

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال شانزدهم شماره ۶۱ بهار ۱۴۰۰

اثربخشی بازی درمانی شناختی بر علائم اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی و تکانشگری دانش‌آموزان ابتدایی پسرانه دوره اول تبریز

میکائیل حسین‌زاده

*دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۰/۲۳

تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۰۸/۱۳

چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی بازی‌درمانی شناختی بر علائم اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی و تکانشگری دانش‌آموزان دبستان دوره اول (اول تا سوم ابتدایی) بود. روش تحقیق این پژوهش شبه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. پس از غربالگری دانش‌آموزان پسر دوره اول ابتدایی ارجاعی به مراکز مشاوره نواحی ۳ و ۵ تبریز که دارای اختلال یادگیری و بیش‌فعالی بودند، ۳۰ دانش‌آموز انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند و پس از اجرای پیش‌آزمون (آزمون کانرز فرم معلم) برای هر دو گروه، بسته آموزشی بازی‌درمانی در طی ۱۰ جلسه یک‌ساعته به گروه آزمایش ارائه گردید و گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. سپس پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا و داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نمرات گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مقیاس فرم معلم کانرز (در سطح $p < 0/001$) در پس‌آزمون تغییر معنی‌داری داشت. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان نتیجه گرفت که بازی‌درمانی شناختی موجب کاهش علائم نقص توجه / بیش‌فعالی و تکانشگری شده و این رویکرد به درمانگران و متخصصان روان‌شناسی پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: نقص توجه؛ بیش‌فعالی و تکانشگری؛ بازی‌درمانی شناختی - رفتاری

مقدمه

کودکی مهم‌ترین مرحله رشد هر انسان است، زیرا پایه‌ی شخصیتی و شناختی فرد در این دوره پایه‌گذاری می‌شود. هر نوع توقف یا شکست در این دوره اثر نسبتاً بلندمدت بر زندگی وی داشته و در صورت عدم استفاده از شیوه‌های مناسب مقابله‌ای و مداخله‌ای، آسیب دائمی وارد خواهد ساخت. اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی^۱ (ADHD) یک اختلال شایع در کودکان محسوب می‌شود و ۶ درصد آن‌ها را مبتلا می‌کند (وایس، موری و وایس^۲، ۲۰۰۲). میزان تشخیص این اختلال در کودکان در حال افزایش هست (گروار، لوزانو، ویکیزر، مل و گفارت^۳، ۲۰۰۱) و از ۱۹ نفر در هر هزار نفر در سال ۱۹۹۰، به ۵۹ نفر در سال ۱۹۹۸ رسیده است (رولند و همکاران^۴، ۲۰۰۱). این اختلال به عنوان یک مسئله اساسی برای روان‌پزشکان، روانشناسان، والدین و معلمان مطرح گردیده است، اهمیت اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی به دلیل شیوع بالای آن است و این که پیامدهای این اختلال بر ابعاد مختلف کنش مندی و تحول بهنجار فردی اثر می‌گذارد (عمادیان، بهرامی، حسن‌زاده و بنی‌جمالی، ۱۳۹۵). میزان شیوع این اختلال در بین پسرها و دخترها ۶ به ۱ است همچنین دخترها نسبت به پسرها علائم افسردگی، انزوای اجتماعی، اضطراب و پریشانی بیشتری از خود نشان می‌دهند (بارکلی^۵، ۱۹۹۷). اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان است به طوری که علت مراجعه در ۵۰٪ کلینیک‌های روان‌پزشکی اطفال هست (عبداللهیان، شاکری و وثوق^۶، ۱۳۸۳). اهمیت اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی به دلیل شیوع بالای آن است و پیامدهای این اختلال بر ابعاد مختلف کنشگری و تحول بهنجار فردی اثر می‌گذارند. کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی افرادی پرحرف، لجباز و خودسر هستند و این کودکان با والدین همراه نیستند و از آن‌ها اطاعت نمی‌کنند، از دیگران توقع کمک دارند و نمی‌توانند به‌گونه‌ای مستقل به بازی و فعالیت بپردازند (عمادیان، بهرامی، حسن‌زاده و بنی‌جمالی، ۱۳۹۵). این اختلال با زندگی کودک در خانواده، مدرسه و اجتماع تداخل می‌کند به طوری که ناتوانی‌های کودک می‌تواند حتی تا سنین بلوغ ادامه یابد و در موارد عدم درمان، کودک را برای آسیب‌پذیری اجتماعی و روان‌پزشکی در سال‌های بعد زندگی مستعد می‌کند. در مدرسه کودکان مبتلا به این اختلال قادر به انجام تکالیف نبوده و نیازمند توجه بیشتری از سوی معلمین هستند. در خانه اغلب از والدین پیروی نمی‌کنند. این کودکان تکانشی عمل می‌کنند و دچار بی‌ثباتی هیجانی بوده و تحریک‌پذیر و انفجاری هستند. در حدود ۷۵٪ کودکان مبتلا به ADHD نشانه‌های رفتار پرخاشگری و نافرمانی را به‌طور نسبتاً ثابتی نشان می‌دهند (عبداللهیان و همکاران^۷، ۱۳۸۳). فراوانی بالای اختلال‌های روان‌پزشکی همراه با این اختلال، در مطالعات بالینی و همه‌گیر شناسی گزارش شده است (پلیسکا^۸، ۲۰۰۰؛ بیدرمن^۹ و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۶). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است که تقریباً ۷۳ درصد کودکان مبتلا به این اختلال، حداقل یک اختلال دیگر و ۶۷ درصد، بیش از دو اختلال دیگر را به صورت همزمان دارند (پلیسکا^۸، ۲۰۰۹، مک‌گوک^{۱۱} و همکاران^{۱۲}، ۲۰۰۵؛ کادسجو^{۱۰} و گیلبرگ^{۱۱}، ۲۰۰۱). طی ۳ دهه اخیر روش‌های درمانی متنوعی برای رویارویی با نشانه‌های این اختلال، به کار گرفته شده است (کاپلان-سادوک^{۱۱}، ۱۳۹۶)، لیکن امروزه، روش درمانی منحصربه‌فردی برای مواجهه با این اختلال ابداع نشده است (راپورت^{۱۲}، ۲۰۰۱). تلاش‌های فعلی درمان این اختلال بیش از پیش بر تغییر و تعدیل

¹ Attention Deficit /Hyperactive Disorder

² Weiss, Murray & Weiss

³ Guevara, Lozano, Wickizer, Mell & Gephart

⁴ Rowland et al

⁵ barkeli

⁶ Pliszka

⁷ Biederman

⁸ Me Cough

⁹ Kades Jo

¹⁰ Gillberg

¹¹ Kaplan & Sadock

¹² Rapport

همبسته‌های عصبی، زیست‌شیمیایی از طریق دارودرمانی معطوف شده‌اند (دل آنجلو^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). اگرچه درمان دارویی برای اکثریت کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مفید است اما بسیاری از کودکان هنوز مشکلات باقی‌مانده‌ای در توجه دارند، بنابراین روش‌های غیرپزشکی که توانایی کودکان را برای توجه کردن بهبود بخشد می‌تواند برای بسیاری از کودکان مبتلا به این اختلال مفید باشد (عابدی، قوام ۱۳۸۸). مداخلات غیرپزشکی برای درمان این اختلال تلاش می‌کنند از راهبردهای رفتاری برای افزایش توجه در کودکان از طریق فراهم کردن تقویت‌کننده‌هایی برای بهتر توجه کردن استفاده کنند (کرنز^۲ و همکاران، ۱۹۹۹). در این راستا محققان فن‌هایی را برای آموزش توجه به کاربرده و میزان اثربخش بودن آن را مورد مطالعه قرار داده‌اند. این فن‌ها بر این اصل استوار شده‌اند که توانایی توجه کردن را می‌توان توسط فراهم کردن فرصت‌های نظام‌مند برای تمرین جنبه‌های خاص توجه بهبود بخشید (تانگ و پوزنر^۳، ۲۰۰۹). سمروود و کلیکمن^۴ و همکاران (۱۹۹۹)، رودا^۵ و همکاران (۲۰۰۵)، کیلینگ^۶ و همکاران (۲۰۰۸) و فایانو^۷ و همکاران (۲۰۰۹) تأثیر درمان‌های رفتاری و آموزش مهارت‌ها را بر اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی بررسی کردند که یافته‌های آنان بر مؤثر بودن راهکارهای مورد آزمایش در کاهش علائم این اختلالات تأکید داشت و از طرف دیگر والر و سیدمن^۸ و فیتز و گرالد و دایتس^۹ از فن‌های آموزش توجه استفاده نمودند و تومپورسکی و همکاران، تومپورسکی و گانیو^{۱۰} آندیفرن^{۱۱} و همکاران و فراگن - پینخام هیلی و اونیل^{۱۲} به اثربخشی حرکات ورزشی ایروبیک و فعالیت‌های بدنی موزون بر توجه و حافظه کاری اشاره نمودند (نقل از عابدی، کاظمی، شوشتری، گلشنی منز، ۱۳۹۱).

هدف نهایی درمان ADHD، توانا ساختن کودکانی است که بتوانند بر مشکلاتی که در طول زندگی با آن‌ها مواجه می‌شوند، فائق آیند. این هدف را نمی‌توان با دارودرمانی یا وادار کردن کودکان به رعایت قواعد به دست آورد، بلکه تنها راه انجام رساندن آن، آموزش شیوه برخورد با مردم و وظایفی است که در نحوه عملکرد روزانه کودک مفید است (گراهام ساندارا، لویندوفسکی و آلیتیا^{۱۳}، ۱۹۹۸). مداخلات غیرپزشکی برای درمان این اختلال تلاش می‌کنند از راهبردهای رفتاری برای افزایش توجه در کودکان از طریق فراهم کردن تقویت‌کننده‌هایی برای بهتر توجه کردن استفاده کنند (کرنز و همکاران، ۱۹۹۹). شایع بودن این اختلال در کودکان و صدمات جبران‌ناپذیری که در عملکرد فردی و عقلی کودک گذاشته، شناسایی به هنگام و مداخله مناسب می‌تواند نقش چشمگیری در جلوگیری از پیامدهای آن داشته باشد (شهیم، مهرانگیز و یوسفی، ۱۳۸۶). از طرف دیگر بسیاری از والدین در مورداستفاده از داروها دچار تردید هستند (مونستر، قفقازی، نقل از عمادیان و همکاران، ۱۳۹۵). علت این تردید احتمالاً نگرانی از مصرف طولانی مدت داروهای روان‌محرك و آثار جانبی آن‌ها از قبیل بی‌اشتهایی، اختلال خواب، تهییج پذیری، خشم، اضطراب و در بعضی موارد تشنج و تیک است (لوبر، نیهارت، نقل از عمادیان و همکاران، ۱۳۹۵) بنابراین درمان این اختلال از اهمیت به‌سزایی برخوردار است تا از سرعت علائم کاسته شود و مبتلایان در زمینه‌های شخصی، تحصیلی و اجتماعی در آینده دچار مشکل نشوند. درمان‌های دارویی به

¹ Del Anjo

² Kerns et.al

³ Tang & Posner

⁴ Samrod & Klikman

⁵ Rueda

⁶ Kieling

⁷ Fabyano & et al

⁸ Valeva & Seidman

⁹ Fittz&Grald&Ditess

¹⁰ Tomporwski & Ganio

¹¹ Andiffren

¹² Fragala & Pinkham & Halley & Neil

¹³ Graham, Sandra, Levendosky& Alytia

ویژه با داروهای محرک، شیوه‌های رفتاردرمانی (آموزشی خود هدایتی و آموزش والدین) و بازی‌درمانی و قصه درمانی از جمله شیوه‌های درمانی هستند که برای درمان افراد مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی مورد استفاده قرار می‌گیرد (علیزاده، نقل از کهریزی و همکاران، ۱۳۹۳). یکی از درمان‌های مؤثر در حوزه علوم رفتاری بازی‌درمانی است. بازی‌درمانی با فراهم کردن محیطی امن، باعث تخلیه هیجانی و کاهش تنش و بیان آزاد عواطف و احساسات می‌شود و تحقیقات اثربخشی آن را بر پرخاشگری، اضطراب، بی‌اختیاری ادرار و مدفوع و بسیاری از اختلالات دیگر نشان داده‌اند (آزادی منش و همکاران، ۱۳۹۶). بسیاری از فن‌های بازی‌درمانی برگرفته از فن‌های مورد استفاده روانکاوان نو فرویدی مثل آنا فروید، ملانی کلاین و دیگران هست. روان‌شناسان شناختی-رفتاری نیز برای درمان اختلالات کودکان از بازی‌درمانی استفاده نموده‌اند (نقل از جنتیان و همکاران، ۱۳۸۷).

پژوهش‌های متعددی در خصوص تأثیر بازی‌درمانی شناختی-رفتاری^۱ در کاهش علائم نقص توجه / بیش‌فعالی و تکانش‌گری صورت گرفته است که از جمله می‌توان به پژوهش النیجر، ابوالمجد و احمد (۲۰۱۷)، رابینسون و همکاران^۲ (۲۰۱۷)، هوشینا و همکاران^۳ (۲۰۱۷)، پیختینا و همکاران^۴ (۲۰۱۲) بارکلی (۲۰۱۱)، گچرکول (۲۰۱۲) فینتز^۵ (۲۰۱۲)، آلاکسان و همکاران (نقل از شیرچرندابی، ۱۳۹۶)، جانسما و کامب^۶ (۲۰۰۹)، فایبانو (۲۰۰۹)، ری، شاتل کرب و تسای (۲۰۰۷)، بیسا (نقل از عمادیان و همکاران، ۱۳۹۵)، اکانر، براورمن^۷ (نقل از براتون و همکاران^۸، ۲۰۰۵)، شیرچرندابی (۱۳۹۶)، قربانی عشین، طالبی، جهاندار و ربانی زاده (۱۳۹۵)، آزادی منش و همکاران (۱۳۹۶)، رحیمی پردنجانی، غباری بناب، افروز و فرامزی (۱۳۹۵)، نیک نسب و همکاران (۱۳۹۶)، مقدم، حاجی‌زاده و حبیب زاده (۱۳۹۵)، عبدالهیان و همکاران (نقل از شیرچرندابی (۱۳۹۶)، اکبری و رحمتی (۱۳۹۴)، سلیمانی آدریانی و همکاران (۱۳۹۵)، شفقتی، موحدی و صالحی (۱۳۹۳)، بخشایش و میر حسینی (۱۳۹۳)، نجفی و سر پولکی (۱۳۹۴)، قدرتی و شرفی پور (۱۳۹۴)، رباعی و مالکیان (۱۳۹۳)، محب، امیری و بهروش (۱۳۹۲)، غبائی زاده (۱۳۹۲)، جعفری (۱۳۹۱)، حسن‌آبادی، محمدی و احقر (۱۳۹۰)، نادری و همکاران (۱۳۸۹)، اشاره کرد که یافته‌های آنان نشان می‌دهد که بازی‌درمانی شناختی-رفتاری در کاهش علائم نقص توجه و بیش‌فعالی و تکانش‌گری و اضطراب و افزایش مهارت‌های رفتاری کودکان مبتلا به اختلالات ADHD تأثیر معنی‌داری داشته است. ولی برخلاف پژوهش‌های فوق، هرینگتون، ویتاکر، شبریج و کمبل^۹ (۱۹۹۸) اشاره کرده‌اند که برخی محققین معتقدند که درمان‌های شناختی-رفتاری برای اختلالات خفیف مفید بوده و برای اختلالات شدید هنوز توصیه نمی‌شوند. در این راستا، یافته‌های همکاران (۲۰۱۴)^{۱۰}، ایگیوم و همکاران^{۱۱} (۲۰۱۴)، یانگ و همکاران^{۱۲} (۲۰۱۳)، هالپرین و هیلی^{۱۳} (۲۰۱۳) نشان داد که استفاده از بازی و بازی‌درمانی عملکرد مثبت والدین را تا حدی افزایش داده و کمتر به کاهش شدت نشانه‌های بالینی کودکان ADHD منجر شده است، بنابراین در تعمیم نتایج بایستی با احتیاط عمل کرد. مک گیو^{۱۴} (۲۰۰۰) از پژوهش خود نتیجه‌گیری کرد که بازی‌درمانی تأثیر معناداری در کاهش مشکلات رفتاری و افزایش سازگاری کودکان نداشته است.

¹ Cognitive Behavior Play Therapy

² Robinson

³ Hoshina

⁴ Pykhtina

⁵ Fintez

⁶ Jansma & Comb

⁷ Ocoonnor & Braverman

⁸ Bratton

⁹ Harrington, Whittaker, Shoebridge, Campbell

¹⁰ Vural et al

¹¹ Eggum et al

¹² Yang et al

¹³ Halperin & Healey

¹⁴ McGive

با توجه به مطالب فوق الذکر و بررسی پیشینه پژوهش‌های انجام شده در زمینه بازی درمانی و اثربخشی آن، احتمال این که بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری به عنوان یک تکنیک درمانی بتواند نقش مؤثری در درمان و کنترل اختلال نقص توجه/بیش فعالی داشته باشد، تقویت می‌گردد به خصوص پژوهش در زمینه شناختی- رفتاری برای درمان این اختلال، به دلیل این که عوارض جانبی داروها را ندارند، مفید بوده و احتمال اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری در کاهش علائم ADHD به دلیل نداشتن عوارض سوء مانند داروها، وجود دارد، بنابراین محقق درصدد استفاده از روش بازی درمانی شناختی- رفتاری در کاهش علائم اختلال نقص توجه و بیش فعالی در دانش‌آموزان دوره ابتدایی بود. منافع حاصل از تحقیق می‌تواند در آموزش کودکان ADHD مورد استفاده قرار گیرد تا از میزان کم توجهی و بیش فعالی آن‌ها بکاهد.

روش پژوهش

روش تحقیق حاضر نیمه آزمایشی، طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این تحقیق، کلیه دانش‌آموزان پسر پایه اول، دوم و سوم دبستان دارای اختلال نقص توجه- بیش فعالی و تکانشگری نواحی پنج‌گانه شهر تبریز در سال ۱۳۹۶ بود که از میان ۵ ناحیه، نواحی ۳ و ۵ بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و به مراکز مشاوره نواحی مذکور مراجعه پس از دریافت لیست افراد ارجاعی با عنوان اختلال مذکور و مراجعه به مدارس مربوطه و پس بررسی‌های بالینی توسط روان‌شناس بالینی و تشخیص افراد دارای اختلال، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه آماری انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جای گرفته و قبل از اجرای برنامه آموزشی، مقیاس کانتز فرم معلم (۱۹۹۸) بر روی معلمان گروه کنترل و آزمایش اجرا گردید. سپس بسته آموزشی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر اساس مکتب نل (۱۳۹۵) طی ۱۰ جلسه ۱ ساعته بر روی دانش‌آموزان گروه آزمایش اجرا و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نمود.

جدول (۱) جلسات بازی درمانی

جلسه	موضوع جلسه	توضیحات
۱	معارفه و آشنایی با ابزارها و نحوه اجرا جلسات	حضور اولیاء جهت یادگیری نحوه بازی‌ها به منظور انجام دادن بازی‌ها همراه با کودک در خانه
۲	دوم بازی تخته توازن	پیمودن یک مسیر با تخته مسطح که بر روی آن توپ تیس قرار داشت
۳	ردیابی تپله بر روی سطح شیب‌دار	رها کردن تپله بر روی سطح مسطح و تعقیب آن‌ها تا به محل تعیین شده بیافتند
۴	بازی تایر	حرکت دادن چرخ و تعقیب آن
۵	بازی پیچ و مهره	باز و بسته کردن پنج پیچ و مهره در زمان معین
۶	بازی نردبان گام زدن	بالا رفتن و پایین آمدن از نردبان پلاستیکی
۷	بازی خم شدن	خم شدن و گذاشتن دست بر روی اشکال هندسی روی زمین
۸	بازی تانگرام	بازسازی اشکال موجود در کارت‌ها بر روی میز
۹	پرتاب حلقه	انداختن حلقه‌ها بر میله‌های مقابل
۱۰	تمرین برخی بازی‌های جلسات قبل و خداحافظی با کودکان	تکرار برخی بازی‌های قبلی

به فاصله یک هفته بعد از اتمام جلسات آموزشی، پس از آزمون توسط مقیاس مذکور برای هر دو گروه اجرا شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس معلم کانرز استفاده شد. این مقیاس یک ابزار ۳۹ سؤالی است. برای به دست آوردن نمره اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی در کودکان، نمرات هر خرده مقیاس باهم جمع شده و جهت تجزیه و تحلیل وارد سیستم SPSS گردید. مقیاس‌های درجه‌بندی کانرز در زمره پرسشنامه‌های معتبر مورد استفاده در دنیا، جهت سنجش مشکلات رفتاری کودکان، قرار دارند. این پرسشنامه‌ها در بین مقیاس‌های مختلف سنجش رفتار کودکان، به سبب داشتن چندین خصوصیت، کاربرد وسیعی در دنیا داشته است. نمره‌گذاری توسط ارزیابان مختلف، داشتن فرم‌های کوتاه و بلند، در نظر گرفتن گستره‌ای از مشکلات رفتاری کودکان که در موقعیت‌های مختلف می‌توان از آن استفاده کرد، استفاده وسیع در تشخیص‌های بالینی و همچنین روایی و پایایی مطلوب در فرهنگ‌های مختلف از خصوصیات برجسته این مقیاس‌ها است. در کانادا فرم معلم این مقیاس در سال ۱۹۹۸ توسط کانرز و همکاران مورد بررسی قرار گرفت. دامنه ضرایب آلفا برای پنج زیر مقیاس از ۷۶٪ تا ۹۴٪ برای دخترها و پایایی با روش باز آزمایی از ۴۷٪ (مشکلات بی‌توجهی) تا ۸۶٪ (اختلال سلوک) متغیر بود (نقل از شهیم، یوسفی و شهبائیان، ۱۳۸۶). این مقیاس در ایران توسط شهیم و همکاران (۱۳۸۶) ترجمه و اعتبارسنجی شده است. آن‌ها گزارش کرده‌اند که از تحلیل عوامل پنج‌گانه ضرایب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه معادل ۸۶٪ و برای زیر مقیاس‌ها از ۷۴٪ برای بیش‌فعالی تا ۸۹٪ برای بی‌توجهی - رؤیای‌پردازی متغیر بود.

جدول (۲) خرده مقیاس‌ها و شماره سؤالات در تست کانرز (فرم معلم)

عبارت	عامل
۳۸-۳۵-۳۱-۳۰-۲۸-۲۷-۲۵-۲۱-۲۰-۱۹-۱۸-۱۷-۱۶-۱۵-۱۴-۵-۲	مشکلات سلوک
۳۹-۳۷-۳۳-۳۲-۲۶-۲۳-۲۲-۱۱-۹-۸-۷-۴-۲	کم‌توجهی - رؤیای‌پردازی
۲۱-۱۶-۱۴-۹-۶-۵-۳-۲-۱	بیش‌فعالی / تکانش‌گری
۳۳-۳۲-۲۲-۱۳-۱۲-۱۰	اضطراب - خجالتی
۳۶-۳۴-۲۹-۲۴	انفعالی بودن

توجه: مواد بعضی از خرده مقیاس‌ها در بیش از یک عامل مشترک است و برای محاسبه نمره کل تست نمره هر عامل یک‌بار محاسبه می‌شود. مواد مشترک در خرده مقیاس‌ها بدین قرار است: (۳۳،۳۲،۲۲،۲۱،۱۶،۱۴،۹،۵،۲).

۱- نمره سلوک از ۰ تا ۵۱ در نوسان بوده و نمره بالاتر از ۲۵/۵ نشان‌دهنده وجود اختلال است.

۲- نمره کم‌توجهی از ۰ تا ۳۳ در نوسان بوده و نمره بالاتر از ۱۷/۵ نشان‌دهنده وجود اختلال است.

۳- نمره بیش‌فعالی از ۰ تا ۲۷ در نوسان بوده و نمره بالاتر از ۱۳/۵ نشان‌دهنده وجود اختلال است.

۴- نمره اضطراب از ۰ تا ۲۱ در نوسان بوده و نمره بالاتر از ۱۰/۵ نشان‌دهنده وجود اختلال است.

۵- نمره انفعالی بودن از ۰ تا ۱۸ در نوسان بوده و نمره بالاتر از ۹ نشان‌دهنده وجود اختلال است.

ضمناً آزمون جمعاً دارای ۳۹ سؤال هست که نمره کل آزمون از ۰ تا ۱۱۷ در نوسان بوده و نمره ۵/۵۸ به بالا نشان دهنده وجود همه اختلال‌های موجود در جدول هست و در این پژوهش از نمرات خرده مقیاس‌های نقص توجه و بیش فعالی استفاده گردید

یافته‌ها

در این قسمت داده‌ها با استفاده از آزمون کوواریانس در نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شده است.

جدول (۳) شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی	N=۱۵	
بازی	۱۸	۳۲	۲۵/۳۳	۴/۹۰۹	-۰/۱۱۱	-۱/۴۰۲	پیش آزمون	گروه کنترل
درمانی	۱۳	۲۳	۱۸/۶۷	۳/۴۷	-۰/۵۸۲	-۱/۲۳۸		
اختلال نقص توجه	۱۲	۳۳	۲۱/۵۳	۶/۱۲	۰/۵۶۲	-۰/۶۱۱		
بازی	۱۲	۲۲	۱۸/۰۷	۳/۳۶	-۰/۴۰۲	-۱/۰۳۷	پس آزمون	گروه کنترل
درمانی	۶	۲۷	۱۳/۹۳	۶/۷۱	۰/۹۴۹	-۰/۱۹۵		
اختلال بیش فعالی	۱	۲۴	۸/۴۶	۶/۴۲	۱/۰۶۹	۱/۱۴۴		
بازی	۱۲	۳۳	۲۲/۰۶	۶/۵۷	۰/۴۳۲	-۱/۰۴۷	گروه کنترل	اختلال نقص توجه
درمانی	۱۲	۲۴	۱۸/۲۰	۳/۵	۰/۱۹۶	-۱/۱۶۶		

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۳ میانگین اثر بازی درمانی شناختی- رفتاری بر اختلال نقص توجه و بیش فعالی در پس آزمون کاهش یافته است ولی در گروه کنترل افزایش یافته است و نمرات چولگی و کشیدگی در بازه (۲ و -۲) قرار دارد و نشان می‌دهد که داده‌ها نرمال هستند. همچنین با بررسی یافته‌های آزمون نرمالیتیه بودن داده‌ها، گزارش شده است بر اساس آزمون کولموگراف- اسمیرنوف و شپپرو ویلک برای بررسی نرمال بودن داده‌ها در گروه بازی درمانی و گروه کنترل در متغیر اختلال کم توجهی و بیش فعالی در پیش آزمون و پس آزمون در سطح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ نشان داد که داده‌ها نرمال هستند. در نتایج آزمون لون در اثر بازی درمانی بر اختلال کم توجهی با $Df1=1$ و $Df2=28$ و نمره $F=3/599$ و در سطح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۶۸ نشان داد که واریانس متغیر وابسته در بین گروه‌ها یکسان است و از همگنی واریانس‌ها تخطی نکرده است.

جدول (۴) تحلیل کوواریانس اثربخشی بازی درمانی بر علائم اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی/تکانشگری

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
نقص توجه	پیش آزمون	۱	۴۷۷/۲۶۰	۱۶/۹۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸۶
	روش	۱	۸۰۰/۳۳۸	۲۸/۴۸۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱۳
	خطا	۲۷	۲۸/۰۹۷			
بیش‌فعالی/تکانشگری	پیش آزمون	۱	۲۱۳/۸۱۹	۱۰/۰۶۶	۰/۰۰۰۴	۰/۲۷۲
	روش	۱	۶۵۹/۷۵۴	۳۱/۰۶۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۵
	خطا	۲۷	۲۱/۲۴۱			

مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد با کنترل اثر پیش‌آزمون، روش بازی درمانی بر بهبود علائم نقص توجه از نظر آماری معنادار است ($F=28/485$, $p=0/0001$ و $\eta^2=0/513$ مجذور اتا). بعلاوه، مندرجات جدول نشان می‌دهد با کنترل اثر پیش‌آزمون، روش بازی-درمانی بر بهبود علائم بیش‌فعالی/تکانشگری از نظر آماری معنادار است ($F=31/060$, $p=0/0001$ و $\eta^2=0/535$ مجذور اتا).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای اثربخشی بازی درمانی شناختی بر علائم اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی و تکانش‌گری (ADHD) دانش‌آموزان ابتدایی پسرانه دوره اول تبرز بود و تلاش گردید تا کودکان از طریق پرداختن به انواع بازی به صورت انفرادی و گروهی با اسباب‌بازی‌های گوناگون نسبت به احساسات و افکار خود، آگاهی بیشتری کسب کرده، نسبت به مشکلات مهم خود و روش‌های مواجه‌شدن با مشکلات شناخت حاصل کنند، با تعارض‌ها و احساسات ناراحت‌کننده خود مواجه شده و به پیامدهای رفتار خود بیندیشند و در خلال بازی توجه پایدار خود را حفظ کرده و از حالت‌های انگیختگی خود بکاهدند بنابراین یافته‌ها نشان داد که اثر بازی درمان شناختی بر علائم اختلال نقص توجه تأثیر دارد و با یافته‌های پژوهشگرانی از جمله، شیرچرندابی (۱۳۹۶)، قربانی‌عشین و همکاران (۱۳۹۵)، آزادی‌منش و همکاران (۱۳۹۶)، رحیمی‌پردنجانی و همکاران (۱۳۹۵)، بخشایش و میرحسینی (۱۳۹۳)، النیجر، ابوالمجد و احمد (۲۰۱۷)، نیک‌نسب و همکاران (۱۳۹۶)، مقدم و همکاران (۱۳۹۵)، همسو بوده است. یافته‌های آنان نشان می‌دهد که بازی‌درمانی شناختی-رفتاری در کاهش علائم اختلال کمبود توجه تأثیر معنی‌داری داشته است. برای مثال بخشایش و میرحسینی (۱۳۹۳)، در پژوهشی دریافتند بازی‌درمانی را می‌توان به عنوان یک روش اثربخش در کنار سایر روش‌های درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه کودکان و بهبود عملکرد تحصیلی آن‌ها به کاربرد. ولی پژوهش‌های، هرینگتون، ویتاگر، شبرییج و کمبل (۱۹۹۸) اشاره کرده‌اند که برخی محققین معتقدند که درمان‌های شناختی-رفتاری برای اختلالات خفیف مفید بوده و برای اختلالات شدید هنوز توصیه نمی‌شوند. در این راستا، یافته‌های ورال و همکاران (۲۰۱۴)، ایگیوم، ویلکنز و همکاران (۲۰۱۴)، یانگ و همکاران (۲۰۱۳)، هالپرین و هیلی (۲۰۱۳) نشان داد که استفاده از بازی و بازی درمانی عملکرد مثبت والدین را تا حدی افزایش داده و کمتر به کاهش شدت نشانه‌های بالینی کودکان ADHD منجر شده است، بنابراین در تعمیم نتایج بایستی با احتیاط عمل کرد. حسنی و همکاران (۱۳۹۲) نتیجه‌گیری کردند که بازی درمانی شناختی رفتاری بر عزت‌نفس کودکان مبتلا به ADHD تأثیر مثبت داشته ولی در کاهش اضطراب آن‌ها اثر مثبتی نداشته است.

همچنین مک‌گیو (۲۰۰۰) از پژوهش خود نتیجه‌گیری کرد که بازی درمانی تأثیر معناداری در کاهش مشکلات رفتاری و افزایش سازگاری کودکان مبتلا به ADHD نداشته است. در تبیین فرضیه حاضر می‌توان گفت که کودک تجارب خود را از طرق گوناگون، به ویژه بازی‌ها در دوران رشد به دست می‌آورد، بنابراین اگر بتوان به غنی‌سازی محیط و بسترسازی برای بازی‌های کنترلی و حرکتی اقدام نمود احتمالاً به کاهش نشانه‌های اختلال کمبود توجه کودکان مذکور کمک خواهد نمود. در بازی درمانی کودک به کمک درمانگر می‌تواند به بیان احساسات، افکار و باورهای متضاد و معکوس خود بپردازد از آنجاکه کودک با اتاقی پر از اسباب‌بازی‌های مختلف روبه‌رو می‌شود درحالی‌که آزاد است با هر کدام از این اسباب‌بازی‌های که تمایل داشت بازی کند. بازی درمانی برای ایفای نقش و اکتشاف افکار و احساسات بسیار مؤثر هستند. فرصتی برای طرح احساسات، نگرانی‌ها و ایده‌های ابداعی آن‌ها به مراجعان داده می‌شود و به آن‌ها کمک می‌کند مسائلی را بیان کنند که در موقعیت‌های عادی به هر دلیلی از بیان آن‌ها بازداری می‌شوند. اولین مدافع مطالعه بازی کودکان جهت درک و آموزش آن‌ها روسو بود. او متوجه ارزش زیاد دوران کودکی و بازی‌های کودکان شد. زمینه آغاز این دیدگاه که بازی‌درمانی را به عنوان یک رویکرد درمانی موردتوجه قرار داده است، می‌توان به درمانگران دارای جهت‌گیری روان‌تحلیلگرانه نسبت داد. یکی از تأثیرگذارترین این افراد ملانی کلاین است، او بازی نمادین را به عنوان وسیله‌ای جایگزین برای ابراز کلامی و همچنین شیوه آشکار سازی خیال‌پردازی‌های کودک و احساسات نا‌هشیارانه به طریق تداعی آزاد می‌دید که باید توسط درمانگر مورد تعبیر و تفسیر قرار گیرد. از دیگر پیشکسوتان، آنا فروید است که از بازی برای ایجاد رابطه مثبت با کودکان و نهایتاً ابزار کلامی معنادار استفاده می‌کرد. برخلاف کلاین او معتقد بود که بازی کودکان اساساً بیشتر نمایانگر تجاربی است که از زندگی روزمره نشأت می‌گیرد تا آنکه تداعی آزاد افکار نا‌هشیار باشد. تفسیر درمانگران تعارضات شخصیت اساساً مبتنی بر بیان کلامی کودک است. یکی دیگر از نظریه‌های روان‌تحلیل‌گری تأثیرگذار که در بازی‌درمانی استفاده می‌شود، نظریه ارتباط است که از طریق کارهای اتورانک توسعه یافت. تأکید این شیوه‌ی درمانی متمرکز بر ارتباطی است که بین درمانگر و کودک برقرار می‌شود. بازی وسیله‌ای برای ایجاد ارتباط است و بخش عمده تفسیر بالینی از شیوه‌ی ارتباطی کودک با درمانگر نشأت می‌گیرد. به منظور تشویق کودک به ابراز احساسات واقعی‌اش، محیط درمانی باید ساده و آزادانه باشد، چنین محیطی به کودک اجازه می‌دهد تا آنچه را که می‌خواهد، انجام دهد مانند انجام فعالیت‌هایی که خطرناک نیستند. رویکرد نظری دیگری در بازی‌درمانی از کارهای ویرجینیا اکسلاین شکل‌گرفته است، او یک نظریه‌پرداز پدیدار شناختی است که بسیاری از راهبردها و فنون را به شکل منطقی با کار کارل راجرز، در درمان غیرمستقیم یا مراجع محور بنا نهاد. او معتقد است عوامل محیطی منفی موجب افت خود پنداره کودکان می‌شود و تلاش سالم آن‌ها را برای خود شکوفایی خنثی می‌کند و بازی آن‌ها بازتابی از محرومیت و فقدان آگاهی شخصی است. به جای تفسیر رفتار یا بیانات کودک، (در این شیوه)، درمانگر باید محیطی آزاد و راحت ایجاد کند، نسبت به کودک پذیرشی کامل داشته باشد و از طریق انعکاس احساسات کودک به او امکان داده می‌شود تا نسبت به رفتارش بینش پیدا کند. نظریه‌های اخیر در مورد بازی‌درمانی، اصول منسجمی را در ارتباط با روانشناسی رفتاری و تحولی ارائه داده‌اند. نظریه‌پردازان رفتاری و رفتاری-شناختی، بازی کودک را به صورت بازتابی از الگوهای خاص رفتار ناسازگارانه و تفکر غیرمنطقی می‌بینند. درمانگران دارای این گرایش‌ها، فعالیت‌های بازی را به عنوان وسیله‌ای که نمایانگر احساسات نا‌هشیار است، تفسیر نمی‌کنند. در مقابل، در طی فعالیت‌های بازی از راهبردهای تغییر و اصلاح رفتار بهره می‌گیرند تا رفتارهای سازگارانه را تقویت مثبت نمایند یا از موقعیت‌های بازی استفاده کنند تا مهارت‌های حل مسئله ساختاری یا مهارت‌های مقابله‌ای و کنار آمدن را تعلیم دهند. از بررسی نظریه‌های مختلف در خصوص اهمیت بازی درمانی چنین استنباط می‌شود که بازی به دلیل منطبق بودن با شرایط رشدی و خواسته درونی کودک و همچنین به دلیل مشارکت کودک در فرایند بازی، می‌تواند یکی از روش‌های مهم در کاهش علائم اختلالات دوران کودکی باشد.

بعلاوه، یافته‌ها نشان داد که بازی درمانی شناختی بر بهبود علائم اختلال بیش‌فعالی و تکانش‌گری اثربخش بوده که با یافته‌های پژوهشگرانی از جمله، آزادی منش و همکاران (۱۳۹۵)، زارع و احمدی (۱۳۸۶)، نادری و همکاران (۱۳۸۹)، جانسما و کامب

(۱۹۸۷)، فایانو و همکاران (۲۰۰۹) همسو بوده است. در این راستا، زارع و احمدی (۱۳۸۶)، در مطالعه‌ای به منظور بررسی اثربخشی بازی درمانی به شیوه رفتاری-شناختی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان دریافتند بازی درمانی موجب کاهش مشکلات رفتاری کودکان از جمله بیش‌فعالی آن‌ها شده است. در تبیین فرضیه حاضر می‌توان گفت که بازی درمانی با فراهم کردن محیطی امن، باعث تخلیه هیجانی و کاهش تنش و بیان آزاد عواطف و احساسات می‌شود. در واقع بازی درمانی مداخله‌ای است که فرض زیربنایی آن این است که عامل تغییر در درمان که منجر به کاهش اضطراب می‌شود، همانا ارتباط کودک و درمانگر است. همچنین بازی درمانی مداخله‌ای مستقیم است که به دلیل ماهیت درون‌سازانه اضطراب منجر به عینی‌سازی اضطراب و در نتیجه افزایش اثربخشی مداخله می‌شود (ری و استولماکر^۱، ۲۰۰۷). بازی درمانی یک تعامل کمکی بین کودک و بزرگسال آموزش دیده است که از طریق ارتباط نمادین در بازی، در جستجوی راه‌هایی برای ایجاد ارتباط و کاهش آشفتگی‌های هیجانی کودک است. به طوری که کودک در طی تعاملات بین فردی با درمانگر، پذیرش، تخلیه هیجانی، کاهش اثرات رنج‌آور، جهت‌دهی مجدد تکانه‌ها و تجربه هیجانی تصحیح شده را تجربه می‌کند. بازی درمانی رویکرد فعالی است که می‌توان آن را به‌طور انفرادی یا گروهی به کاربرد، به‌گونه‌ای که به کودکان اجازه می‌دهند تا به واسطه بازی، در ابتدا با درمانگر ارتباط برقرار کرده و احساسات هوشیار و ناهشیارشان را آشکار سازند. نظریه‌های که تبیین بازی کودکان می‌پردازند، از لحاظ نوع تبیین، بسیار متفاوت‌اند، به‌طور مثال، بازی را به عنوان مؤلفه‌ای از تحول شناختی و عقلانی مورد توجه قرار می‌دهند، یا آن را فرایندی برای رهاسازی استرس‌های مرتبط با رشد و بزرگ شدن می‌دانند، یا بازتابی از فشارهای فرهنگی است و وسیله‌ای برای مهارت‌های تازه هست. مع‌ذکلی هیچ‌یک از این نظریه‌ها تضادی در استفاده از بازی به عنوان یک روش درمانی ندارند. اگرچه افراد مختلف ممکن است درباره علت بازی کردن کودکان اختلاف نظر داشته باشند، ولی با این نکته موافق‌اند که بازی از مؤلفه‌های ضروری زندگی کودکان است، چراکه آن‌ها به هنگام بازی معمولاً در طبیعی‌ترین و راحت‌ترین وضعیت هستند و به همان راحتی که بزرگسالان احساساتشان را از طریق گفتار ابراز می‌کنند، آن‌ها نیز همین کار را به وسیله بازی انجام می‌دهند. بازی درمانی شناختی-رفتاری، اقتباسی از نظریه‌های شناختی و رفتاری است، نل، توضیح می‌دهد که در بازی درمانی شناختی-رفتاری یک سلسله فعالیت‌های سازمان یافته و هدفمند تربیت می‌یابند و در همان حال کودک نیز اجازه می‌یابد به طریقی غیر سازمان یافته و خودجوش دست به عمل بزند. این روش درمانی، کوتاه مدت، رهنمودی و متمرکز بر مشکل است. در بازی درمانی شناختی-رفتاری رابطه درمانی که بین مشاور و درمان‌جو برقرار می‌شود یک رابطه آموزنده و مبتنی بر همکاری برای تفاهم است. از تکنیک‌های بازی و نیز ارتباط کلامی و غیرکلامی برای کمک به کودکان استفاده می‌شود تا رفتارشان را تغییر دهند و در درمان مشارکت کنند، بنابراین می‌توان گفت که بازی وسیله فوق‌العاده کارآمد و مؤثری است که با کمک آن می‌توان وارد دنیای درونی کودکان شد. بازی درمانی روشی است که به کمک آن به کودکان دارای مشکل کمک می‌شود تا با مشکلاتشان مقابله کنند. این روش به عنوان ابزاری برای برقراری ارتباط بین کودک و درمانگر مورد استفاده قرار می‌گیرد.

منابع

- آزادی منش، پگاه، خان‌زاده، عباسعلی، حکیم جوادی منصور، وطن‌خواه، محمد (۱۳۹۶). اثربخشی بازی درمانی عروسی بر پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۸، ۲، ۸۳-۹۰.
- آزادی منش، پگاه، حسین خان‌زاده، عباسعلی، حکیم جوادی، منصور، وطن‌خواه، محمد. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی عروسی بر پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۸، ۲.
- بخشایش، علی‌رضا، السادات میرحسینی، راضیه. (۱۳۹۳). اثربخشی بازی درمانی بر کاهش علائم اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه (ADHD). ۲۲، ۳.
- اکبری، بهمن و رحمتی، فهیمه (۱۳۹۴). اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر پرخاشگری کودکان پیش‌دستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی. *فصلنامه تحول روان‌شناختی کودک*، ۱(۳)، ۱۱۰-۱۰۱.

¹. Stulmaker, Ray

جعفری، علیرضا (۱۳۹۱). تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری مایکنبام بر کمروبی دبستانی. **فصلنامه روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن**، سال سوم، شماره اول، پیاپی، ۲۹-۱۵.

جتیان، سیما، نوری، ابوالقاسم، سفتی، سید عباس، مولوی، حسین و سما و اتیال، حسین (۱۳۸۷). اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر شدت علائم اختلال بیش فعالی-کمبود توجه در دانش آموزان پسر ۹ تا ۱۱ ساله مبتلا به ADHD. **مجله تحقیقات علوم رفتاری**، ۶، ۲. حسن آبادی، سمانه، محمدی، محمدرضا و احقر، قدسی (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی و دارودرمانی بر کاهش علائم همراه اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی. **مجله مطالعات ناتوانی**، ۱، ۲، ۳۰-۱۹.

حسینی، راحله، میرزائیان، بهرام و خلیلیان، علیرضا (۱۳۹۲). اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر اضطراب و عزت نفس کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی (ADHD). **فصلنامه پژوهش های روان شناختی**، ۸، ۲۹.

رباعی، الهه و مالکیان، فرامرز (۱۳۹۳). اثربخشی بازی درمانی بر کاهش سطوح بیش فعالی نوع ترکیبی در پسران ۹ تا ۱۱ ساله. **مجله علوم پزشکی کردستان**.

رحیمی پردنجانی، سعید، غباری بناب، باقر، غلامعلی و فرامرز سالار (۱۳۹۵). تأثیر مداخله به هنگام خانواده محور مبتنی بر بازی درمانی بومی سازی شده بر نشانه های بالینی کودکان ADHD پیش دبستانی. **فصلنامه خانواده پژوهشی**، ۱۲، ۴۵-۶۸، ۵۳.

زارع، مهدی، احمدی، سونیا، (۱۳۸۶). اثربخشی بازی درمانی به شیوه رفتاری شناختی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان. **گروه ۱، شماره ۳**. سلیمانی آدریانی، سهیلا، صادقی هینجه، امیرحسین، زره پوش، اصغر، ربیعی، مهدی، عابدی، احمد و اسماعیلی، سجاد (۱۳۹۵). اثر بازی های ریتیمیک بر مهارت اجتماعی کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی. **مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان**، ۱۸، ۲ (پی در پی ۵۸)، ۹۵-۹۱.

شفقتی، فریده، موحدی، احمدرضا و صالحی، حمید (۱۳۹۴). تأثیر تمرینات تعادلی با توپ سوئیسی بر مهارت حرکتی درشت کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی. **مجله حرکتی ورزشی**، ۷، ۴، ۴۳۷-۴۵۵.

شیرچرندابی، فرانک (۱۳۹۶). تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر کاهش علائم بیش فعالی/کاستی توجه در کودکان پسر دارای اختلال بیش فعالی شهر تبریز. **پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی تبریز**.

شهیم، سیما، یوسفی، فریده و شهائیان، آمنه (۱۳۸۶). هنجاریابی ویژگی های روان سنجی مقیاس درجه بندی کانرز- فرم معلم. **مجله علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز**، دوره سوم، سال چهاردهم، شماره ۱ و ۲: ۲۶-۱.

عابدی، احمد، کاظمی، فرشته، شوشتری، مؤگان، گلشنی منزله، فرشته (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش حرکات ورزش ایروبیکی بر میزان توجه دیداری و شنیداری دانش آموزان پسر دبستانی با اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی شهر اصفهان ۸۹-۱۳۸۸. **فصلنامه افراد استثنایی**، ۲، ۷.

عابدی، احمد و قوام، علی (۱۳۸۸). **روان شناسی آموزش کودکان با نقص توجه / بیش فعالی**. اصفهان: نشر نوشته.

عبداللهیان، ابراهیم، شاکری، محمدتقی، وثوق، ایرج (۱۳۸۳). بررسی شیوع اختلال بیش فعالی و نقص توجه در کودکان سنین قبل از دبستان شهر مشهد در سال تحصیلی ۸۲-۱۳۸۱. **مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد**. شماره هشتادوپنج، سال چهل و هفتم، صفحه ۲۸۰-۲۷۵.

عمادیان، سیده علیا، بهرامی، هادی، حسن زاده، رمضان، وبنی جمال، شکوه السادات (۱۳۹۴). مقایسه تأثیر قصه درمانی و آموزش باز توانی شناختی رایانه ای بر کاهش علائم ADHD کودکان. **مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل**، دوره هجدهم، شماره ۶، ۳۴-۲۸.

عمادیان، سیده علیا، بهرامی، هادی، حسن زاده، رمضان، بنی جمالی، شکوه سادات (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت رفتاری به والدین و قصه درمانی به فرزندان بر کیفیت رابطه مادر-فرزند در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی. **مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران**، دوره ۲۶، ۱۴۳، (۸۹-۸۰).

عمادیان، سیده علیا، بهرامی، هادی، حسن زاده، رمضان، بنی جمالی، شکوه السادات (۱۳۹۵). مقایسه تأثیر قصه درمانی و آموزش باز توانی شناختی رایانه ای بر کاهش علائم ADHD کودکان. **مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل**، گروه ۱۸، شماره ۶.

غیائی زاده، مهدی (۱۳۹۲). اثربخشی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری مایکنبام در کاهش کمروبی و گوشه گیری اجتماعی دانش آموزان دبستانی. **مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلان**، ۲۱، ۶، ۱۰۳-۹۶.

قربانی عشین، یاسمن، طالبی، غلامرضا، جهاندار، بهارک، ربانی زاده، منصوره (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی بر کاهش علائم اختلال بیش فعالی و کمبود توجه کودکان دبستانی. **فصلنامه ی مرکز مطالعات و توسعه ی آموزش پزشکی، ویژه نامه ۱۳۹۵**.

- قدرتی، مهدی و شرفی پور، حسین (۱۳۹۴). تأثیر بازی درمانگری رفتاری-شناختی بر رشد مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای اختلال کاستی توجه-بیش‌فعالی. **دومین کنگره سراسری روانشناسی کودک و نوجوان، دانشگاه شهید بهشتی تهران.**
- کاپلان، پ و سادوک، پ (سادوک، بنجامین، سادوک، ویرجینیا، آلکوت و روئیز، پدرو (۱۳۹۶). **خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری-روانپزشکی بالینی (جلد سوم).** ترجمه فرزین رضاعی (۲۰۱۵). تهران: انتشارات ارجمند.
- کهریزی، سمیه، مرادی، آسیه و مؤمنی، خدامراد (۱۳۹۳). اثربخشی شن بازی‌درمانی بر کاهش پرخاشگری/بیش‌فعالی کودکان پیش‌دبستانی. **فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌شناسی**، سال پنجم، شماره ۱۸، ۱۴۵-۱۲۷.
- محب، نعیمه، امیری، شاهرخ و بهروش، عاطفه (۱۳۹۲). اثربخشی بازی‌درمانی کوتاه مدت ساختاری بر علائم اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی کودکان پیش‌دبستانی (۶ ساله). **فصلنامه آموزشی و ارزشیابی**، ۶-شماره ۲۲، ۴۳-۲۷.
- مقدم، م، حاجبی، م، ز، حبیب زاده (۱۳۹۵). تأثیر بازی درمانی گروهی بر نشانه‌های اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی بر دانش‌آموزان مدرسه. **مجله بین‌المللی انسانی و مطالعات فرهنگ**، ۳(۲)، ۱۲۱۴-۱۲۰۶.
- نادری، ف، حیدری، آ، برون، ل و اصغری، پ (۱۳۸۹). اثربخشی بازی درمانی بر ADHD، اضطراب و بلوغ اجتماعی در کودکان ۸ تا ۱۲ ساله شهر اهواز، کلینیک مشاوران متروپولیتن. **مجله علوم کاربردی**، شماره ۱۰(۲)، ۱۹۵-۱۸۹.
- نجفی، محمود، سر پولکی، بیتا (۱۳۹۴). اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر پرخاشگری و اختلال املاء در کودکان دبستانی. **فصلنامه افراد استثنايي**، ۶(۲۱)، ۷۴-۶۵.
- نیک نسب، فؤاد، شیخ، محمود، حمایت طلب، رسول (۱۳۹۷). تأثیر آموزش نوروفیدبک و بازی درمانی بر علائم کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی. **فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی سبزوار.** دوره ۲۵، شماره ۳۰، ۵۶۳ - ۵۷۱.

- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*, 121(1), 65.
- Barkley, R. A. (2011). Attention-deficit/hyperactivity disorder, self-regulation, and executive functioning.
- Biederman, J. Monuteaux, M. C. Mick, E. Spencer, T. Wilens, T. E. Silva, J. M. Faraone, S. V. (2006). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychological medicine*, 36(2), 167-179.
- Bratton, S. C. Ray, D. Rhine, T. Jones, L. J. P. P. R. & Practice. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. 36(4), 376.
- Conners, C. K. Sitarenios, G. Parker, J. D. & Epstein, J. N. (1998). Revision and restandardization of the Conners Teacher Rating Scale (CTRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of abnormal child psychology*, 26(4), 279-291.
- Dell Angello, G. J. D. Bravaccio, C. Calamoneri, F. Masi, G. Curatolo, P. Besana, D. Mancini, F. Rossi, A. Poole, L. Escobar, R. & Zuddas, A. (2009). Maschietto. 822-834.
- Eggum-Wilkens, N. D. Fabes, R. A. Castle, S. Zhang, L. Hanish, L. D. & Martin, C. L. J. E. C. R. Q. (2014). Playing with others: Head Start children's peer play and relations with kindergarten school competence. 29(3), 345-356.
- El-Nagger, N. S. Abo-Elmagd, M. H. & Ahmed, H. I. (2017). Effect of applying play therapy on children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(5), 104.
- Fabiano, G. A. Pelham, W. E. Coles, E. K. Gnagy, E. M. Chronis-Tuscano, A. & O'Connor, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical psychology review*, 29(2), 129-140.
- Fintez JM. (2012). The Assessment of Phonological Memory Skills in Preschool Children. *J Edu Psychol*, 65: 155-164.
- Gathercole, S. E. (1995). The assessment of phonological memory skills in preschool children. *British Journal of Educational Psychology*, 65(2), 155-164.
- Graham-Bermann, S. A. & Levendosky, A. A. (1998). Traumatic stress symptoms in children of battered women. *Journal of interpersonal violence*, 13(1), 111-128.
- Guevara, J. Lozano, P. Wickizer, T. Mell, L. & Gephart, H. (2001). Utilization and cost of health care services for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 108(1), 71-78.
- Halperin, J. M. Marks, D. J. Bedard, A.C. V. Chacko, A. Curchack, J. T. Yoon, C. A. & Healey, D. M. J. J. o. a. d. (2013). Training executive, attention, and motor skills: a proof-of-concept study in preschool children with ADHD. 17(8), 711-721.

- Harrington, R. Whittaker, J. Shoebridge, P. & Campbell, F. (1998). Systematic review of efficacy of cognitive behaviour therapies in childhood and adolescent depressive disorder. *Bmj*, 316(7144), 1559-1563.
- Hoshina, A. Horie, R. Giannopulu, I. & Sugaya, M. J. P. C. S. (2017). Measurement of the Effect of Digital Play Therapy Using Biological Information. *112*, 1570-1579.
- Jansma, P. & Combs, C. S. (1987). The effects of fitness training and reinforcement on maladaptive behaviors of institutionalized adults, classified as mentally retarded/emotionally disturbed. *Education and training in Mental retardation*, 268-279.
- Kadesjö, B. & Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(4), 487-492.
- Kerns, K. A. Eso, K. & Thomson, J. (1999). Investigation of a direct intervention for improving attention in young children with ADHD. *Developmental neuropsychology*, 16(2), 273-295.
- Kieling, C. Goncalves, R. R. Tannock, R. & Castellanos, F. X. (2008). Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 17(2), 285-307.
- McGiv, D. J. D. a. I. (2000). Child-centered group play therapy. 6, 30-39.
- McGough, J. J. Smalley, S. L. McCracken, J. T. Yang, M. Del'Homme, M. Lynn, D. E. & Loo, S. (2005). Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1621-1627.
- Pliszka, S. R. (2000). Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*.
- Pliszka, S. R. (2009). *Treating ADHD and comorbid disorders: Psychosocial and psychopharmacological interventions*: Guilford Press.
- Pykhtina, O. Balaam, M. Wood, G. Pattison, S. & Olivier, P. (2012). Designing for Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Play Therapy: the case of Magic Land.
- Rapport, M. D. Chung, K.M. Shore, G. & Isaacs, P. (2001). A conceptual model of child psychopathology: Implications for understanding attention deficit hyperactivity disorder and treatment efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(1), 48-58.
- Robinson, A. Simpson, C. & Hott, B. L. J. I. J. o. P. T. (2017). The effects of child-centered play therapy on the behavioral performance of three first grade students with ADHD. 26(2), 73.
- Rowland, A. S. Umbach, D. M. Catoe, K. E. Stallone, L. Long, S. Rabiner, D. Sandler, D. P. (2001). Studying the epidemiology of attention-deficit hyperactivity disorder: screening method and pilot results. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46(10), 931-940.
- Rueda, M. R. Posner, M. I. & Rothbart, M. K. (2005). The development of executive attention: Contributions to the emergence of self-regulation. *Developmental neuropsychology*, 28(2), 573-594.
- Semrud-Clikeman, M. & Wical, B. J. E. (1999). Components of attention in children with complex partial seizures with and without ADHD. 40(2), 211-215.
- Tang, Y.Y. & Posner, M. I. (2009). Attention training and attention state training. *Trends in cognitive sciences*, 13(5), 222-227.
- Vural, P. Akkaya, C. Küçükparlak, I. Ercan, I. & Eracar, N. J. T. A. i. P. (2014). Psychodramatic group psychotherapy as a parental intervention in attention deficit hyperactivity disorder: a preliminary study. 41(3), 233-239.
- Weiss, M. Murray, C. & Weiss, G. (2002). Adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: current concepts. *Journal of Psychiatric Practice*®, 8(2), 99-111.
- Yang, Z. Grinchuk, V. Urban Jr, J. F. Bohl, J. Sun, R. Notari, L. ... & Shea-Donohue, T. (2013). Macrophages as IL-25/IL-33-responsive cells play an important role in the induction of type 2 immunity. *PloS one*, 8(3), e59441.

Effectiveness of Cognitive Behavioral Play therapy in the Symptoms of Attention Deficit / Hyperactivity & Impulsivity Disorder (ADHD in Primary Boy Students in Tabriz First Period

Hosseinzadeh, M*

*Ph.D. student, Educational Psychology, Tabriz Azad University
Email: ehsan.7431@gmail.com (Corresponding Author)

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of cognitive therapy games in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among primary school students (first to third grade). This quasi-experimental study was performed with pre-test and post-test with control group. After screening for elementary school students referred to the counseling centers of Tabriz 3 and 5 districts with learning disabilities and hyperactivity, 30 students were selected and randomly divided into two experimental groups (15 subjects) and control (n = 15). After performing the pre-test (Converse Teacher's Form Test) for both groups, a therapeutic game instruction was provided to the experimental group during 10 sessions and the control group did not receive any training. Then, the post-test was performed for both groups and the data were analyzed by MANCOVA. The test group scores were significantly different in the post test after the test group compared to the control group at the Converge Teacher's Scale ($p < 0.001$). Hence, it can be concluded that the of cognitive therapy games reduced symptoms of attention-deficit / hyperactivity and impulsivity and this approach is recommended to therapists and psychologists.

Keywords: attention deficit, hyperactivity and impulsivity, Cognitive-behavioral therapy games