان تنش در کودکان و والدین در مرحله‌ی پیش‌آزمون اجرا شدند. در مرحله‌ی بعد، کودکان انتخاب شده جهت ورود به مطالعه به طور تصادفی به دو گروه ۷ نفری آزمون و شاهد تقسیم شدند. برای تصادفی بودن این تقسیم‌بندی از جدول اعداد تصادفی استفاده شد. گروه آزمون در ۱۰ جلسه‌ی بازی‌درمانی به صورت جلسات

²van der Kolk¹Developmental Traumatic Disorder

پژوهش با روش های توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از آزمون های تی مستقل و زوجی در تفسیر متغیرهای کمی و از آزمون مجذور خی در تفسیر متغیرهای کیفی استفاده شد. در این مطالعه $P < 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شده است. *ابزارهای ارزیابی:*

دو ابزار ارزیابی برای جمع آوری اطلاعات قبل و بعد از درمان مورد استفاده قرار گرفتند.

۱- پرسشنامه ی سنجش اختلال تنش پس از سانحه ی کودکان و نوجوانان زیر ۱۵ سال-فرم گزارش والدین (مقیاس یول)^۱: این ابزار پرسشنامه ی قابل اعتماد و معتبری جهت اختلال تنش پس از سانحه ی کودکان است. این پرسشنامه با تعداد ۲۵ سؤال ۴ گزینه ای با پاسخ های خیلی کم، کم، خیلی زیاد و زیاد به ارزیابی وجود یا عدم وجود علائم اختلال تنش پس از سانحه و میزان شدت آن در کودکان می پردازد. کسب نمره ی بیش از ۲۴ از پرسشنامه وجود اختلال در کودکان را نشان می دهد. بر اساس این پرسشنامه امکان ارزیابی شدت اختلال نیز می باشد. جهت توصیف شدت اختلال، بیماران به ۴ دسته ی شدید (۷۵-۱۰۰)، متوسط (۵۰-۷۵)، خفیف (۲۵-۵۰) و بدون علامت (< 25) بر حسب نمره کسب شده تقسیم می گردند. سؤال های این پرسشنامه با علایم معیارهای وندرکولک در خصوص اختلال DTD تشابه کامل دارند و می توان برای ارزیابی وجود اختلال آسیب دیدگی تحولی نیز از آن بهره برد (۱۵، ۱۰).

۲- شاخص تنش والدین-فرم کوتاه^۲ (PSI-SF): برای ارزیابی دقیق مشکلات رفتاری و هیجانی، یک مقیاس استاندارد استفاده شد. شاخص تنش والدین-فرم کوتاه به این منظور انتخاب شد. این مقیاس بر تنش والدین، ویژگی کودک دشوار و تعادل نامطلوب والد-کودک تکیه می کند (۱۶). PSI-SF چهار زیرمقیاس جداگانه به نام های پاسخ دفاعی^۳، پریشانی والد^۴، بجهی مشکل^۵ و اختلال عملکرد در ارتباط

۱/۵ ساعته شرکت کردند و گروه شاهد در لیست انتظار درمان قرار گرفتند. جهت گروه آزمون بازی درمانی تحولی مبتنی بر دلبستگی توسط دستیار تخصصی روان پزشکی آموزش دیده با کمک یک کارشناس روان شناسی بالینی و دو دانشجوی آموزش دیده ی مقطع کارشناسی روان شناسی بالینی تحت نظارت یک فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان و یک دکترای تخصصی روان شناسی بالینی اجرا شد. گروه شاهد نیز تحت جلسات بازی درمانی آزاد و با رویکرد حمایتی تا زمان پایان مطالعه قرار گرفتند و سپس از لیست انتظار خارج شده و بر اساس تمایل خانواده ها درمان برای ایشان آغاز گردید. بازی درمانی با تکیه بر چند اصل از دستنامه ی استاندارد بازی درمانی شامل آموزش مهارت های همکاری با دیگران، افزایش حس اعتماد به نفس در کودکان، مهارت های حل مشکل در موقعیت های مختلف، افزایش حس ابراز هیجانی در موقعیت های مختلف، آموزش روش های افزایش آگاهی و آرام سازی، افزایش در خلاقیت های تصویرسازی و افزایش در روابط و احساسات با خانواده بود. جهت ارتباط بهتر و همکاری مناسب تر خانواده ها تغییراتی در روش های بازی درمانی صورت گرفت تا با فرهنگ والدین هماهنگ تر گردد. به عنوان مثال به جای رقص در طی جلسات درمان از حرکات هماهنگ نرمشی بهره گرفته شد. آموزش این مهارت ها در هر جلسه ی هفتگی انجام می شد، به صورت یک در میان افراد نزدیک کودک در بازی درمانی شرکت می کردند و بر حسب نیاز بیماران روی هر یک از اجزای ذکر شده تمرکز بیشتری می شد، در جلسه ی ۱ تا ۳ روی بازی های تکاملی کودک کار شد، در جلسه ی ۴ تا ۶ روی بازی های نمادین کودک، از جلسه ی ۷ تا ۹ روی سایر انواع بازی ها و قوانین مربوط به آن و تقویت موفقیت های درون فردی کار شد. در جلسه ی ۱۰ با حضور خانواده ی بیمار به صورت تدریجی بازی درمانی را قطع کردیم. در پایان ۱۰ جلسه از والدین خواسته شد مجدداً آزمون های انجام شده در مرحله ی پیش آزمون را تکمیل نمایند. جهت کنترل نتایج مداخله صورت پذیرفته از گروه شاهد نیز درخواست شد مجدداً آزمون ها را پاسخ گویند. با استفاده از ابزار آماری SPSS داده های

¹Yule's PTSD scale

²Parenting Stress Index-Short Form

³Defensive Responding

⁴Parental Distress

⁵Difficult Child

کودک-والد^۱ دارد که برای توصیف ویژگی‌های کودک، شخصیت والد و متغیرهای موقعیتی استفاده می‌شوند. این آزمون یک مقیاس دارای ۳۶ عبارت است که از آزمون کامل PSI گرفته شده است. این ابزار گزارش مراقب یا والدین کودکان ۱۲ سال و کوچک‌تر است. PSI-SF توصیف‌های رفتارهای قابل مشاهده‌ی کودک و تعاملات والد-کودک را بر اساس یک مقیاس ۵ نمره‌ای با توجه به این که این نشانه در ماه قبل با چه فراوانی رخ داده است، ارزیابی می‌کند. PSI-SF به صورت تجربی برای پیشگیری رفتار مشاهده شده‌ی والد و انطباق هیجانی و رفتاری کودک در حال حاضر و آینده در جمعیت‌های مختلف بین‌المللی معتبر است. تحقیقات در فرهنگ‌های مختلف، در جمعیت‌های متنوعی مانند چینی‌ها، پرتغالی‌ها، فرانسوی-کانادایی‌ها، ایتالیایی‌ها، کره‌ای‌ها و غیره انجام شده است. یکنواختی درونی برای مقیاس‌های بالینی در نمونه‌ی استانداردسازی از ۸۱ تا ۹۱ درصد و همبستگی آزمون-بازآزمایی برای PSI-SF ۵۷ تا ۶۸ درصد بوده است (۱۷، ۱۸).

نتایج

تعداد ۱۴ کودک پس از انجام مصاحبه‌ی بالینی با ایشان و مادران‌شان وارد کارآزمایی بالینی شدند. تعداد ۸ نفر از ایشان دختر و ۶ نفر پسر بودند که در گروه آزمون ۴ پسر در برابر ۳ دختر و در گروه شاهد ۵ دختر در برابر ۲ پسر بود. مقایسه متغیر جنسیت دو گروه نشان داد تفاوت معناداری بین دو گروه آزمون و شاهد دیده نمی‌شود ($P=0/28$). با توجه به سن کم کودکان جهت ارزیابی دقیق‌تر سن ایشان بر اساس ماه گزارش گردیده که در گروه آزمون $63 \pm 25/05$ ماه و در گروه شاهد $85/86 \pm 29/02$ ماه گزارش گردید که تفاوت معناداری در دو گروه نداشت ($P=0/14$). میزان تحصیلات در کودکان به جز ۲ نفر، متناسب با سن ایشان بود. یک کودک ۷۸ ماهه در گروه آزمون که انتظار می‌رفت در کلاس اول دبستان تحصیل نماید و یک کودک ۱۰۸ ماهه در گروه شاهد که مناسب بود در کلاس دوم دبستان تحصیل نماید. این دو بر خلاف انتظار به مدرسه نرفته بودند، با این حال تفاوت دو گروه معنادار نبود ($P=0/48$). در گروه آزمون چهار نفر از مادران تحصیلات در

حد دیپلم، یک نفر زیر دیپلم و دو نفر بالاتر از دیپلم و در گروه شاهد دو نفر از مادران تحصیلات در حد دیپلم، چهار نفر زیر دیپلم و یک نفر بالاتر از دیپلم داشتند. متوسط سن ایشان $32 \pm 3/70$ سال در گروه آزمون و $30/71 \pm 5/85$ سال در گروه شاهد بود. به طور کلی تفاوت معناداری در متغیرهای تحصیلات و سن مادران در دو گروه آزمون و شاهد مشاهده نشد (به ترتیب $P=0/45$ و $P=0/63$).

نتایج تکمیل پرسش‌نامه‌ی سنجش اختلال تنش پس از سانحه در کودکان و نوجوانان زیر ۱۵ سال-فرم گزارش والدین (مقیاس یول) در جدول ۱ آمده است که تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمون با شاهد پیش از انجام مداخله‌ای در نمرات مقیاس یول مشاهده نمی‌شود. لیکن پس از انجام درمان، تفاوت بین دو گروه معنی‌دار بوده است. در جدول ۲ نمرات کسب شده در مقیاس یول در گروه آزمون به طور جداگانه قبل و بعد از مداخله‌ی درمانی و نیز همین مقایسه در نمرات کسب شده در گروه شاهد آمده است. با مقایسه‌ی این دو مشاهده می‌شود تفاوت نمرات طی مداخله در گروه آزمون معنی‌دار و در گروه شاهد بدون معنا بوده است. نتایج تکمیل پرسش‌نامه‌ی تنش والدین-فرم کوتاه نیز در جدول ۱ آمده است. همان طور که مشاهده می‌شود تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمون با شاهد پیش از انجام درمان مداخله‌ای در نمرات این پرسش‌نامه و زیرمقیاس‌های پریشانی والد و بچه‌ی مشکل آن مشاهده نمی‌شود. هر چند در زیر مقیاس‌های پاسخ دفاعی و اختلال عملکرد در ارتباط کودک-والد پیش از انجام درمان مداخله‌ای، تفاوت معنی‌داری وجود دارد که در قسمت بحث مورد توجه قرار خواهد گرفت. با این وجود در ارزیابی پس از مداخله بین گروه آزمون و شاهد تنها در زیرمقیاس‌های پاسخ دفاعی و کودک مشکل، تفاوت معنی‌داری نبوده است. به علاوه همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، مقایسه‌ی نمرات کسب شده در گروه آزمون، قبل و بعد از درمان، نشان از تغییر معنی‌دار در نمره‌ی کلی آزمون و زیرمقیاس‌های پریشانی والد و اختلال عملکرد در ارتباط کودک-والد دارد، در حالی که چنین تفاوتی در گروه شاهد نه در نمره‌ی کلی و نه در هیچ یک از زیرمقیاس‌ها دیده نشده است.

¹Parent-child Dysfunctional Interaction

جدول ۱- مقایسه‌ی میانگین نمرات گروه‌های آزمون با شاهد قبل و بعد از انجام مداخله‌ی درمانی

متغیر	گروه آزمون		گروه شاهد		t	Df	معنی داری
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین			
مقیاس یول	قبل از مداخله	۵۷/۵۷±۱۵/۲۲	۷۰/۱۴±۱۱/۲۵	-۱/۷۶	۱۲	$P=۰/۱۰$	
	بعد از مداخله	۴۶/۵۷±۱۱/۵۹	۷۰/۰۰±۱۱/۰۰	-۳/۸۸	۱۲	$P<۰/۰۰۱$	
زیرمقیاس پاسخ دفاعی	قبل از مداخله	۱۹/۸۶±۴/۸۸	۱۴/۰۰±۳/۳۲	۲/۶۳	۱۲	$P=۰/۰۲$	
	بعد از مداخله	۲۱/۱۴±۱۰/۰۴	۱۳/۲۹±۳/۶۴	۱/۹۵	۱۲	$P=۰/۰۸$	
زیرمقیاس پریشانی والد	قبل از مداخله	۳۱/۴۳±۹/۷۱	۲۸/۵۷±۵/۸۳	۰/۶۹	۱۲	$P=۰/۵۲$	
	بعد از مداخله	۴۵/۵۷±۱۲/۱۱	۲۸/۲۹±۷/۲۷	۳/۲۴	۱۲	$P=۰/۰۱$	
زیرمقیاس اختلال عملکرد در ارتباط	قبل از مداخله	۴۱/۲۹±۹/۴۵	۲۸/۷۱±۷/۱۱	۲/۸۱	۱۲	$P=۰/۰۲$	
	بعد از مداخله	۴۹/۴۳±۹/۶۱	۲۸/۰۰±۶/۴۳	۰/۹۱	۱۲	$P<۰/۰۰۱$	
کودک-والد	قبل از مداخله	۲۷/۴۳±۷/۲۵	۲۶/۷۱±۷/۷۴	۰/۱۸	۱۲	$P=۰/۸۶$	
	بعد از مداخله	۳۳/۴۳±۷/۸۷	۲۶/۲۹±۹/۱۸	۱/۵۶	۱۲	$P=۰/۱۴$	
نمره کلی پرسش‌نامه‌ی تنش	قبل از مداخله	۸۰/۲۹±۲۱/۷۸	۷۰/۰۰±۱۶/۷۲	۰/۹۹	۱۲	$P=۰/۳۴$	
	بعد از مداخله	۱۰۶/۵۷±۲۳/۵۹	۶۹/۲۹±۱۷/۶۴	۳/۳۵	۱۲	$P=۰/۰۱$	

جدول ۲- مقایسه‌ی میانگین نمرات قبل با بعد از انجام مداخله‌ی درمانی در هر یک از گروه‌های آزمون و شاهد

متغیر	قبل از مداخله		بعد از مداخله		t	df	معنی داری
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین			
مقیاس یول	گروه آزمون	۵۷/۵۷±۱۵/۲۲	۴۶/۵۷±۱۱/۵۹	۳/۵۲	۶	P=۰/۰۱	
	گروه شاهد	۷۰/۱۴±۱۱/۲۵	۷۰/۰۰±۱۱/۰۰	۰/۱۹	۶	P=۰/۸۵	
زیرمقیاس پاسخ دفاعی	گروه آزمون	۱۹/۸۶±۴/۸۸	۲۱/۱۴±۱۰/۰۴	-۰/۳۵	۶	P=۰/۷۴	
	گروه شاهد	۱۴/۰۰±۳/۳۲	۱۳/۲۹±۳/۶۴	۱/۳۷	۶	P=۰/۲۲	
زیرمقیاس پریشانی والد	گروه آزمون	۳۱/۴۳±۹/۷۱	۴۵/۵۷±۱۲/۱۱	-۵/۳۰	۶	P<۰/۰۰۱	
	گروه شاهد	۲۸/۵۷±۵/۸۳	۲۸/۲۹±۷/۲۷	۰/۲۵	۶	P=۰/۸۱	
زیرمقیاس اختلال عملکرد در ارتباط	گروه آزمون	۴۱/۲۹±۹/۴۵	۴۹/۴۳±۹/۶۱	-۰/۳۷۲	۶	P=۰/۰۱	
کودک-والد	گروه شاهد	۲۸/۷۱±۷/۱۱	۲۸/۰۰±۶/۴۳	۰/۶۹	۶	P=۰/۵۲	
زیرمقیاس کودک مشکل	گروه آزمون	۲۷/۴۳±۷/۲۵	۳۳/۴۳±۷/۸۷	-۲/۰۱	۶	P=۰/۰۹	
	گروه شاهد	۲۶/۷۱±۷/۷۴	۲۶/۲۹±۹/۱۸	۰/۴۱	۶	P=۰/۷۰	
نمره کلی پرسش نامه ی تنش	گروه آزمون	۸۰/۲۹±۲۱/۷۸	۱۰۶/۵۷±۲۳/۵۹	-۳/۶۳	۶	P=۰/۰۱	
والدین- فرم کوتاه	گروه شاهد	۷۰/۰۰±۱۶/۷۲	۶۹/۲۹±۱۷/۶۴	۰/۴۳	۶	P=۰/۶۸	

بحث

متغیر نیز به طور جداگانه بررسی شد که تفاوت معنی داری بین

دو گروه دیده نشد ($P=۰/۴۸$).

در مقایسه‌ی متغیر تحصیلات مادران و سن مادران نیز در دو گروه تفاوت معنی داری گزارش نگردید (به ترتیب $P=۰/۴۵$ و $P=۰/۶۳$). در مجموع با وجود تصادفی بودن انتخاب کودکان گروه آزمون و شاهد، این دو گروه در متغیرهای جمعیت‌شناختی مورد مطالعه از همگنی قابل توجهی برخوردار بودند که در تحلیل سایر متغیرها کمک کننده می‌باشد.

در خصوص نمرات مقیاس یول، تفاوت معنی داری بین گروه آزمون با شاهد پیش از انجام درمان مداخله‌ای مشاهده نمی‌شود

در مطالعه‌ی حاضر ۱۴ کودک (۸ دختر و ۶ پسر) در مطالعه شرکت داشتند (در گروه آزمون ۴ پسر و ۳ دختر و در گروه شاهد ۵ دختر و ۲ پسر) که نسبت دختر به پسر در دو گروه از اختلاف معنی داری برخوردار نبوده است ($P=۰/۲۸$). با توجه به $P=۰/۱۴$ در متغیر سن کودکان نیز تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده نمی‌شود. اگر چه در سنین پایین، میزان تحصیلات می‌تواند متغیر وابسته‌ای به متغیر سن کودک در نظر گرفته شود، لیکن با توجه به اختلاف مشاهده شده در میزان تحصیلات و سن دو کودک از دو گروه آزمون و شاهد، این

کودکان دچار اختلال آسیب‌دیدگی تحولی در سایر بررسی‌ها نیز نشان داده شده است (۱۹).

در مطالعه‌ی حاضر، شاخص تنش والدین-فرم کوتاه نیز جهت گروه آزمون قبل و بعد از انجام بازی درمانی و در گروه شاهد نیز در دو نوبت انجام شد. زیرمقیاس پاسخ‌های دفاعی این پرسش‌نامه جهت ارزیابی صحت پاسخگویی والدین به کار می‌رود. طبق نظر مولف نمرات زیر ۱۰ از این زیرمقیاس، نشان‌دهنده‌ی مقادیر بسیار پایین بوده و از صحت کمی برخوردار هستند (۱۶). در بررسی نمرات این زیرمقیاس مشخص شد یکی از شرکت‌کنندگان نمره‌ی پیش‌آزمون کمتر از ۱۰ به معنای پاسخ‌های با صحت پایین داشته است که در بررسی پس‌آزمون نیز مشاهده شد نمره‌ی همین شرکت‌کننده که یکی از اعضای گروه شاهد بود کمتر از ۱۰ بوده است. نمره‌ی دیگر پاسخ‌دهندگان در محدوده‌ی ۸۵-۱۱ بود که از صحت خوبی برخوردار بوده‌اند. بنابراین اگر چه میانگین نمرات زیرمقیاس پاسخ‌دفعی در دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت، لیکن با توجه به این که نمرات اکثر شرکت‌کنندگان در این زیرمقیاس در بازه‌ی نرمال بوده است و مشخص شد تنها یکی از پرسش‌نامه‌ها از صحت کافی برخوردار نبوده است، با حذف آن، مقایسه‌ی نمرات کسب شده در شاخص تنش والدین بین دو گروه آزمون و شاهد از دقت خوبی برخوردار بود. مقایسه‌ها نشان داد که زیرمقیاس‌های پریشانی والد و کودک مشکل در شروع مطالعه در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشته (به ترتیب $P=0/75$ و $P=0/95$) ولی زیرمقیاس اختلال عملکرد در ارتباط کودک-والد پیش از انجام درمان مداخله‌ای تفاوت معنی‌داری در دو گروه داشته است ($P=0/03$) که این امر تحلیل اثرات درمان بر این متغیر را متاثر خواهد کرد. بر اساس مقایسه‌ی بین گروه آزمون و شاهد در پایان دوره‌ی درمان، زیرمقیاس کودک مشکل تفاوت معنی‌داری بین دو گروه نداشته است ($P=0/20$) ولی تفاوت معنی‌داری در زیرمقیاس‌های پریشانی والد ($P=0/02$) و اختلال عملکرد در ارتباط کودک-والد ($P<0/001$) وجود داشت. بر این اساس می‌توان به سادگی نتیجه گرفت بازی درمانی تحولی مبتنی بر دلبستگی بر زیرمقیاس پریشانی والد، تاثیر قابل توجهی داشته

($P=0/10$) که به معنای همگنی دو گروه مورد مقایسه در مورد علایم ناشی از آسیب در کودکان می‌باشد. اما پس از اتمام دوره‌ی درمان در نمرات گروه آزمون، تفاوت معنی‌دار ($P=0/02$) ولی در گروه شاهد، تفاوت نمرات بدون معنا بوده است ($P=0/85$). به عبارت دیگر کودکان تحت درمان بهبودی علایم را تجربه کرده‌اند، در حالی که بهبودی در گروه شاهد رخ نداده بود. علاوه بر آن، تفاوت بین دو گروه نیز در پایان دوره‌ی درمانی با توجه به $P<0/001$ معنی‌دار بوده است. به عبارت دیگر بهبودی علایم کودکان از تغییرات تصادفی علایم در گروه شاهد که بتواند به گذشت زمان و تقویت مکانیسم‌های تطابقی کودک نسبت داده شود، به طور معنی‌داری بیشتر بوده است. در مطالعات دیگری نیز از مقیاس یول جهت ارزیابی میزان آسیب ناشی از آسیب در کودکان بهره گرفته شده است. در مطالعه‌ای بر روی کودکان دچار سانحه‌ی آتش‌سوزی در شهرکرد مشخص گردیده که استفاده از راهکارهای درمانی مانند گروه‌های کاری، بازگویی روان‌شناختی و شناخت افکار اجتماعی در کاهش معنی‌دار نمرات مقیاس یول موثر بوده است (۱۵). در مطالعه‌ی دیگری که در جمعیت کودکان دچار سانحه‌ی زلزله انجام گردید، بازی درمانی گروهی متمرکز بر سوگ باعث کاهش معنی‌دار در نمرات مقیاس یول گردید (۱۰). در مطالعه‌ی شهرکرد، میانگین نمره‌ی قبل از مداخله در گروه سنی ۵-۱۰ سال، $54/26 \pm 13/8$ و بعد از مداخله $43 \pm 5/7$ بوده است که نشان‌دهنده‌ی کاهش میانگین نمره از شدت متوسط به خفیف می‌باشد (۱۵). در مطالعه‌ی حاضر نیز که دامنه‌ی سنی مشابهی دارد، نتایج مشابه بوده است. چرا که میانگین نمره‌ی پیش‌آزمون $57/22 \pm 15/57$ و نمره‌ی پس از مداخله‌ی درمانی $46/57 \pm 11/59$ بوده که تغییر از طبقه با شدت متوسط به خفیف را می‌رساند. همان طور که مشاهده می‌شود با وجود تفاوت در روش‌های درمانی مورد استفاده، در تمام مطالعات تغییرات در مقیاس یول نشان‌دهنده‌ی کاهش میزان دیسترس وارد بر کودک و در نتیجه دست‌یابی وی به سطوح بالاتری از سلامت روان می‌باشد. اثربخشی مشاهده شده از روش بازی درمانی تکاملی مبتنی بر دلبستگی به شکل کاهش علایم هیجانی

است ولی باعث تغییر معنی داری در زیرمقیاس کودک مشکل نشده است. تفسیر اثرات درمان بر زیرمقیاس اختلال عملکرد در ارتباط کودک-والد، با توجه به وجود تفاوت معنادار بین نمرات پیش آزمون در دو گروه آزمون و شاهد، نیاز به توجه بیشتری دارد. به همین جهت به مقایسه نمرات پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمون و شاهد به طور جداگانه پرداختیم. مقایسه نمرات گروه آزمون، قبل و بعد از مداخله درمانی، نشان از تغییر معنی دار در زیرمقیاس های پریشانی والد ($P < 0.001$) و اختلال عملکرد در ارتباط کودک-والد ($P = 0.01$) داشت در حالی که چنین تفاوتی در زیرمقیاس کودک مشکل در گروه آزمون و در هیچ یک از زیرمقیاس های گروه شاهد دیده نشد. تغییر معنی دار مشاهده شده در زیرمقیاس پریشانی والد در گروه آزمون با توجه به نتایج قابل توجه و معنی دار حاصل از مقایسه دو گروه در پایان دوره درمان قابل پیش بینی بود، ولی تفاوت معنی دار در نمرات زیرمقیاس اختلال عملکرد در ارتباط کودک-والد گروه آزمون با توجه به عدم تغییر معنی دار در نمرات این زیرمقیاس در گروه شاهد بسیار حایز اهمیت می باشد. بر این اساس می توان نتیجه گرفت که بازی درمانی انجام شده جهت کودکان با بهبودی قابل توجه در روابط کودک-والد همراه بوده است. به طور کلی نمرات مربوط به والدین در شاخص PSI-SF معطوف به وضعیت دلبستگی مادر-کودک می باشد (۱۶). از این رو می توان عنوان کرد که بازی درمانی می تواند بر

تقویت و تکامل دلبستگی مادر-کودک موثر باشد. از سوی دیگر زیرمقیاس کودک مشکل، بیشتر بر نوع رفتار مداخله گرانه والدین دلالت دارد که در این مطالعه ثابت نشد که بازی درمانی تحولی مبتنی بر دلبستگی بتواند تغییرات قابل توجهی بر رفتارهای مادر به عنوان والد شرکت کننده در مطالعه داشته باشد (۱۶).

در ارزیابی نمره کل پرسش نامه، تفاوت معنی داری بین گروه آزمون با شاهد پیش از انجام درمان مداخله ای در نمرات پرسش نامه ی تنش والدین-فرم کوتاه وجود نداشت ($P = 0.34$). لیکن پس از انجام درمان، تفاوت بین دو گروه با توجه به $P = 0.01$ معنی دار بوده است. همان طور که این تفاوت معنی دار در گروه آزمون در نمرات کسب شده قبل از مداخله درمانی با نمرات بعد از مداخله نیز دیده شد ($P = 0.01$). لیکن در مقایسه نمرات کسب شده در گروه شاهد مشاهده شد که تفاوت نمرات بدون معنا بوده است ($P = 0.68$).

نتیجه گیری

بر این مبنا می توان نتیجه گرفت که جدا از عوامل مداخله گر مانند گذر زمان یا حمایت های گروهی و خانوادگی که می توانند بر نتیجه ی اختلالات ناشی از آسیب موثر باشند، بازی درمانی تحولی مبتنی بر دلبستگی باعث کاهش نمرات شاخص تنش والدین شده است که نشان از خودباوری بالاتر والدین (در این مطالعه، مادران شرکت کننده) و توانمندی بیشتر ایشان در کنترل موارد تنش زا می باشد.

References

1. Child Maltreatment: Reports from the States to the National Child Abuse and Neglect Data System, Children's Bureau, Agency for Children and Families, 2003. Available from: URL; <http://www.ndacan.cornell.edu>
2. van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Mandel FS, Spinazzola J. Disorders of Extreme Stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma. J Trauma Stress 2005; 18(5): 389-99.
3. Pop-Jordanova N, Zorcec T. Child trauma, attachment and biofeedback mitigation. Prilozi 2004; 25(1-2): 103-14.

4. Pfefferbaun B. Post-traumatic stress disorder in children: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1997; 36(11): 1503-11.
5. Clark CC. Post traumatic stress disorder: How to support healing. *Am J Nurs* 1997; 97(8): 27-32.
6. Teplin LA, Abram KM, McClelland GM, Dulcan MK, Mericle AA. Psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59(12): 1133-43.
7. Widom, CS, Maxfield MG. A prospective examination of risk for violence among abused and neglected children. *Ann N Y Acad Sci* 1996; 794: 224-37.
8. Romano E, De Luca RV. Exploring the relationship between childhood sexual abuse and adult sexual perpetration. *J Fam Violence* 1997; 12(1): 85-98.
9. Perry BD. Posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Curr Opin Pediatr* 1999; 11(4): 310-12.
10. Mahmoudi-Gharaei J, Bina M, Yasami MT, Emami A, Naderi F. Group play therapy effect on Bam earthquake related emotional and behavioral symptoms in preschool children: A before-after trial. *Iran J Pediatr* 2006; 16(2): 137-41.
11. Wethington HR, Hahn RA, Fuqua-Whitley DS, Sipe TA, Crosby AE, Johnson RL, et al. The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: A systematic review. *Am J Prev Med* 2008; 35(3): 287-313.
12. Bady Z. [Effectiveness of play therapy, cognitive-behavioral therapy in reducing aggression in children with conduct disorder (single case study)]. *Iranian psychiatry and clinical psychology* 2001; 7(1-2): 111. (Persian)
13. Janatian S, Nouri A, Shafte A, Molavi H, Samavatyan H. [Effectiveness of play therapy on the bases of cognitive behavior approach on severity of symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) among primary school male students aged 9-11]. *Journal of behavioral sciences research* 2007; 6(2): 109-18. (Persian)
14. Zareapour A, Falahi Khoshknab M, Kashaninia Z, Biglarian A, Babashahabi R. [Effect of group play therapy on depression in children with cancer]. *Scientific journal of Kurdistan University of Medical Sciences* 2009; 14(3): 64-72. (Persian)
15. Moezi M, Shakeri M, Khadivi R, Pourheidar B. [The prevalence and severity of post traumatic stress disorder (PTSD) and its impact on mental health interventions in children and adolescents in the village of Chahar Mahal and Bakhtiari Sfyln]. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences* 2007; 9(1): 63-9. (Persian)
16. Abidin RR. Parenting stress index: Professional manual. 3rd ed. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1995: 20.
17. Ethier LS, LAsharite C, Couture G. Childhood adversity, parental stress and depression of negligent mothers. *Child Abuse Negl* 1995; 19(5): 619-32.
18. Pipp-Siegel S, Sedey AL, Yoshinaga-Itano C. Predictors of parental stress in mothers of young children with hearing loss. *J Deaf Stud Deaf Educ* 2002; 7(1): 1-17.
19. Lefebvre-McGevna JA. A developmental attachment-based play therapy (ADAPT^(TM)): A new treatment for children diagnosed with reactive attachment and developmental trauma disorders. University of Hartford, September 2006: 111.