

تأثیر بازی درمانگری کودک محور بر کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی

تاریخ دریافت: ۹۰/۲/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۰/۹/۶

کامران گنجی*، رزیتا ذبیحی**، روشنگر خدابخش***، آدیس کراسکیان****

چکیده

مقدمه: اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی با مشکلات زیادی همراه بوده و روش‌های درمانی متعددی برای درمان کودکان مبتلا به این اختلال ارائه شده است. پژوهش حاضر تأثیر بازی درمانگری کودک محور بر کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی را مورد بررسی قرار داده است.

روش: ۲۵ کودک با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی در دامنه سنی ۷ تا ۱۲ ساله با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با روش پژوهشی شبه آزمایشی از نوع سری‌های زمانی یک گروهی بدون گروه کنترل مورد آزمایش قرار گرفتند. بعد از انجام دو نوبت پیش‌آزمون، برنامه بازی درمانگری کودک محور به مدت ۲۴ جلسه (هر جلسه به مدت ۴۰ دقیقه - دوبار در هفته) اجرا شد. سپس در چهار نوبت نسبت به اجرای پس‌آزمون اقدام شد. برای انجام پیش و پس‌آزمون‌ها از فرم والد پرسشنامه علائم مرضی کودکان و برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که نمره‌های تمامی چهار نوبت پس‌آزمون از نمره‌های پیش‌آزمون‌ها به طور معناداری کمتر بودند. بالاترین میزان کاهش مربوط به نمره‌های پس‌آزمون اول بود که بعد از گذشت ۴ هفته (۸ جلسه) بازی درمانی به دست آمد. در کل نتایج حاکی از آن بود که نشانه‌های رفتاری اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی در فاصله جلسه‌های سوم تا بیست و چهارم با شیبه ملایم و به طور معنادار کاهش یافته است.

نتیجه‌گیری: بازی درمانگری کودک محور را می‌توان در کنار سایر روش‌های درمانی به عنوان روشی اثربخش برای کاهش نشانه‌های رفتاری اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی در کودکان به کار برد.

واژه‌های کلیدی: بازی درمانی، بازی درمانگری کودک محور، اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی

ganji@iau.malayer.ac.ir

* نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملایر، ملایر، ایران

rozita.zabihi@yahoo.com

** استادیار، گروه راهنمایی و مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر، تهران، ایران

rkhodabakhsh@alzahra.ac.ir

*** استادیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

adiskraskian@yahoo.com

**** استادیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران

مقدمه

مذکور، تشخیص و مداخله زود هنگام ضرورت دارد. تاکنون پنج روش درمانی برای کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی معرفی شده‌اند: دارودرمانی، آموزش رفتاری والدین، مداخله‌های رفتاری کلاسی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و برنامه‌های درمانی تابستانی [۵]. هر چند انجمن روان‌شناسی آمریکا [۵] تنها این پنج روش مداخله را مطرح ساخته، اما متخصصان برای بهبود نشانه‌های رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی، روش‌های دیگری را نیز به کار می‌گیرند که از جمله آنها بازی درمانی^۵ است. تاکنون پژوهش‌ها معمولاً در سه حیطه دارو درمانی^۶، درمان شناختی- رفتاری^۷ و آموزش خانواده انجام شده است. استفاده از داروهای محرک در اکثر موارد به کاهش عمده نشانه‌های نارسایی توجه/ فزون کنشی منجر می‌شود، اما اثرات مصرف بلند مدت این محرک‌ها مورد تأیید نمی‌باشد. به تازگی دو روش بازی درمانی و یوگادرمانی^۸ در مورد این کودکان مورد توجه قرار گرفته است [۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵]. کادوسان^۹ [۱۶] توانست در پژوهشی اثر بازی درمانی فردی را در بهبود رفتارهای فزون کنشی و تنظیم رفتارهای هیجانی در یک کودک با فزون کنشی را تأیید کند. دوپل و استونر^{۱۰} [۴] گزارش کرده‌اند که مداخله‌هایی که از تنبیه استفاده می‌کنند، به ندرت برای کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی مؤثر هستند، از این رو آنها این گونه مداخله‌ها را پیشنهاد نمی‌کنند. دوپل و ویانت^{۱۱} [۱۷] بر این باورند که مداخله‌های مبتنی بر مهارت‌های اجتماعی نیز برای این گونه کودکان چندان سودمند نیستند، زیرا کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی کمبود مهارت‌های اجتماعی ندارند بلکه تکانشگر بوده و در زمینه اندیشیدن درباره پیامدهای رفتارشان شکست می‌خورند. آنها می‌گویند مداخله‌های درمانی باید به حوزه‌هایی که کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی در آن مشکل دارند نظیر کنترل رفتار پردازند. ادواردز^{۱۲} [۱۸] نیز همسو با دوپل و ویانت [۱۷] بر

اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی^۱ شایع‌ترین اختلال رشدی- عصب شناختی در کودکان است که برآورد می‌شود ۳ تا ۷ درصد از کودکان مبتلا به آن هستند [۱، ۲، ۳]. شیوع ۳ تا ۷ درصدی اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی بدان معنا است که از هر ۲۰ نفر دانش آموز حداقل یک نفر مبتلا به این اختلال می‌باشد [۴]. از این گذشته برآوردهای پژوهشگران نشان می‌دهد که پسران ۲ تا ۹ برابر بیشتر از دختران به این اختلال مبتلا می‌شوند [۵]. بر اساس چاپ چهارم راهنمای تشخیصی انجمن روان‌پزشکی آمریکا [۱]: سه زیر نوع اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی وجود دارد: نوع نارسایی توجه غالب^۲، نوع فزون کنشی- تکانشگری غالب^۳ و نوع مرکب^۴. اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی اغلب به تنهایی آشکار نمی‌شود، بلکه با بسیاری از اختلال‌های دیگر همبودی دارد. اختلال‌های همبود متداول با آن عبارت‌اند از: ناتوانی‌های یادگیری، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک، نشانگان تورت، افسردگی، اختلال‌های اضطرابی و اختلال دو قطبی [۶، ۷]. مطالعات مختلف، باقی ماندن اختلال را در دوران پس از بلوغ و بزرگسالی بین ۴ تا ۷/۵ درصد گزارش کرده‌اند [۷، ۸]. از این رو، امروزه این اختلال صرفاً بیماری دوران کودکی محسوب نمی‌شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی در ۵۰ تا ۸۰ درصد از کودکان تا دوره نوجوانی و در ۳۰ تا ۵۰ درصد آنها تا دوره بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند [۹، ۱۰]. اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی با مشکلات زیادی در زمینه‌های مختلف آموزشی از جمله عملکرد ضعیف تحصیلی، تکرار پایه، ترک مدرسه، روابط خانوادگی و دوستانه ضعیف، اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، تخلف، سوء مصرف مواد مخدر در سنین پایین و قانون شکنی زیاد همراه است. به علاوه این اختلال احتمال خطر همراه شدن با سایر اختلال‌ها نظیر پرخاشگری در نوجوانی و یا اختلال لجبازی و نافرمانی را در بر دارد [۱۰، ۱۱]. بنابراین برای کاهش مشکلات

5- play therapy

6- medication therapy

7- cognitive-behavioral therapy

8- yoga therapy

9- Kadusan

10- Dupaul & Stoner

11- Weyandt

12- Edwards

1- Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)

2- predominantly inattentive type

3- predominantly hyperactive type

4- combined type

کرده است: (۱) کودکان نسخه کوچکی از بزرگسالان نیستند، بنابراین بازی درمانگر نباید با آنها این گونه برخورد کند، (۲) کودکان قادرند که تمامی هیجان‌های انسانی را بیان کنند، (۳) کودکان سزاوار احترام هستند و بایستی برای بی‌همتائی‌شان ارزش گذاری شوند، (۴) کودکان انعطاف پذیر هستند، (۵) کودکان از توانایی ذاتی برای رشد برخوردارند، (۶) کودکان به طور طبیعی از طریق بازی ارتباط برقرار می‌کنند، (۷) کودکان حق دارند خودشان را به صورت غیر کلامی بیان کنند، (۸) کودکان نحوه بهره‌مندی از جلسه‌های درمانی را تعیین می‌کنند، (۹) کودکان بر اساس سرعت خودشان رشد می‌کنند و بازی درمانگر باید در این فرایند شکبیا باشد. اهداف کلی بازی درمانی کودک محور در راستای تلاش‌های درونی کودک برای خود شکوفایی قرار دارد. مهمترین اصل این است که برای کودک در حضور بزرگسالی حمایتگر و فهمیم، امکان رشد مثبت فراهم شود تا کودک بتواند توانایی‌های درونی خود را کشف کند. از آنجایی که تمرکز بازی درمانی کودک محور بر شخص کودک است نه بر مشکل او، در آن بر تسهیل تلاش‌های کودک برای تبدیل شدن به فردی کارآمدتر تأکید می‌شود تا بتواند با مشکلات فعلی و آتی که بر زندگی‌اش اثر می‌گذارند مقابله کند. اهداف بازی درمانی کودک محور برای دستیابی به این مقصود آن است که به کودک در چندین زمینه از جمله: شکل دادن خودپنداره‌ای مثبت‌تر، پذیرفتن مسئولیت شخصی بیشتر، افزایش هدایت خود، افزایش پذیرش خود، افزایش اتکا به خود، قاطعیت در تصمیم‌گیری، داشتن احساس کنترل، توجه کردن به فرایند مقابله، شکل دادن منبعی درونی برای ارزیابی و به دست آوردن اعتماد بیشتر به خود کمک شود [۲۳]. کودکان در بازی درمانی می‌آموزند که رفتارشان یک انتخاب است و بدین وسیله پیامد رفتارشان را نیز انتخاب می‌کنند. آگاهی از این امر در تقویت رفتار خودکنترلی به آنها کمک می‌کند. بازی درمانی برای کودکان کاری را انجام می‌دهد که صحبت و مشاوره برای بزرگسالان فراهم می‌کند. بازی یکی از مهمترین ابزارهای جایگزین هم صحبتی است. بازی زبان کودک است و به او اجازه می‌دهد که با ما بدون کلام صحبت کند [۱۲]. پیشینه پژوهشی در زمینه روش‌های بازی درمانی بسیار محدود و پژوهش‌های انجام

یافته‌های تجربی از مداخله‌های درمانی مشاوره‌ای نظیر آموزش فنون مدیریت رفتاری به والدین، تسهیل دوستی و ارتباط با همسالان و پرداختن به ورزش و بازی، و مدیریت دارویی حمایت می‌کند. متخصصان، بازی درمانی را در بهبود مشکلات رفتاری برونی سازی شده نظیر مبارزه کردن و مشکلات درونی سازی شده نظیر بداخلاقی کودکان بسیار مؤثر یافته‌اند [۱۹]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بازی درمانی می‌تواند برای بسیاری از مشکلات کودکان مفید باشد، زیرا درمانی طبیعی برای مشکلات ساده و حاشیه‌ای پیچیده مانند اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک، افسردگی و ترس، اضطراب، افسردگی، عصبانیت، فزون جنبشی، رفتارهای تکانشی، خجالتی و منزوی هستند [۱۲]. پیازه^۱ یکی از نخستین کسانی بود که دریافت بازی و انمودسازی^۲ به کودکان امکان می‌دهد تا مهارت‌های تازه کسب شده را تمرین کرده و بهبود بخشند [۲۰]. پژوهشگران دریافته‌اند که بازی و انمودسازی می‌تواند مهارت‌های شناختی و اجتماعی را نیرومند سازد. از این گذشته مطالعات نشان داده‌اند که بازی به توجه، حافظه، استدلال منطقی، زبان، تخیل و آفرینندگی کودکان کمک کرده و آنها را قادر می‌سازد تا دیدگاه سایرین را ببینند [۲۰]. پژوهشگران یافته‌اند که بازی خیالی^۳ علاوه بر کمک کمک به رشد شناختی، باعث افزایش خودآگاهی، اعتماد به نفس، خویشتنداری، مهارت‌های حافظه و زبان کودکان می‌شود [۲۱]. بازی درمانی بر مشکلات رفتاری، مشکلات درونی سازی و برونی سازی شده، خود پنداره، خودکارآمدی، افسردگی و اضطراب تأثیر مثبت دارد [۲۱]. جانسون، فرانکلین، هال و پریتو^۴ [۲۲] دریافته‌اند که بازی درمانی می‌تواند روابط والد-کودک را در کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی بهبود بخشد. لاندترت^۵ [۲۱] بازی درمانی کودک محور^۶ را با گسترش رویکرد بازی درمانی بی‌رهنمود^۷ اکسلاین^۸ تدوین کرد. وی برای کار کردن با کودکان بر اساس این رویکرد، موارد زیر را توصیف

- 1- Piaget
- 2- make-believe play
- 3- pretend play
- 4- Johnson, Franklin, Hall & Perito
- 5- Landerth
- 6- child-centered play therapy (CCPT)
- 7- non-directive play therapy
- 8- Axline

گونگون در عرصه بازی درمانی، هنوز این روش به عنوان یکی از روش‌های درمانی کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی نیازمند بررسی‌های بیشتر است. از این رو هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر روش بازی درمانگری کودک محور بر کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی بوده است.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر شبه آزمایشی و از نوع سری‌های زمانی یا اندازه‌گیری‌های مکرر با یک گروه است. در این طرح گروه کنترل وجود ندارد و ارتباط بین متغیر مستقل و متغیر وابسته بر اساس اندازه‌گیری‌های مکرر پیش و پس از ارائه متغیر مستقل بررسی می‌شود. در این پژوهش دو نوبت پیش آزمون و پس از ارائه متغیر مستقل، چهار نوبت پس آزمون به عمل آمده است.

آزمودنیها: جامعه آماری عبارت بودند از ۴۷ کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی که در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۷ برای درمان به مرکز مشاوره خصوصی روان ایستایس مراجعه کرده بودند. از آنجایی که انجام پژوهش به همکاری والدین و مسئولان مدرسه نیاز داشت، به ناچار از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. با وجود تمامی پیگیری‌های به عمل آمده، پژوهشگران ناگزیر شدند تا ۲۲ نفر از آزمودنیها را به علت عدم همکاری مناسب و شرکت نداشتن در بیش از یک سوم از جلسه‌های بازی درمانی کودک محور، از گروه نمونه کنار بگذارند. بدین ترتیب حجم نمونه پژوهش حاضر ۲۵ نفر بوده است. لازم به ذکر است که ۶ نفر (۲۴ درصد) از مادران گروه نمونه بی‌سواد، ۱۵ نفر (۶۰ درصد) دیپلم، و ۴ نفر (۱۶ درصد) لیسانس بودند ضمن اینکه در پدران آنها ۱ نفر (۴ درصد) بی‌سواد، ۱۰ نفر (۴۰ درصد) دیپلم، ۱۱ نفر (۴۴ درصد) لیسانس و نهایتاً ۳ نفر (۱۲ درصد) فوق لیسانس بوده است. همچنین با توجه به تشخیص انجام شده ۷ نفر (۲۸ درصد) دارای نارسایی توجه، ۱۱ نفر (۴۴ درصد) دارای فزون کنشی- تکانشگری، و ۷ نفر (۲۸ درصد) از نوع مرکب شناسایی شدند. مشخصات مرتبط با پایه تحصیلی، و هوش بهر ۲۵ نفر عضو گروه نمونه به تفکیک با توجه به مقوله‌های هر یک از متغیرها در جدول ۱ گنجانده شده است.

شده درباره مداخله درمانی کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی بسیار اندک است. تاکنون تأثیر بازی درمانی روی سازگاری اجتماعی و روان‌شناختی کودکان [۲۴]، مفهوم خود دانش آموزان، پیشرفت خواندن و منبع کنترل [۲۵]، مشکلات گفتاری کودکان [۲۶] مراحل مختلف رشد کودکان [۲۷]، پیش از عمل جراحی و پیامدهای آن [۲۸]، مشکلات درونی سازی شده [۲۹]، ۳۰، ۳۱، ۳۲]، مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان خردسال [۳۳]، اضطراب و افسردگی و افزایش سطح حرمت خود [۳۴]، ۳۵]، کودکان شاهد خشونت خانوادگی [۳۶]، شدت علائم اختلال فزون کنشی/ کمبود توجه [۳۷]، بی‌توجهی و تکانشگری کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی [۳۸]، عزت نفس دانش آموزان نابینا [۳۹]، حل مسأله در کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی [۴۰]، نشانه‌های مرتبط با سوگ و آسیب ناشی از واقعه زلزله [۴۱] و کاهش اختلالات رفتاری دانش آموزان آزار دیده جسمانی- هیجانی [۴۲] مورد بررسی قرار گرفته است. افزون بر این، اثربخشی بازی بر رشد اجتماعی کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی [۴۳] و مقایسه الگوهای بازی در سه زیر نوع این اختلال [۴۴] بررسی شده است. نادری، حیدری، برون و اصغری [۴۵] در پژوهش روی ۸۰ دختر و پسر با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی، نشان دادند که بعد از ده جلسه بازی درمانی نشانه‌های نارسایی توجه/ فزون کنشی آنها کاهش یافت. در پژوهش تسای^۱ [۱۲] نیز اثربخشی بازی درمانی بر کاهش علائم نارسایی توجه/ فزون کنشی نشان داده شده است. سعادت [۱۲] در پژوهش خود نشان داد که بازی درمانی و تلفیق بازی درمانی و یوگادرمانی می‌تواند نشانه‌های نارسایی توجه و فزون کنشی را به طور کارآمدی کاهش دهد. در تبیین اثربخشی بازی درمانی اکسلاین [۴۶] معتقد است که عوامل محیطی منفی باعث افت خود پنداره کودکان می‌شود و تلاش سالم آنها را برای خود شکوفایی خنثی می‌کند. بازی کودکان بازتابی از محرومیت و فقدان آگاهی شخصی آنها است. در بازی از طریق انعکاس احساسات کودک، به او امکان داده می‌شود تا نسبت به رفتارش بینش پیدا کند. با وجود پژوهش‌های

جدول ۱) ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه نمونه

متغیر	فراوانی	درصد
پایه تحصیلی	-	-
اول	۴	۱۶
دوم	۵	۲۰
سوم	۸	۳۲
چهارم	۵	۲۰
پنجم	۳	۱۲
سن (ماه/سال)	-	-
۷/۱۱	۵	۲۰
۸/۱۱	۵	۲۰
۹/۱۱	۸	۳۲
۱۰/۱۱	۴	۱۶
۱۱/۱۱	۳	۱۲
هوش بهر	-	-
۹۵-۹۹	۸	۳۲
۱۰۰-۱۰۴	۷	۲۸
۱۰۵-۱۰۹	۸	۳۲
۱۱۰-۱۱۴	۲	۸

ابزار:

۱- پرسشنامه علائم مرضی کودکان^۱: این پرسشنامه یک مقیاس درجه بندی رفتار است که اولین فرم آن در سال ۱۹۸۴ توسط اسپرافکین و گادو^۲ بر اساس طبقه بندی ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی [۱] برای غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی کودکان ۵ تا ۱۲ سال طراحی شد و بعدها بارها مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال ۱۹۹۴ بر اساس طبقه بندی ویرایش سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی [۴۷] تغییرهای کمی در آن به وجود آمد و با نام پرسشنامه علائم مرضی کودکان نسخه چهارم به چاپ رسید. این فرم، پرسشنامه نیز همانند فرم‌های پیشین، دو فرم والد و معلم داشت. فرم والد دارای ۹۷ سؤال است که ۱۸ سؤال آن اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی را غربال می‌کند. محمد اسماعیل [۴۷] در پژوهشی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را بررسی کرده است. بر اساس یافته‌های محمد اسماعیل [۴۷] نمره ۹ با حساسیت ۰/۹۱ و

ویژگی ۰/۹۷ در اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی می‌تواند کودکان با و بدون این اختلال را غربال کند. ضریب اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه برای اختلال‌های گوناگون در دامنه‌ای از ۰/۲۹ تا ۰/۷۶ برآورد شده است. در کل یافته‌های وی حاکی از آن است که فرم والد پرسشنامه علائم مرضی کودکان در مقایسه با فرم معلم از اعتبار بالاتر و نقاط برش مناسب‌تری برای تشخیص و غربال کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی برخوردار است. این پرسشنامه در پژوهش‌های گوناگونی مورد استفاده قرار گرفته و ویژگی‌های روان‌سنجی آن مطلوب ارزیابی شده است [۴۸، ۴۹].

۲- ماتریس‌های پیشرونده ریون: ماتریس‌های پیشرونده رنگی ریون^۳ [۵۰] از جمله آزمون‌های غیرکلامی هوش است. نسخه رنگی آن از ۳۶ ماتریس یا طرح برای کودکان ۵-۱۱ ساله و بزرگسالان عقب مانده ذهنی و نسخه استاندارد از ۶۰ ماتریس یا طرح برای کودکان و نوجوانان ۹-۱۸ سال تشکیل شده است [۵۱]. نتایج تحقیقات گوناگون [۵۲، ۵۳] نشان دهنده روایی و اعتبار مناسب ماتریس‌های پیشرونده ریون هستند. ضرایب روایی این آزمون در گروه‌های سنی مختلف تقریباً بین ۰/۷۰ و ۰/۹۰ به دست آمده است [۵۱]. در ایران ماتریس‌های پیشرونده رنگی ریون در یک نمونه از کودکان ۵-۱۰ ساله تهرانی [۵۴] و ماتریس‌های پیشرونده استاندارد ریون روی ۳۰۱۰ کودک و نوجوان ۹-۱۸ مدارس تهران [۵۵] بررسی و هنجاریابی شده است. در این پژوهش در مورد آزمودنی‌های ۷ و ۸ ساله از ماتریس‌های پیشرونده رنگی ریون و در مورد آزمودنی‌های ۹-۱۲ ساله از ماتریس‌های پیشرونده استاندارد استفاده شد.

روند اجرای پژوهش: برای انجام هر چه بهتر روش بازی درمانی کودک محور، یکی از بزرگترین اتاق‌های مرکز مشاوره روان‌ایستیس به عنوان اتاق بازی درمانی آماده سازی و تجهیز شد. اسباب بازی‌های پسرانه، دخترانه و خنثی در قفسه و کمد‌های مناسب و در دسترس قرار داده شدند. این اسباب بازی‌ها عبارت بودند از: اسباب بازی‌های موزیکال، اسباب بازی‌های جورچین، تلفن با شماره‌گیر متحرک، انواع توپ، تخته‌های میخ‌گذاری، تخته‌های

1- Children Symptom Inventory

2- Sprafkin & Gadow

3- raven's colored progressive matrices

اصول اخلاقی پژوهش، مشخصات فردی آزمودنیها محرمانه نگه داشته شده و متغیر مستقل (بازی درمانی کودک محور) به طوری ارائه شد که در روند تحصیل و درمان آنها مشکل به وجود نیاید. آزمودنیها آزاد بودند که هر زمان خواستند در پژوهش شرکت نکنند و برای خود نام مستعار انتخاب نمایند.

یافته‌ها

نتایج اجرای دو نوبت پیش آزمون و چهار نوبت پس آزمون نشانه‌های رفتاری اختلال نارسیایی توجه/ فزون کنشی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲) میانگین و انحراف معیار نشانه‌های رفتاری ADHD

نوبت اجرا	M	SD
پیش آزمون	-	-
اول	۹/۹۶	۱/۳۰۶
دوم	۹/۸۸	۱/۰۹۲
پس آزمون	-	-
اول	۷/۸۴	۰/۹۸۷
دوم	۵/۰۴	۰/۹۷۸
سوم	۳/۲۰	۱/۰۰۰
چهارم	۵/۰۰	۰/۹۵۷

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای نشانه‌های رفتاری اختلال نارسیایی توجه/ فزون کنشی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳) نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای نشانه‌های رفتاری ADHD

منبع پراش	df	SS	MS	F
بین آزمودنیها	۲۴	۷۵/۶۴۰	۳/۱۵۲	۲۷۷/۱۱۳*
درون	۱۲۵	۱۰۸۲/۵	۸/۶۶	-
آزمودنیها	۵	۹۹۶/۲۲۰	۱۹۹/۲۲۴	-
تدبیر آزمایشی	۱۲	۸۶/۲۸۰	۰/۷۱۹	-
خطا	-	-	-	-
کل	۱۴۹	۱۱۵۴/۱۴	-	-

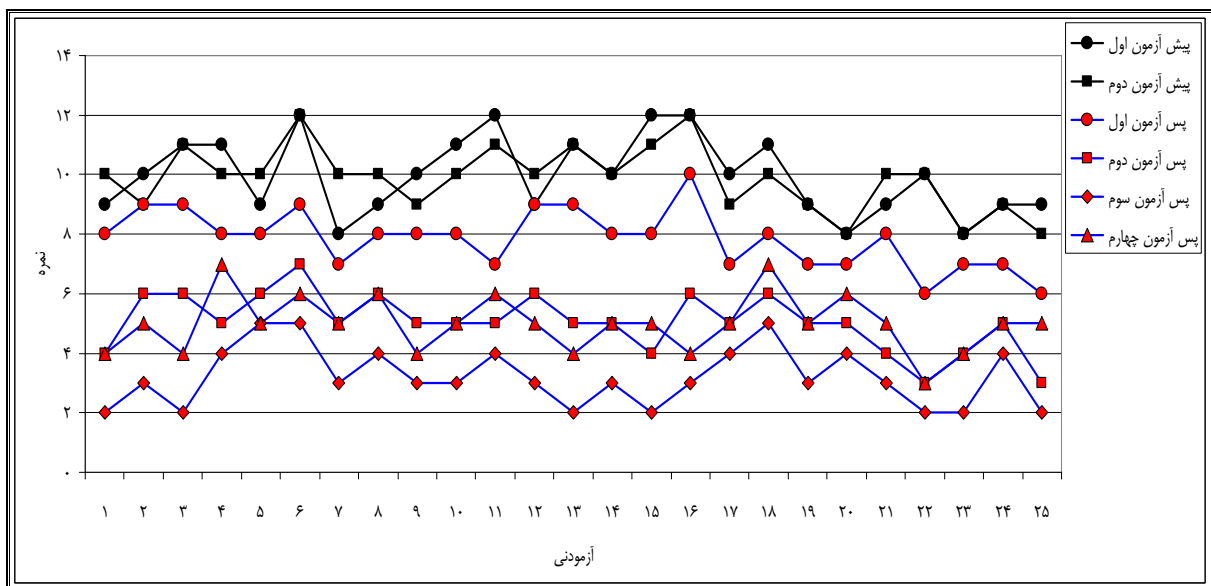
* $P < 0.01$

قالب‌دار، قطعه‌های خانه‌سازی، انواع عروسک‌ها، مداد و ماژیک‌های رنگی، وسایل نقاشی، نخ و مهره، خمیر بازی، انواع حیوانات عروسکی و پارچه‌ای، تفنگ و وسایل نظامی، شمشیر، ماشین و کامیون، خانه‌های عروسکی، اسباب بازی‌های خانه‌داری و آشپزی، تیله، جعبه آرایش، لوازم جانبی عروسک، و ... این وسایل برای دسترسی آسان کودکان به انواع اسباب بازی‌های متناسب با جنسیت، سن و علائق آنها فراهم شده بود. جلسه‌های بازی درمانی دو نوبت در هفته، هر جلسه به مدت ۴۰ دقیقه و با حضور ۳ تا ۵ آزمودنی و در کل ۲۴ جلسه برگزار شد. آزمودنیهایی که بیش از ۷ جلسه غیبت داشتند در تجزیه و تحلیل نهایی کنار گذاشته شدند. فرم والد پرسشنامه نشانگان مرضی کودکان پس از توجیه انفرادی والدین (در اکثر موارد مادران و در برخی موارد پدر و مادر) در شش نوبت توسط ایشان تکمیل شد. نوبت اول به محض مراجعه به مرکز و تشخیص اولیه (پیش آزمون اول)، نوبت دوم حدود چهار ماه پس از مراجعه و انجام درمان‌های غیر بازی درمانی و پیش از ارائه متغیر مستقل (پیش آزمون دوم)، پس آزمون اول بعد از گذشت ۴ هفته (۸ جلسه)، پس آزمون دوم بعد از گذشت ۸ هفته (۱۶ جلسه)، پس آزمون سوم بعد از گذشت ۱۲ هفته (۲۴ جلسه) و پس آزمون چهارم یا پیگیری بعد از پایان جلسه‌های بازی درمانی و گذشت یک ماه. همان گونه که پیشتر آمد، بازی درمانگر کودک محور به تمایل کودک برای رشد و خودشکوفایی باور دارد و از این رو در این فرایند به طور مستقیم دخالت نمی‌کند. در بطن ارتباط بازی درمانگر - کودک این نکته نهفته است که کودک می‌تواند به بینش نسبت به خودش دست پیدا کند. بازی درمانگر این پیام را منتقل می‌کند که «من اینجا هستم، تو را می‌بینم، تو را می‌شنوم، درک می‌کنم و مراقب تو هستم» [۲۲]. بازی درمانگر کودک محور برای واکنش به کودک از مهارت‌های غیر کلامی و کلامی استفاده می‌کند. ری^۱ [۳۱] می‌گوید که پاسخ‌های کلامی بازی درمانگر باید کوتاه، تعاملی و شخصی بوده و با سطح انرژی کودک همخوانی داشته باشد. به جز مواردی که برای کودکان خطری در برداشت، از هرگونه مداخله مستقیم در فرایند بازی کودکان خودداری به عمل می‌آوردند. به منظور رعایت

با توجه به اینکه نسبت F محاسبه شده (۲۷۷/۱۱۳) بزرگتر از F جدول ۳ با سطح احتمال خطا پذیری ۰/۰۰۱ و درجه‌های آزادی ۵ و ۱۲۰ (۳/۱۷) است، بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت میانگین نمره‌ها در شش نوبت اجرای آزمون رد می‌شود. به دیگر سخن میانگین نمره‌های پرسشنامه علائم مرضی کودکان در شش نوبت اجرا به طور معناداری با یکدیگر تفاوت داشته و روند کاهش نشان می‌دهد. با توجه به نتایج آزمون تعقیبی توکی و همچنین زیر گروه‌های استخراج شده با اطمینان ۹۵ درصد نتیجه می‌گیریم که میانگین نمره‌های آزمون بین دو نوبت اجرای پیش آزمون تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند و اختلاف اندک مشاهده شده ناشی از خطای نمونه گیری یا پدیده بازگشت به سوی میانگین است. اما میانگین نمره‌های پیش آزمون اول و دوم با میانگین نمره‌های چهار نوبت پس آزمون تفاوت معناداری با یکدیگر دارند. به دیگر سخن نمره‌های تمامی چهار نوبت پس آزمون از نمره‌های پیش آزمون‌ها به طور معناداری کمتر هستند.

جدول ۴) نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه دو به دو میانگین‌ها

نوبت اجرا (الف)	نوبت اجرا (ب)	تفاوت میانگین‌ها
پیش آزمون اول	پیش آزمون دوم	۰/۰۸
	پس آزمون اول	۲/۱۲*
	پس آزمون دوم	۴/۹۲*
	پس آزمون سوم	۶/۷۶*
پیش آزمون دوم	پس آزمون چهارم	۴/۹۶*
	پس آزمون اول	۲/۰۴*
	پس آزمون دوم	۴/۸۴*
	پس آزمون سوم	۶/۸۶*
پس آزمون اول	پس آزمون چهارم	۴/۸۸*
	پس آزمون دوم	۲/۸۰*
	پس آزمون سوم	۴/۶۴*
	پس آزمون چهارم	۲/۸۴*
پس آزمون دوم	پس آزمون سوم	۱/۸۴*
	پس آزمون چهارم	۰/۰۴*
پس آزمون سوم	پس آزمون چهارم	۱/۸۰*

* $P < 0.05$ 

نمودار (۱) نمودار تغییر میانگین نشانه‌های رفتاری اختلال نارسایی توجه، فزون کنشی در شش نوبت آزمون

کودک محور به عنوان روشی طبیعی بر کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی پرداخته است. روان درمانگری کودکان در مقایسه با بزرگسالان همواره با مشکلات بسیاری رو به رو است. مهمترین این مشکلات عبارت‌اند از: سطح پایین هشیاری و آگاهی کودکان نسبت به احساسات و هیجان‌های خود، توانایی محدود کودکان در برقراری ارتباط کلامی با درمانگر، محدودیت توانایی کودکان در شناسایی مشکلات خود و همچنین ناآشنایی با راهبردهای رویارویی و توانایی‌هایشان برای حل کردن این مشکلات. بنابراین به کارگیری روش‌هایی که موانع ارتباطی کودکان و درمانگر را از بین می‌برد از اهمیت بسزایی برخوردار است. متخصصان، بازی درمانی را در بهبود مشکلات رفتاری برونی سازی شده نظیر مبارزه کردن و مشکلات درونی سازی شده نظیر بداخلاقی کودکان بسیار مؤثر یافته‌اند [۲۵]. هر چند انجمن روان‌شناسی آمریکا [۵] فقط پنج روش مداخله دارو درمانی، آموزش رفتاری والدین، مداخله‌های رفتاری کلامی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و برنامه‌های درمانی تابستانی را برای کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی مطرح ساخته است. روش‌های درمانی گوناگون مستلزم صرف وقت و هزینه فراوان است. از این گذشته با وجود اثربخشی دارای مشکلاتی نیز هستند. برای مثال دارو درمانی توسط خانواده‌ها سخت پذیرفته شده و اثرات جانبی آن نیز قابل توجه است. از سوی دیگر با قطع مصرف دارو، رفتارهای مشکل آفرین دوباره باز می‌گردند. اما متخصصان برای بهبود نشانه‌های اختلال این گونه کودکان روش‌های دیگری از جمله بازی درمانی را به کار گرفته‌اند. در پژوهش حاضر از روش بازی درمانی کودک محور لاندردت [۲۱] برای کاهش مشکلات و نشانه‌های رفتاری اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی کودکان استفاده شد. در این فرایند تلاش بر این بود که کودکان از طریق پرداختن به انواع بازی به صورت انفرادی و جمعی با اسباب بازی‌های گوناگون نسبت به احساسات و افکار خود آگاهی بیشتری پیدا کنند؛ نسبت به مشکلات مهم خود و روش‌های رویارویی با مشکلات شناخت پیدا کرده، با تعارض‌ها و احساسات ناراحت کننده خود رو به رو شده، به پیامدهای رفتار خود بیندیشند، در حین بازی توجه پایدار خود را حفظ

بالاترین میزان کاهش مربوط به نمره‌های پس آزمون اول است که بعد از گذشت ۴ هفته (۸ جلسه) بازی درمانی به دست آمده است. نمره‌های میانگین پس آزمون دوم (۸ هفته بعد از شروع بازی درمانی) و پس آزمون چهارم (یک ماه بعد از پایان بازی درمانی) تقریباً در یک سطح بوده و تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند. پایین‌ترین میزان کاهش مربوط به نمره‌های پس آزمون سوم (۱۲ هفته بعد از شروع بازی درمانی) بوده است.

بحث

اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی با مشکل در بازداری پاسخ، خود کنترلی و نقص در کنش اجرایی همراه است که بر توانایی کودکان در توجه کردن، پیروی از قواعد و انجام تکلیف‌های شناختی که در موفقیت تحصیلی اهمیت دارند، اثر قابل توجهی بر جای می‌گذارد [۷، ۹، ۵۶]. در صورت ناشناخته ماندن و عدم مداخله درمانی مناسب و به موقع این اختلال، پیامدهای نامناسبی نظیر: شکست تحصیلی، طرد شدن از سوی همسالان، و رشد نایافتگی عزت نفس در کودکان مبتلا پیش خواهد آمد. این واقعیت که اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی در دوران بلوغ و بزرگسالی بین ۴ تا ۷/۵ درصد باقی می‌ماند نیز بر اهمیت این امر می‌افزاید [۷، ۹]. کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی، اغلب نسبت به کامپیوتر، تجهیزات کامپیوتری و بازی‌های کامپیوتری و ویدیویی علاقه وافری از خود نشان می‌دهند، در حالیکه این گونه فعالیت‌ها نیازمند هماهنگی موفقیت آمیز چندین مهارت شناختی است که در آنها مشکل دارند. همچنین والدین کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی گزارش کرده‌اند با وجودی که فرزندان‌شان مشکلات بسیاری در توجه و تمرکز بر محیط پیرامونشان دارند، اما تمرکز، عملکرد، حواس و انگیزش آنها در حین انجام بازی‌های کامپیوتری و ویدیویی بهبود می‌یابد [۵۷]. پیامدهای مثبت کاربرد بازی درمانی در محیط‌های گوناگون از جمله مدارس، کلینیک‌ها و مراکز شبانه روزی به خوبی بررسی شده است [۲۳]. تاکنون روش‌های درمانی متعددی برای درمان کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی معرفی شده‌اند که هر کدام نقاط قوت و ضعف خاص خود را دارند. از این رو پژوهش حاضر به بررسی تأثیر روش بازی درمانگری

پژوهش‌های آتی مورد بررسی قرار گیرد. در پژوهش حاضر از فرم والد پرسشنامه علائم مرضی کودکان استفاده شد، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی از ابزارهای دیگر و همچنین رتبه بندی معلمان نیز برای مقایسه استفاده شود. افزون بر این، بکارگیری طرح‌های با گروه کنترل و سایر انواع روش‌های درمانی به صورت جداگانه و ترکیبی نیز می‌تواند افق‌های تازه‌ای برای کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی بگشاید. در پژوهش حاضر روند تغییرات نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی در طی ۲۴ جلسه ۴۰ دقیقه‌ای بازی درمانی کودک محور با دو پیش‌آزمون و چهار پس‌آزمون، آن هم بر روی کودکان در دسترس ارجاع شده برای درمان بررسی شد. پژوهش‌های آتی می‌توانند روی کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی نوع خفیف‌تر و با استفاده از آزمون‌های پیگیرانه بیشتر انجام شوند.

تشکر و قدردانی

از تمامی والدین، معلمان و کودکانی که پژوهشگران را در انجام این پژوهش با شکیبایی همراهی کردند، صمیمانه سپاسگزاریم. خانم دکتر مهرناز سعادت برای مطالعه پیش نویس مقاله و ارائه پیشنهادهای ارزشمند در خور سپاسگزاری ویژه‌اند.

منابع

- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (4th revised ed). Washington, DC: Author; 2000.
- 2- Woodard R. The diagnosis and medical treatment of ADHD in children and adolescents in primary care: A Pract Guide. *Pediatr Nurs*. 2006; (4): 363-370.
- 3- Gupta R, Kar BR. Development of attentional processes in ADHD and normal children. *Prog in Brain Res*. 2009; (176): 259-276.
- 4- Dupaul GJ Stoner G. ADHD in the school: Assessment and intervention strategies (2nd ed). New York: Guilford Press; 2003.
- 5- American Psychological Association. Evidence based treatment for children and adolescents. Available from [http://www.wjh.harvard.edu/%7Enock/Div 53/EST/index. Html](http://www.wjh.harvard.edu/%7Enock/Div%2053/EST/index.html); 2007.
- 6- Cantwell DP. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad of Child and Adolesc Psychiatry*. 1996; (35): 978-987.
- 7- Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. Second Edition. New York: Guilford; 1998.

کرده و از حالت‌های انگیختگی خود بکاهند. بازی درمانگران در پژوهش حاضر، بر اساس رهنمودهای لاندرت [۲۱] تا آنجا که کودکان به خود، اسباب بازی‌ها و سایر کودکان آسیبی وارد نمی‌ساختند، به آنها اجازه می‌دادند تا آزادانه به بازی بپردازند و جز در موارد ضروری و با درخواست کودکان هیچ گونه مداخله‌ای در روند بازی آنان نمی‌کردند. یافته‌های حاصل از این پژوهش تأثیر بازی درمانگری کودک محور بر کاهش مشکلات و نشانه‌های رفتاری اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی در گروه نمونه مورد بررسی را نشان داد. بررسی روند تغییرات در طی ۲۴ جلسه ۴۰ دقیقه‌ای بازی درمانی کودک محور، کاهش معنادار نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی را به جز در فاصله پس‌آزمون سوم و چهارم نشان داد. به دیگر سخن نشانه‌های اختلال در فاصله جلسه‌های سوم تا بیست و چهارم با شیبی ملایم کاهش یافتند، اما پس از گذشت یک ماه از جلسه‌های بازی درمانی و در پس‌آزمون چهارم به عنوان ارزشیابی پیگیری مشخص شد که میزان نشانه‌ها تقریباً به سطح پس‌آزمون دوم بازگشته است. پژوهش‌های گوناگون بر اثربخشی رویکردهای مختلف بازی درمانی در درمان کودکان با اختلال‌های روان‌شناختی تأکید کرده‌اند. یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش‌های انجام شده قبلی همخوانی دارد [۱۲، ۱۷، ۱۸، ۳۳، ۳۷، ۳۸، ۴۳، ۴۴، ۴۵]. یافته‌های پژوهش حاضر هماهنگ با سایر پژوهش‌ها بر سودمندی کار بالینی متکی بر بازی درمانی در روان‌درمانی کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی تأکید دارد. با این حال، پژوهش حاضر با محدودیت‌های چندی رو به رو بوده است. از آن جمله نداشتن گروه کنترل، عدم توانایی کنترل تمامی متغیرهای مزاحم، تفاوت‌های گروه نمونه مورد بررسی و نحوه نمونه‌گیری، محدود بودن تعداد کودکان گروه نمونه که تعمیم‌پذیری نتایج را دستخوش محدودیت می‌کند. در عین حال به عنوان یکی از نخستین تلاش‌ها در این زمینه می‌تواند برای پژوهشگران آتی راهگشا باشد. تأثیر بازی درمانی بر کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی که دارای اختلال‌های همبود دیگری مانند ناتوانی‌های یادگیری، اختلال نافرمانی، مقابله‌ای، اختلال سلوک، نشانگان تورت، افسردگی، اختلال‌های اضطرابی و اختلال دو قطبی هستند باید در

analytic review of treatment outcomes. Prof Psychol: Res and Pract. 2005; 36(4): 376-390.

24- Berret D. The effects of play Therapy on the social and psychological adjustment of five to nine years old children [Dissertation]. Abstr Inter; 1975; (36): 20-32

25- Crow J. Play therapy with low achievers in reading [Dissertation]. University of North Texas; 1989. Abstr Inter. 1990; (50): 2789.

26- Danger SE. Child-centered play therapy with children with speech difficulties [Dissertation]. University of North Texas; 2003.

27- Dougherty JL. Impact of child-centered play therapy on children of different developmental stages [Dissertation]. University of North Texas. 2006; (67-04): 128.

28- William Li, HC-Lopez V, Lee TLI. Effects of preparative therapeutic play on outcomes of school age children undergoing day surgery. Periodical Res in Nurs & Health. New York; 2007.

29- LeBlance M, Ritchie M. A meta analysis of play therapy outcomes. 2001; (2):149-163.

30- Garza Y. Bratton S. School-based child centered play therapy with Hispanic children: Outcomes and cultural consideration. Int J Play Ther. 2005 ;(1), 51-80.

31- Ray D. Supervision of basic and advanced skills in play therapy. J Prof Couns: Pract Theor and Res. 2004; (2): 28-41.

۳۲- بیات مریم. بازی درمانگری بی‌رهنمود در کودکان مبتلا به مشکلات درونی سازی شده. فصلنامه روان‌شناسان ایرانی. ۱۳۷۸؛ ۱۵(۴): ۲۶۷-۲۷۶.

33- Bratton S, Ray D. What the research shows about play therapy. Int J Play Ther. 2000;(1), 47-88.

34- Baggerly J, Landreth G. Training children to help children: A new dimension in play therapy. The Peer Facilitator Quarterly. 2001; (1): 6-14.

35- Shen Y. Short-term group play therapy with Chinese earthquake victims: effects on anxiety, depression and adjustment. Int J Play Ther. 2002;(11), 43-63.

36- Lind A, Landreth G, Giordano M. Intensive group play therapy with child witness of domestic violence. Inter J Play Therapy. 2001; (1): 53-83.

۳۷- جنتیان سیما، نوری ابوالقاسم، شفتی سیدعباس، مولوی حسین، سماواتیان حسین. 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. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۳۷۸؛ ۲(۶): ۱۱۸-۱۰۹.

۳۸- نجفی مصطفی، محمدی محمدرضا، آثاری شروین. تأثیر بازی کامپیوتری و آموزش تایپ کامپیوتری بر بی‌توجهی و تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. ۱۳۸۴؛ ۳(۷): ۵۴-۴۷.

8- Epstein JN, Corry JF. Neuropsychology of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. Neuropsychol. 2004; (3): 485-503.

9- Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. ADHD in adults: what the science says: New York: The Guilford Press ;2008.

10- Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet. 2005; (366): 237-480.

11- Davids E, Gastpar M. Attention deficit hyperactivity disorder and borderline Personality disorder. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2005; (6): 865-877.

۱۲- سعادت مهرناز. کدام یک از نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی با مداخله‌های یوگا و بازی درمانی تغییر می‌کند؟ فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی. ۱۳۹۰؛ [زیر چاپ].

13- Peck HL, Kehle TJ, Bray MA, Theodore LA. Yoga as an intervention for children with attention problems. Sch Psychol Rev. 2005; (3): 415-424.

14- Kimbrough S, Balkin R, Rancich A. The Effect of Inverted Yoga Positions on Short-term Memory. The online J Sport Psychol. 2007; (9): 221-229.

15- Linda J, Harrison LJ, Manocha R, Rubia K. Sahaja Yoga Meditation as a Family Treatment Programs for Children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. Clin Child Psychiatry. 2004; (4): 479-497.

16- Kaduson H. Play therapy for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. In H. Kaduson, D. Cangelosi, & C. Schaefer (Eds.), The Playing Cure: Individualized play therapy for specific childhood problems. (197-227), Lanham, MD: Aronson.

17- Dupaul GJ, Weyandt LL. School-based intervention for children with attention deficit hyperactivity disorder: Effects on academic, social, and behavioral functioning. Inter J Disabil, Dev and Educ. 2006; (2): 161-176.

18- Edwards JH. Evidenced-based treatment for child ADHD: «Real-World» Practice implions. J Ment Health Couns. 2002; (2): 126-139.

19- Ray D, Schottelkorb A, Tsai MH. Play therapy with children exhibiting symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Int J Play Ther. 2007; (16): 95-111.

۲۰- هیوز فرگاس پیترو. روان‌شناسی بازی، کودکان، بازی و رشد. کامران گنجی، مترجم. تهران: انتشارات رشد؛ ۱۳۸۹.

۲۱- لندرت گری. بازی درمانی، هنر برقراری ارتباط. فروزنده داورپناه، مترجم. تهران: انتشارات رشد؛ ۱۳۹۰.

22- Johnson BD, Franklin LC, Hall K, Prieto LR. Parent training through play: Parent-child interaction therapy with a hyperactive child. The Family J Couns and Ther for Couples and Fam. 2000; (2): 180-186.

23- Ray D, Bratton S, Rhine T, Jones L. The efficacy of play therapy with children: A meta-

- 53- Abdel-Khalek AM. Reliability and factorial validity of the standard progressive matrices among Kuwaiti children ages 8-15 years. *Percep and Motor Skills*. 2005; (2): 409-412.
- 54- براهنی محمدنقی. هنجاریابی ماتریس‌های پیشرونده رنگی ریون در یک نمونه از کودکان ۱۰-۵ ساله تهرانی. انستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- 55- براهنی محمدنقی. پژوهش مقدماتی برای هنجاریابی آزمون ماتریس‌های پیشرونده ریون در ایران. *مجله روان‌شناسی*. ۱۳۷۷؛ (۵): ۲۱۷-۲۰۵.
- 56- Barkley RA. ADHD and the nature of self-control. New York: The Guilford Press; 1997.
- 57- Shaw R, Grayson A, Lewis V. Inhibition, ADHD, and Computer Games: The Inhibitory Performance of Children with ADHD on Computerized Tasks and Games. *J Atten Disord*. 2005; (4): 160-168.
- 58- Ray D, Bratton S, Rhine T, Jones L. The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Prof Psychol: Res and Pract*. 2005; 36(4): 376-390.
- 39- مددی زواره سارا، کامکار منوچهر، گلپور محسن. تأثیر بازی بر عزت نفس دانش آموزان (۶ تا ۱۱ ساله) نابینای آموزشگاه ابابصیر اصفهان. *فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)*. ۱۳۸۶؛ (۳۳): ۱۴-۱.
- 40- Borg S. ADHD and problem-solving in play. *Emo and Behav Difficult*. 2009; (4): 325-336.
- 41- محمودی قرائی جواد، بیبا مهدی، یاسمی محمدنقی، امامی آناهیتا، نادری فاطمه. اثر بازی درمانی گروهی بر نشانه‌های مرتبط با سوگ و آسیب ناشی از واقعه زلزله در کودکان ۶-۳ سال بزم: یک مطالعه قبل و بعد. *مجله بیماری‌های کودکان*. ۱۳۸۵؛ (۲): ۱۶-۱۴۲-۱۳۷.
- 42- کمیجانی زهرا، هاشمی آذر. ژانت. بررسی تأثیر بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری دانش آموزان آزار دیده جسمانی-هیجانی ۹-۱۲ ساله شهر تهران. *روان‌شناسی تربیتی*؛ ۱۳۸۸؛ (۱۵): ۳۲-۱۹.
- 43- Cordier R, Bundy A, Hocking C, Einfeld S. A model for play-based intervention for children with ADHD. *Australian Occup Ther J*. 2009; (56): 332-340.
- 44- Cordier R, Bundy A, Hocking C, Einfeld S. Comparison of the play of children with attention deficit hyperactivity disorder by subtypes. *Australian Occup Ther J*. 2010; (57): 137-145.
- 45- Naderi FA, Heidari L, Bouron-Asghari P. The effect of play on ADHD, anxiety and social maturity in 8-12 years aged client children of Ahvaz metropolitan counseling clinics. *J Appl Sci*. 2010; (3): 191-194.
- 46- Axline VM. *Play Therapy*. New York: Ballantine Books; 1974.
- 47- محمد اسماعیل الهه. بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) بر روی دانش آموزان ۱۴-۶ ساله مدارس ابتدایی و راهنمایی شهر تهران. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی؛ ۱۳۸۳.
- 48- محمدزاده علی، نجفی محمود. نقش اضطراب و افسردگی در تبیین اختلالات نارسایی توجه در کودکان دبستانی. *مجله روان‌شناسی بالینی*. ۱۳۸۸؛ (۴): ۶۶-۵۹.
- 49- هاشمی نصرت‌آباد توج، محمودعلیلو مجید، غلامرستمی حسین‌علی، نعمتی سوگلی تپه فاطمه. مقایسه کارکردهای اجرایی سازمان بندی مجدد اندیشه در زیر مجموعه‌های اختلال فزون کنشی/نارسایی توجه بر اساس مدل بارکلی. *مجله روان‌شناسی بالینی*. ۱۳۸۹؛ (۲): ۳۹-۳۵.
- 50- Raven JC, Court JH, Raven JC. *Manual for Raven Progressive Matrices and Vocabulary Scales*. London: Lewis; 1983.
- 51- آناستازی الف. روان آزمایی. محمد نقی براهنی، مترجم. تهران: انتشارات دانشگاه تهران؛ ۱۳۷۱.
- 52- Uno A, Shinya N, Haruhara N, Kaneko M. Ravens colored progressive matrices in Japanese children. *Japanese J Logopedir and Phoniater*. 2005; (46): 185-189.