






Research Article

The Effectiveness of Play Therapy Training for Mothers on Reducing Behavioral Problems in Male Elementary School Students with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder

Akram Hafezi¹ , Hamid Tavakoli Ghouchani^{2,*} , Hossein Lashkardoost³ 

¹ Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Shahid Sheraft Faculty, Farhangian University, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnord, Iran

³ MSc, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

* **Corresponding author:** Hamid Tavakoli Ghuchani, Assistant Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnord, Iran. E-mail: tavakoli_44@yahoo.com

DOI: [10.29252/nkjmd-11041](https://doi.org/10.29252/nkjmd-11041)

How to Cite this Article:

Hafezi A, Tavakoli Ghuchani H, Lashkardoost H. The Effectiveness of Play Therapy Training for Mothers on Reducing Behavioral Problems in Male Elementary School Students with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2020;**11**(4):1-8. DOI: [10.29252/nkjms-11041](https://doi.org/10.29252/nkjms-11041)

Received: 05 Sep 2019

Accepted: 16 Dec 2019

Keywords:

Play Therapies
Students
Attention Deficit Hyperactivity Disorders
Mothers

© 2020 North Khorasan Medical Sciences

Abstract

Introduction: Attention-deficit/hyperactivity disorder is a behavioral disorder in children that has many problems, and several therapeutic methods have been proposed to reduce the behavioral problems of children with this disorder. This study aimed to investigate the effectiveness of play therapy training for mothers on reducing behavioral problems in male elementary school students with attention-deficit/hyperactivity disorder.

Methods: This study was semi-experimental (pretest-posttest with the control group). In the present study, the statistical population includes all mothers with male elementary school students with attention-deficit/hyperactivity disorder in Tehran city in 2016. Among them, 30 mothers were selected based on purposive and available sampling. They were assigned randomly into control (n = 15) and the experimental group (n = 15). Before the educational intervention, a pretest was taken in both groups. The data collection tool was the Rutter child behavior questionnaire (parent form). The child-parent relationship therapy (CPRT) model was done in 10 sessions for mothers in the experimental group. Each session takes 120 minutes. The control group did not receive any education. Then the posttest was taken in both groups. Data were analyzed by multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Results: Play therapy training for mothers causes considerable changes in scores of aggression and hyperactivity ($\eta^2 = 0.192$, $F = 5.481$), anxiety and depression ($\eta^2 = 0.253$, $F = 7.800$), social incompatibility ($\eta^2 = 0.315$, $F = 10.578$), antisocial behaviors ($\eta^2 = 0.488$, $F = 21.906$), and attention deficit disorder ($\eta^2 = 0.211$, $F = 6.154$) of subjects in experimental group in comparison with the control group ($P \leq 0.05$).

Conclusions: Play therapy training for mothers can help to reduce behavioral problems in male elementary school students with attention-deficit/hyperactivity disorder.



اثربخشی آموزش بازی درمانی به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری دانش آموزان پسر دوره ابتدایی مبتلا به اختلال بیش فعالی / کمبود توجه

اکرم حافظی^۱ ID، حمید توکلی قوچانی^۲ ID*، حسین لشکر دوست^۳ ID

^۱ استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشکده شهید شرافت، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران
^۲ استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
^۳ کارشناس ارشد، گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
 * نویسنده مسئول: حمید توکلی قوچانی، استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران. ایمیل: tavakoli_44@yahoo.com

DOI: 10.29252/nkjms-11041

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۶/۱۴	چکیده
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۹/۲۹	مقدمه: اختلال بیش فعالی / کمبود توجه یک اختلال رفتاری در کودکان است که مشکلات زیادی به دنبال دارد و روش های درمانی متعددی برای کاهش این مشکلات ارائه شده است. هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش بازی درمانی به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری دانش آموزان پسر دوره ابتدایی مبتلا به اختلال بیش فعالی / کمبود توجه بود.
واژگان کلیدی: بازی درمانی دانش آموزان اختلال بیش فعالی / کمبود توجه مادران	روش کار: پژوهش حاضر به روش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمام مادران دارای کودکان پسر دوره ابتدایی مبتلا به اختلال بیش فعالی / کمبود توجه در شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بود. از بین این مادران، ۳۰ نفر به صورت نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند. افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارش شدند. قبل از اجرای مداخله آموزشی، پیش آزمون در هر دو گروه انجام شد. داده ها با استفاده از پرسشنامه ارزیابی رفتاری مخصوص کودکان راتر (فرم والدین) جمع آوری گردید. آموزش الگوی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) برای مادران گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۲ ساعته اجرا شد و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. سپس از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس آزمون گرفته شد. فرضیه ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.
تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی محفوظ است.	یافته ها: آموزش بازی درمانی به مادران در نمره های پرخاشگری و بیش فعالی ($F = 5/481, \eta^2 = 0/192$)، اضطراب و افسردگی ($F = 7/800, \eta^2 = 0/253$)، ناسازگاری اجتماعی ($F = 10/578, \eta^2 = 0/315$)، رفتارهای ضد اجتماعی ($F = 21/906, \eta^2 = 0/488$) و اختلال کمبود توجه ($F = 6/154, \eta^2 = 0/211$) آزمودنی های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری ایجاد کرده است ($p \leq 0/05$).
	نتیجه گیری: آموزش بازی درمانی به مادران می تواند به کاهش مشکلات رفتاری دانش آموزان پسر دوره ابتدایی مبتلا به اختلال بیش فعالی / کمبود توجه کمک کند.

مقدمه

تأثیر نشانه های کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی / کمبود توجه قرار می گیرد. این کودکان اغلب در برابر درخواست های والدین نافرمان تر هستند و در شروع کردن و دنبال کردن فعالیت ها شکست می خورند و زود دست می کشند و نسبت به کودکان غیر بیمار بیشتر از آنها تقاضا می شود که توجه کنند. چنین رفتارهایی برای والدین آنها استرس زیادی ایجاد می کند [۷، ۸].

اختلال های رفتاری کودکان معمولاً نخستین بار در سال های آغازین دوره ابتدایی مشاهده می شوند و برای معلمان، خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری ایجاد می کنند و نه تنها کودک و خانواده او را در زمان حال درگیر می سازند، بلکه آینده ناخوشایندی را برای کودکان و اطرافیان آنها در پی دارند [۹]. برآورد می شود که ۲ تا ۵/۷ درصد

اختلال بیش فعالی / کمبود توجه (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) که دارای سه نوع کمبود توجه، بیش فعالی تکانشگری و ترکیبی است [۱]، یک اختلال رشدی عصب شناختی و از شایع ترین اختلالات روان پزشکی مداوم و نامیدکننده در سطوح نامناسب بی توجهی، بیش فعالی و تکانشگری در دوران کودکی محسوب می شود [۲] که اولین بار توسط هنری هوفمن در سال ۱۸۴۵ شناسایی شد [۳]. این اختلال ممکن است نتیجه کمبود در خودنظارتی یا کنترل انطباقی باشد که هر دو برای رفتار سازگاران مورد نیازند [۴]. اختلال بیش فعالی / کمبود توجه یک اختلال مزمن است که با اختلالاتی در زمینه تحصیلی، شغلی و اجتماعی، رفتاری و هیجانی همراه است [۵، ۶]. در این اختلال، تعاملات کودک والد تحت

در معرض خطر تجربه کردن مشکلات بین فردی درازمدت هستند [۱۹].

مزایای بالقوه رابطه والد-کودک ممکن است در مداخلات مبتنی بر بازی سودمند باشد. یک جزء مهم درمان تسهیل رشد عصبی و اجتماعی از طریق بازی با والدین، خواهر و برادر و همسالان کودک می‌باشد [۲۰].

[۲۱]. بازی به والد و کودک این امکان را می‌دهد تا نوعی از باهم بودن را تجربه کنند که موجب بهبود اعتماد و شادی متقابل و ایجاد انعطاف‌پذیری برای کاهش مشکلات احساسی می‌شود [۲۲]. یکی از روش‌های درمانی مناسب برای کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه، آموزش به والدین به‌ویژه آموزش به مادران آنها است که تعامل بیشتری با فرزند خود دارند و فشار و استرس بیشتری را تجربه می‌کنند در این روش به مادران آموزش می‌دهند که چطور رفتار کودک خود را مدیریت کنند و بر آن اثر بگذارند و بتوانند تعاملات والد-کودک را بهبود بخشند [۲۳]. بر این اساس، آموزش بازی‌درمانی به مادران می‌تواند روشی مناسب برای بهبود ارتباط با کودک و کاهش مشکلات رفتاری-هیجانی او باشد. [۱۴]. مهم‌ترین مزایای این روش درمانی ایجاد حس خودکارآمدی در کودک و مادر است تا از این طریق رابطه آنها تقویت شده و اثرات درمان تداوم یابد.

در زمینه اثربخشی مداخلات مبتنی بر بازی‌درمانی و آموزش والدین از طریق بازی بر نشانگان بیش‌فعالی و کمبود توجه مطالعاتی انجام شده است. از جمله این مطالعات می‌توان به مطالعه مصطفوی و همکاران [۲۴] و تکلوی اشاره نمود که دریافتند آموزش مهارت‌های بازی‌درمانی به مادران موجب کاهش مشکلات رفتاری در کودکان دارای مشکلات رفتاری و ناتوانی‌های یادگیری شده است [۲۵] قدم‌پور و همکاران تأثیر بازی‌درمانی بی‌رهنمود بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی [۲۶]، سبزیان و همکاران اثربخشی ارائه مداخله مبتنی بر آموزش بازی مشترک مادر-کودک در کاهش علایم کمبود توجه و بیش‌فعالی [۱۴] و هاشمی اثربخشی آموزش شیوه بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه مادر-کودک (مطابق با الگوی لندرت) را بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان و افزایش پذیرش والدینی مورد تأیید قرار داده‌اند [۲۷]. نادری و همکاران در بررسی اثربخشی بازی‌درمانی بر اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه، اضطراب و بلوغ اجتماعی در کودکان ۸ تا ۱۲ ساله مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره شهر اهواز به این نتیجه دست یافتند که بازی‌درمانی موجب کاهش اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه و اضطراب و افزایش بلوغ اجتماعی این کودکان می‌شود [۲۸]. نتایج پژوهش‌های دیگر نیز اثربخشی بازی‌درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه را مورد تأیید قرار داده‌اند [۱۵، ۱۷، ۲۸-۳۰]. آنیل و همکاران بازی کردن در دنیای واقعی همراه با همسالان، خواهر و برادر و والدین را در رشد شناختی و افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه تأیید نموده‌اند [۲۰]. در همین راستا، پژوهشگران نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک [۵، ۳۱] و تعامل والد-کودک در بازی‌درمانی بومی-محلی [۳۲] بر کاهش مشکلات رفتاری و درمان اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه در کودکان مؤثر است.

با مدنظر قرار دادن این‌که تحقیقات متعدد صورت گرفته از این دست، اثربخشی روش درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک را بر مشکلات رفتاری-هیجانی کودکان و تنیدگی و پذیرش والدینی به اثبات

کودکان در سنین پیش از مدرسه به آن مبتلا می‌شوند و نسبت آن در پسران به دختران، ۵ به ۱ است [۵، ۱۰]. میزان شیوع این اختلال در کودکان آمریکایی مدرسه‌رو از ۲ تا ۲۶ درصد متغیر است [۱۱]. در ایران کمبود توجه (۶/۷ درصد)، بیش‌فعالی/تکانشگری (۶ درصد) و نوع ترکیبی (۵ درصد) در دانش‌آموزان دبستانی تخمین زده شده است [۱۰]. به‌طور کلی، اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه بر ۸ تا ۱۲ درصد کودکان مدرسه‌ای در سراسر جهان تأثیر می‌گذارد و پسران سه برابر دختران به علت ابتلا به این اختلال، به مشاور اطفال و روان‌پزشک مراجعه می‌کنند [۱۲]. شیوع بیشتر اختلال‌های رفتاری در بین پسران می‌تواند به علت آسیب‌پذیرتر بودن پسران نسبت به دختران از نظر زیستی، وجود اختلاف‌های مربوط به جنسیت در پرورش این گروه در اجتماع، بیشتر شنیده شدن کج‌روی‌های پسران، مشکل‌تر بودن اداره کردن پسران از بدو زندگیشان باشد که نشان‌دهنده بحران‌های زودگذر رشد هستند [۱۰].

تشخیص دیر هنگام یا ناشناخته ماندن این اختلال می‌تواند عوارضی همچون شکست تحصیلی، طرد از سوی همسالان و رشد نایافتگی عزت نفس در کودکان مبتلا را به همراه داشته باشد. لذا اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی باید به موقع شناسایی و قبل از تضعیف عملکرد تحصیلی کودک و ایجاد تنش در روابط کودک والدین، تشخیص داده شود [۱۳]. با توجه به این‌که اختلال‌های رفتاری همه جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، هر گونه تلاشی که در زمینه شناسایی و تشخیص، پیشگیری، کنترل و درمان آن صورت گیرد و سلامت روانی جامعه را افزایش دهد، با ارزش تلقی می‌شود [۱۰].

انواع متعددی از درمان‌ها سعی در مهار کردن اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه داشته‌اند [۱۴]. کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه با درمان‌های دارویی و غیردارویی از قبیل مداخلات آموزشی، روان‌شناختی، حمایت رفتاری و بازی‌درمانی کنترل می‌شوند. بازی‌درمانی تکنیکی است که طی آن کودک این فرصت را در اختیار دارد تا رشد را تحت ایده‌آل‌ترین شرایط تجربه نماید [۱۵]. بازی‌درمانی جزء تکنیک‌های موفق است که ضمن آموزش مهارت‌های زندگی به کودک، او را به‌طور فعال در فرایند درمان درگیر می‌کند. بازی‌درمانی به عنوان یک روش درمانی مبتنی بر نظریه‌هایی است که بازی را دارای کارکردهای اصلاحی و تغییر رفتار می‌دانند، زیرا کودک از طریق بازی می‌تواند احساسات، ناکامی‌ها و اضطراب‌های خویش را بیان کند [۱۴، ۱۶، ۱۷]. مداخلات مبتنی بر بازی قصد دارند افکار و تصورات بازی‌درمانی را به‌وجود آورند. این شیوه درمانی که با آنا فروید و ملانی کلاین آغاز شده است، متعاقباً توسط آکسلین، لندرت و دیگران توسعه یافت و از بازی به عنوان راه اولیه‌ای استفاده می‌کند که کودک از طریق آن احساسات خود را بیان نموده و با درمانگر ارتباط برقرار می‌نماید. از این دیدگاه، در یک رابطه درمانی ایمن، در طول بازی با درمانگر، کودکان احساسات خود را بیان می‌کنند و راهبردهای انطباقی بیشتری را برای مدیریت کردن پربشانی‌هایشان و بهبود سطح عملکردشان یاد می‌گیرند [۱۸]. از طریق بازی است که کودکان مهارت‌هایی چون رعایت نوبت، انعطاف‌پذیری و سازش، همکاری و داشتن دیدگاه خود را یاد می‌گیرند.

بهبود این مهارت‌ها به‌ویژه در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه مهم است، زیرا کودکان دارای نشانگان این عارضه بیشتر

روش کار

این پژوهش در زمره تحقیقات کاربردی جای دارد که به شیوه نیمه تجربی براساس طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل مادران دارای کودکان پسر دوره ابتدایی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه در شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بود. از بین مناطق شهر تهران، به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای ابتدا منطقه چهار انتخاب شد. سپس یک مدرسه (مدرسه دولتی امت) از میان مدارس ابتدایی پسرانه این منطقه به‌طور تصادفی برگزیده شد. این مدرسه ۴۰۰ دانش‌آموز داشت که طبق گزارش مربی بهداشت و معلمان و با ارجاع دانش‌آموزان به مراکز مشاوره و تأیید اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه آنان توسط روان‌پزشک و روان‌شناس، ۳۳ نفر از این کودکان به عنوان افراد دارای مشکلات رفتاری (اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه) شناسایی و در دفتر مدرسه ثبت شده بودند که مادران ۳۰ نفر از آنها حاضر به همکاری شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جای گرفتند. برای مادران کودکان گروه آزمایش یک دوره آموزش بازی‌درمانی طبق الگوی بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) به مدت ۱۰ جلسه و هر جلسه به مدت ۲ ساعت به‌صورت هفتگی ارائه شد؛ در حالی که مادران گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند و چنین مداخله‌ای دریافت نکردند. معیارهای ورودی تشخیص مربی بهداشت و معلم و تأیید روان‌پزشک و روان‌شناس و ثبت در دفتر مدرسه به عنوان کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه و نیز تشخیص کودک در آزمون راتر به عنوان بیش‌فعال/ کمبود توجه؛ سن کودک ۷-۱۲ سال؛ جنسیت (پسر)؛ سطح تحصیلات مادر بین دیپلم تا کارشناسی ارشد بود. معیار خروجی سن کم‌تر از ۷ سال و بالاتر از ۱۲ سال برای کودک و سطح تحصیلات کم‌تر از دیپلم و بالاتر از کارشناسی ارشد برای مادر بود. اجرای متغیر مستقل الگوی بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) بر اساس زمان‌بندی مشخص شده هفته‌ای یک‌بار در نمازخانه مدرسه امت به شرح جدول ۱ برگزار گردید.

رسانده‌اند [۲۳-۳۵] و نیز با توجه به این که بارزترین شیوه تغییر رفتار در کودکان به بازی‌درمانی بازمی‌گردد و الگوی بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) به آموزش این شیوه به والدین و تکیه بر آنها به عنوان واسطی برای تربیت و بهبود رفتارهای کودکان تأکید دارد [۲۴].

آنچه که در بیشتر این‌گونه پژوهش‌ها مشهود است، این است که پدران از فرایند راهنمایی و مشاوره کم‌تر استقبال می‌کنند؛ به‌طوری که ۶۸ درصد مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره زن و ۳۲ درصد آنان مرد هستند. به عبارتی، تعداد مراجعان زن دو برابر مراجعان مرد است [۸]. بنابراین، با توجه به این که مادران در فرایند تربیت کودکان سهم بیشتری دارند، در این پژوهش مادران برای شرکت در جلسات آموزشی انتخاب شدند. همین‌طور با توجه به شیوع نسبتاً بالای ابتلا به اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه در کودکان کشور [۳۶] و این که شیوع این اختلال در پسران بیشتر از دختران گزارش شده است [۳۷] و تقارن دوره ابتدایی با شروع اختلال‌های رفتاری و عوارض حاصل از این اختلال‌ها مانند افت تحصیلی و با توجه به نیازهای آموزشی و پرورشی این گروه از کودکان [۱۰]، پسران دوره ابتدایی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه مدنظر قرار گرفتند تا بتوان در حیطه اقدامات پیشگیرانه گام مؤثری برداشت. همچنین، مداخله CPRT به این دلیل که کودک را به‌طور مستقیم در معرض درمان و مراجعه به درمانگر قرار نمی‌دهد، مورد توجه مادر و کودک است و به مادر قدرت و مهارت لازم را برای کار با کودک می‌دهد. با توجه به مطالب مطرح شده، نتایج حاصل از این پژوهش ضمن پیوند نظری با مبانی آن، از بعد کاربردی سبب بهبود رابطه مادر با کودک، تقویت مهارت‌های فرزندپروری مادران، درمان و بهبود رفتارهای کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه می‌شود. بنابراین، این مسأله قابل طرح است که آیا آموزش بازی‌درمانی به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری (پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضد اجتماعی، اختلال کمبود توجه) دانش‌آموزان پسر دوره ابتدایی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه مؤثر است؟

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات آموزشی الگوی بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) به مادران

جلسه	اهداف هر جلسه
اول	بیان و ارائه موضوعات پایه و اساسی همچون تشویق و تقویت مادران، همدلی با مادران، عادی و طبیعی جلوه دادن مشکلات ارتباطی مادران با فرزندانشان
دوم	معرفی، شناساندن و ارائه مجموعه اسباب‌بازی‌های مورد نیاز برای جلسه‌های بازی و توضیح دادن منطق استفاده کردن از هر یک از آنها
سوم	معرفی بایدها و نبایدهای جلسه‌های بازی
چهارم	اعمال سه‌گام محدودیت‌گذاری
پنجم	در این جلسه مطلب جدیدی ارائه نشد، بلکه بر حمایت و تشویق مادران در هنگام یادگیری و تمرین مهارت‌های جلسه بازی تأکید و تمرکز شد.
ششم تا نهم	در این جلسه‌ها هدف اولیه درمانگر در برخورد با مادران، تقویت و ایجاد احساس کارآمدی آنها از طریق ایجاد حس عزت نفس و اعتماد به نفس در آنان بود و هدف اولیه مادران این بود که به‌طور فعال به کودکانشان پاسخ دهند تا عزت نفس کودک تقویت شود.
دهم	هدایت، ارزیابی و پیگیری جلسه‌های بازی و مهارت‌های مادران در این زمینه

مادران به طرح وارد شدند. نام آزمودنی‌ها محفوظ ماند و اطلاعات مندرج در پرسشنامه از طریق کدگذاری مورد استفاده قرار گرفت. سپس مادران گروه آزمایش در جلسات آموزشی CPRT به صورت گروهی شرکت کردند. در پایان دوره، مجدداً پرسشنامه مذکور در اختیار مادران گروه آزمایش و کنترل قرار گرفت و بدین ترتیب از دو گروه پس‌آزمون اخذ گردید.

روند اجرای پژوهش بدین صورت بود که پرسشنامه ارزیابی رفتاری مخصوص کودکان راتر (فرم والدین) یک‌بار پیش از آغاز مداخله (در مرحله پیش‌آزمون) و یک‌بار دو هفته پس از پایان مداخله توسط مادران گروه‌های آزمایش و کنترل با کمک فرد روان‌شناس غیر از پژوهشگران و درمانگر این پژوهش تکمیل شد تا بدین طریق از سوگیری‌های احتمالی پژوهشگران در ارزیابی نتایج درمانی جلوگیری به عمل آید. بنابراین، بعد از ارائه توضیح شفاهی در مورد پژوهش و با رضایت کتبی،

بررسی قرار گیرد، فرض عدم وجود هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای وابسته است. برای بررسی عدم وجود هم‌خطی چندگانه، همبستگی بین هر یک از جفت‌های متغیر وابسته نباید بیشتر از $0/9$ باشد. همان‌طور که از ضرایب همبستگی داده‌های **جدول ۳** مشخص است، هیچ‌یک از ضرایب همبستگی بین جفت متغیرهای وابسته بزرگ‌تر از $0/5$ نیست. بنابراین، فرض عدم وجود هم‌خطی چندگانه رعایت شده است.

برای بررسی معناداری میزان تغییرات به‌دست آمده و تعیین اثربخشی آموزش بازی‌درمانی به مادران بر کاهش اختلالات رفتاری دانش‌آموزان پسر، از طریق آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره، میانگین‌های پس‌آزمون (بعد از مداخله) بعد از تعدیل نمودن نمرات پیش از مداخله، مورد مقایسه قرار می‌گیرند تا اندازه تأثیر کل اصلاح شده گزارش شود. یکی دیگر از پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل کوواریانس، فرض همگنی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها است. این فرض توسط آزمون باکس مورد بررسی قرار می‌گیرد. نتایج مربوط به این آزمون در **جدول ۴** داده شده است. با توجه به داده‌های **جدول ۴** سطح معناداری آزمون باکس برابر با $0/220$ و بزرگ‌تر از مقدار $0/05$ است. بنابراین، در سطح اطمینان 95% فرض تجانس ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌های مختلف پذیرفته می‌شود.

همان‌طور که در **جدول ۵** مشخص است، یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره حاکی از این است که مقدار F چند متغیری در تمامی آزمون‌ها در سطح $p < 0/001$ از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. لذا، بین دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از مؤلفه‌های اختلالات رفتاری تفاوت معناداری وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت در ادامه از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شده است.

پیش‌فرض استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیری فرض همگن بودن واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها است. برای بررسی این فرضیه از آزمون لون استفاده شد که نتایج مربوط به آن در **جدول ۶** داده شده است. با توجه به داده‌های **جدول ۶** فرض همگنی واریانس‌ها پذیرفته می‌شود. نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس تک متغیری در **جدول ۷** داده شده است.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه ارزیابی رفتاری مخصوص کودکان (فرم والدین) بود. این پرسشنامه توسط راتر در سال ۱۹۶۷ برای تشخیص کودکانی که دارای اختلال‌های رفتاری هستند، طراحی شد. نسخه والدین این پرسشنامه ۳۱ سؤال دارد که هر سؤال از صفر تا ۲ نمره‌گذاری می‌شود. اگر عبارتی در مورد کودک صدق کند دور عدد ۲، اگر تا حدودی صدق کند دور عدد ۱ و اگر صدق نکند دور عدد صفر را خط می‌کشند. در پایان اگر مشکلی علاوه بر آنچه در سؤال‌ها آمده در کودک وجود دارد، یادداشت می‌شود. سؤال‌های این آزمون پنج زیرمقیاس پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضداجتماعی و اختلال کمبود توجه را می‌سنجد. دامنه نمرات فرم والدین این مقیاس بین صفر تا ۶۲ است. سازندگان این مقیاس گزارش کرده‌اند که پایایی بازآزمایی و پایایی درونی این مقیاس بسیار بالا است. همبستگی در یک مطالعه بازآزمایی با فاصله دو ماه $0/74$ و همبستگی بین پدران و مادران $0/64$ بوده است [۳۸]. عربی و همکاران [۳۹] پایایی این آزمون را از طریق ضریب آلفای کرونباخ $0/71$ محاسبه کرده‌اند که بیانگر ضریب پایایی نسبتاً خوب این پرسشنامه است. در پژوهش حاضر نیز روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه به تأیید متخصصان روان‌شناسی رسیده و پایایی آزمون به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ($0/86$) به‌دست آمد که نمایانگر ضریب پایایی مطلوب این پرسشنامه است. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS22، آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شد. سطح معناداری نیز $\alpha = 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در **جدول ۲** آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) نمرات افراد در پنج مؤلفه اختلالات رفتاری قبل و بعد از مداخله به تفکیک دو گروه کنترل و آزمایش آورده شده است. با توجه به داده‌های **جدول ۲** در هر پنج مؤلفه اختلالات رفتاری، میانگین امتیازات در گروه آزمایش پس از مداخله کاهش چشم‌گیری نسبت به گروه کنترل داشته است. یکی از مفروضاتی که باید در استفاده از روش تحلیل کوواریانس مورد

جدول ۲. مقایسه نمرات دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

تعداد	میانگین پیش‌آزمون	انحراف معیار پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	انحراف معیار پس‌آزمون
پر خاشگری و بیش‌فعالی				
آزمایش	۱۱/۷۳	۱/۴۸۶	۸/۴۷	۱/۲۴۶
کنترل	۱۰/۵۳	۱/۷۶۷	۹/۹۳	۲/۰۱۷
اضطراب و افسردگی				
آزمایش	۱۳	۱/۶۹۰	۱۰/۰۷	۲/۳۱۴
کنترل	۱۳/۳۳	۱/۳۴۵	۱۲/۴۷	۱/۰۶۰
ناسازگاری اجتماعی				
آزمایش	۳/۵۳	۰/۶۴۰	۲/۲۰	۱/۲۰۷
کنترل	۳/۴۰	۰/۹۸۶	۳/۶۷	۱/۱۱۳
رفتارهای ضداجتماعی				
آزمایش	۹	۱/۵۱۲	۶/۷۳	۰/۵۹۴
کنترل	۸/۱۳	۱/۴۰۷	۸/۶۷	۱/۱۱۳
اختلال کمبود توجه				
آزمایش	۴/۵۳	۰/۹۹۰	۳/۰۷	۱/۶۶۸
کنترل	۴/۴۷	۱/۱۸۷	۴/۵۳	۰/۹۹۰

جدول ۳. همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

اضطراب و افسردگی	ناسازگاری اجتماعی	رفتارهای ضداجتماعی	اختلال کمبود توجه
پر خاشگری و بیش‌فعالی	۰/۴۴۷**	۰/۴۵۳**	۰/۱۲۶*
اضطراب و افسردگی	۱	۰/۳۸۳**	۰/۲۷۷*
ناسازگاری اجتماعی	-	۰/۴۵۰**	۰/۲۲۶*
رفتارهای ضد اجتماعی	-	۱	۰/۳۰۹**
اختلال کمبود توجه	-	-	۱

**همبستگی در سطح ۰/۰۱ و * همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

جدول ۴. نتایج آزمون باکس برای بررسی فرض همگنی ماتریس کوواریانس

مقدار باکس	مقدار آماره F	df1	df2	سطح معناداری
۳۵/۱۰	۱/۸۸۳	۱۵	۵۶/۶۳۲	۰/۲۲۰

جدول ۵. تحلیل کوواریانس چند متغیره برای بررسی اثربخشی بازی‌درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری

مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	مقدار آماره F	سطح خطا
آزمون اثر پیلایی	۵	۱۹	۱۵/۶۴۲	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۵	۱۹	۱۵/۶۴۲	۰/۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۵	۱۹	۱۵/۶۴۲	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۵	۱۹	۱۵/۶۴۲	۰/۰۰۱

جدول ۶. نتایج آزمون لون برای بررسی فرض همگنی واریانس‌ها

مقدار آماره F	df1	df2	سطح معناداری	
پر خاشگری و بیش‌فعالی	۲/۵۶۹	۱	۲۸	۰/۱۲۵
اضطراب و افسردگی	۲/۶۷۱	۱	۲۸	۰/۱۲۴
ناسازگاری اجتماعی	۰/۹۱۸	۱	۲۸	۰/۳۴۶
رفتارهای ضد اجتماعی	۴/۱۹۳	۱	۲۸	۰/۵۰
اختلال کمبود توجه	۱/۵۰۳	۱	۲۸	۰/۲۱۷

جدول ۷. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری

مجموع مربعات	df	میانگین مربعات	مقدار آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر (η ^۲)
پر خاشگری و بیش‌فعالی	۱	۱۱/۵۵۶	۵/۴۸۱	۰/۰۲۸	۰/۱۹۲
اضطراب و افسردگی	۱	۲۶/۱۳۳	۷/۸۰۰	۰/۰۱۰	۰/۲۵۳
ناسازگاری اجتماعی	۱	۱۳/۷۱۴	۱۰/۵۷۸	۰/۰۰۴	۰/۳۱۵
رفتارهای ضد اجتماعی	۱	۱۹/۵۲۱	۲۱/۹۰۶	۰/۰۰۱	۰/۴۸۸
اختلال کمبود توجه	۱	۱۳/۲۱۷	۶/۱۵۴	۰/۰۲۱	۰/۲۱۱

همان‌طور که از نتایج جدول ۷ مشخص است، سطح معناداری آزمون برای هر پنج مؤلفه اختلالات رفتاری در سطح کم‌تر از $p < 0.001$ معنادار است. بنابراین، فرض یکسان بودن نمرات در این پنج مؤلفه بعد از حذف اثر نمرات پیش‌آزمون آنها پذیرفته نمی‌شود. به عبارت دیگر، با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین دو گروه در هر پنج متغیر پر خاشگری و بیش‌فعالی ($F = 5.481, p < 0.05, \eta^2 = 0.192$)، اضطراب و افسردگی ($F = 7.800, p < 0.05, \eta^2 = 0.253$)، ناسازگاری اجتماعی ($F = 10.578, p < 0.05, \eta^2 = 0.315$)، رفتارهای ضد اجتماعی ($F = 21.906, p < 0.05, \eta^2 = 0.488$) و اختلال کمبود توجه ($F = 6.154, p < 0.05, \eta^2 = 0.211$) تفاوت معنادار آماری مشاهده شد و در گروه آزمایش به‌طور معناداری پر خاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضد اجتماعی و اختلال کمبود توجه بهبود یافته بود.

همان‌طور که از نتایج جدول ۷ مشخص است، سطح معناداری آزمون برای هر پنج مؤلفه اختلالات رفتاری در سطح کم‌تر از $p < 0.001$ معنادار است. بنابراین، فرض یکسان بودن نمرات در این پنج مؤلفه بعد از حذف اثر نمرات پیش‌آزمون آنها پذیرفته نمی‌شود. به عبارت دیگر، با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین دو گروه در هر پنج متغیر پر خاشگری و بیش‌فعالی ($F = 5.481, p < 0.05, \eta^2 = 0.192$)، اضطراب و افسردگی ($F = 7.800, p < 0.05, \eta^2 = 0.253$)، ناسازگاری اجتماعی ($F = 10.578, p < 0.05, \eta^2 = 0.315$)، رفتارهای ضد اجتماعی ($F = 21.906, p < 0.05, \eta^2 = 0.488$) و اختلال کمبود توجه ($F = 6.154, p < 0.05, \eta^2 = 0.211$) تفاوت معنادار آماری مشاهده شد و در گروه آزمایش به‌طور معناداری پر خاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضد اجتماعی و اختلال کمبود توجه بهبود یافته بود.

مداخله نسبت به گروه کنترل در تمام خرده مقیاس‌های مشکلات رفتاری شده است. در ایران و سایر کشورها، پژوهش‌های مختلفی در خصوص اثربخشی بازی‌درمانی بر کاهش اختلال‌های رفتاری کودکان از جمله کاهش اضطراب، افسردگی، استرس، بیش‌فعالی و کمبود توجه و بهبود بلوغ اجتماعی و غیره انجام شده است [۱۵، ۲۶، ۲۷، ۲۹، ۴۰]. به عبارت دیگر، نتایج این پژوهش حاکی از آن است که آموزش الگوی بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری فرزندان پسر دوره ابتدایی آنها که به عارضه اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه مبتلا هستند، مؤثر بوده و تغییرات قابل توجهی را در سلامت و بهبود رفتار آنان به‌وجود آورده است. در واقع، اثربخشی آموزش بازی‌درمانی به مادران مورد بررسی قرار گرفته و نتایج این تحقیق کاهش معناداری را در تمام مشکلات رفتاری پسران نظیر پر خاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضد اجتماعی و اختلال کمبود توجه نشان داده است که با نتایج به‌دست آمده در این مورد هم‌خوان است [۵، ۱۴، ۲۰، ۲۳، ۲۴، ۲۷، ۳۶-۳۴، ۴۱]. علت هم‌سویی و هماهنگی نتایج در تحقیق حاضر

همان‌طور که از نتایج جدول ۷ مشخص است، سطح معناداری آزمون برای هر پنج مؤلفه اختلالات رفتاری در سطح کم‌تر از $p < 0.001$ معنادار است. بنابراین، فرض یکسان بودن نمرات در این پنج مؤلفه بعد از حذف اثر نمرات پیش‌آزمون آنها پذیرفته نمی‌شود. به عبارت دیگر، با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین دو گروه در هر پنج متغیر پر خاشگری و بیش‌فعالی ($F = 5.481, p < 0.05, \eta^2 = 0.192$)، اضطراب و افسردگی ($F = 7.800, p < 0.05, \eta^2 = 0.253$)، ناسازگاری اجتماعی ($F = 10.578, p < 0.05, \eta^2 = 0.315$)، رفتارهای ضد اجتماعی ($F = 21.906, p < 0.05, \eta^2 = 0.488$) و اختلال کمبود توجه ($F = 6.154, p < 0.05, \eta^2 = 0.211$) تفاوت معنادار آماری مشاهده شد و در گروه آزمایش به‌طور معناداری پر خاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضد اجتماعی و اختلال کمبود توجه بهبود یافته بود.

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد که آموزش بازی‌درمانی به مادران موجب کاهش معنادار میانگین نمره‌های پس‌آزمون شرکت‌کنندگان گروه

در نهایت تعاملات بین مادران و کودکان را به طور مثبت تغییر می‌دهد [۲۴]. هر پژوهش محدودیت‌هایی دارد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت در تعمیم نتایج و عدم پیگیری نتایج اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این پژوهش آموزش بازی‌درمانی به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان پسر دوره ابتدایی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه مؤثر است. نتایج پژوهش حاضر از ارزشمندی و اثربخشی درمان مشکلات رفتاری در دانش‌آموزان پسر دوره ابتدایی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه با آموزش الگوی بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) حمایت می‌کند. در مجموع می‌توان چنین نتیجه گرفت که آموزش بازی‌درمانی به مادران می‌تواند پسران مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه را در کاهش مشکلات رفتاری (پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضداجتماعی و اختلال کمبود توجه) یاری دهد و از این طریق مشکلات بیش‌فعالی و بی‌توجهی آنان را بهبود بخشد. انتظار می‌رود که این شیوه درمانی بتواند در کنار شیوه‌های درمانی دیگر در کشور مؤثر باشد. با توجه به پیوند عاطفی بین مادر و کودک و تمایل طبیعی کودک به بازی برای بیان احساسات و هیجان‌های خود، لازم است که درمانگران به آموزش بازی‌های مناسب سن و جنسیت کودک به مادران جهت بهبود اختلال‌های رفتاری فرزندشان توجه ویژه‌ای مبذول دارند. بر اساس یافته‌های پژوهش به متخصصان پیشنهاد می‌شود تا در فرایند درمان کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه از جایگزینی مادر به عنوان درمانگر و استفاده از ارتباط عاطفی موجود بین مادر و کودک در جهت درمان بهره‌گیرند تا به نتایج مطلوبی دست یابند و پژوهش‌های آتی با تعداد بیشتری انجام گیرد و پیگیری‌های بعدی نیز لحاظ شود. کما این که پیشنهاد می‌شود اثربخشی این مداخله آموزشی بر دختران بیش‌فعال هم مورد بررسی قرار گیرد و تأثیر آموزش بازی‌درمانی به پدران نیز بررسی شود.

سیاس‌گذاری

بدین وسیله از مدیریت، همکاران و معلمان محترم مدرسه دولتی امت در منطقه ۴ شهر تهران و تمامی مادرانی که در اجرای این پژوهش پژوهشگران را یاری نمودند، تشکر می‌شود. حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است. این مقاله براساس پژوهش انجام گرفته با عنوان "اثربخشی بازی‌درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان پسر دوره ابتدایی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه" وبا تأییدیه دانشگاه فرهنگیان به شماره ۵۰۸۰۰/۱۰۴/۱۰۰ مورخ ۱۳۹۶/۹/۱۳ می‌باشد.

References

1. Kroes M, Kessels AG, Kalff AC, Feron FJ, Vissers YL, Jolles J, et al. Quality of movement as predictor of ADHD: results from a prospective population study in 5- and 6-year-old children. *Dev Med Child Neurol*. 2002;44(11):753-60. doi: 10.1017/s0012162201002882 pmid: 12418616
2. Tandon M, Pergika A. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Preschool-Age Children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2017;26(3):523-38. doi: 10.1016/j.chc.2017.02.007 pmid: 28577607
3. Abedi A, Jamali S, Faramarzi S, Aghaie E, Behruz M. A comprehensive meta-analysis of the common interventions in ADHD. *Contemp psychol*. 2012;7(1):17-34.
4. Shiels K, Hawk LW, Jr. Self-regulation in ADHD: the role of error processing. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(8):951-61. doi: 10.1016/j.cpr.2010.06.010 pmid: 20659781
5. Chronis-Tuscano A, Lewis-Morrarty E, Woods KE, O'Brien KA, Mazursky-Horowitz H, Thomas SR. Parent-child interaction therapy with emotion coaching for preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Cogn Behav Pract*. 2016;23(1):62-78.

6. Li JJ, Lee SS. Association of positive and negative parenting behavior with childhood ADHD: interactions with offspring monoamine oxidase A (MAO-A) genotype. *J Abnorm Child Psychol.* 2012;40(2):165-75. doi: 10.1007/s10802-011-9553-z pmid: 21826446
7. Meftagh SD, Mohammadi N, Najimi A. [The Effectiveness of different Treating Methods for children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder on maternal mental health]. *J N Khorasan Univ Med Sci.* 2012;4(2):245-51. doi: 10.29252/jnkums.4.2.245
8. Rasouli R, Omidian MFS. [The effectiveness of cognitive-behavioral education on mothers on reducing attention deficit-hyperactivity disorder in their children and increasing parental happiness]. *J Fam Couns Psychother.* 2013;3(3):469-89.
9. Najafi M, Foadchang M, Alizadeh H, Mohammadifar M. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder, conduct disorder and oppositional defiant disorder. *J Except Child.* 2009;9(3):239-54.
10. Lange AM, Daley D, Frydenberg M, Rask CU, Sonuga-Barke E, Thomsen PH. The effectiveness of parent training as a treatment for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: study protocol for a randomized controlled, multicenter trial of the New Forest Parenting Program in Everyday Clinical Practice. *JMIR research Protocols.* 2016;5(2):e51.
11. Froehlich TE, Lanphear BP, Epstein JN, Barbaresi WJ, Katusic SK, Kahn RS. Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161(9):857-64. doi: 10.1001/archpedi.161.9.857 pmid: 17768285
12. Klassen AF, Miller A, Fine S. Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics.* 2004;114(5):e541-7. doi: 10.1542/peds.2004-0844 pmid: 15520087
13. Karande S. Attention deficit hyperactivity disorder--a review for family physicians. *Indian J Med Sci.* 2005;59(12):546-55. pmid: 16385176
14. Sabzian S, Kalantary M, Mehrabi HA. Collaborative-Parent-Child play effectiveness in reducing attention deficit/hyperactivity symptoms in male Students primary school of Isfahan. *Clin Psychol Stud.* 2015;5(20):245-62.
15. El-Nagger NS, Abo-Elmagd MH, Ahmed HI. Effect of applying play therapy on children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Nurs Edu Pract.* 2017;7(5). doi: 10.5430/jnep.v7n5p104
16. 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. doi: 10.1016/j.amepre.2008.06.024 pmid: 18692745
17. Robaie E, Malekian F. [The effect of exploratory play therapy method on the reduction of the level of combined type/adhd in 9 to 11 years old boys]. *Magn. Res Rep, 2015 Contract No.:* 4.
18. Bratton SC, Ray D, Rhine T, Jones L. The Efficacy of Play Therapy With Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcomes. *Prof Psychol Res Pract.* 2005;36(4):376-90. doi: 10.1037/0735-7028.36.4.376
19. Hoza B, Mrug S, Gerdes AC, Hinshaw SP, Bukowski WM, Gold JA, et al. What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? *J Consult Clin Psychol.* 2005;73(3):411-23. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.411 pmid: 15982139
20. O'Neill S, Rajendran K, Halperin JM. More than child's play: the potential benefits of play-based interventions for young children with ADHD. *Expert Rev Neurother.* 2012;12(10):1165-7. doi: 10.1586/ern.12.106 pmid: 23082729
21. Landreth GL. *Child Parent Relationship Therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model.* Taylor & Francis; 2005.
22. Drewes AA. *Blending play therapy with cognitive behavioral therapy: Evidence-based and other effective treatments and techniques.* John Wiley & Sons; 2009.
23. Roshanbin M, Pourtemad HR. [The effect of positive parenting group education on parental stress in mothers of children aged 4-10 years with attention deficit/hyperactivity disorder]. *J Fam Res.* 2007;3(10):555-72.
24. Mostafavi S, Shaeeri MR, Moghaddam A, Mahmoudi Garaie J. Effectiveness of Educating Play Ther-apy Based on Child Parent Relationship Therapy (CPRT) According Landreth Model to Mothers on Reducing Child Behavioral Prob-lems. *Sci J Clinic Psychol Pers.* 2013;2(7):33-42.
25. Taklavi S. Training mothers in play therapy and its effects on the behavior problems of learning disabled children. *J Learn Disabil.* 2011;1(1):44-59.
26. Ghadampour E, Shahbazirad A, Haghghi Kermanshahi M, Mohammadi F, Naseri N. [The Effects of Sand Play Therapy in Reduction of Impulsivity and Attention Deficit in Boys with ADHD]. *J Edu Psychol.* 2018;5(2):36-46.
27. Hashemi M. [The effectiveness of play therapy training based on child parent relationship therapy (in accordance with Landreth model) to mothers on reducing the behavioral problems of their children and increasing parental acceptance]: Allameh Tabataba'i University; 2012.
28. Schottelkorb AA, Swan KL, Jahn L, Haas S, Hacker J. Effectiveness of Play Therapy on Problematic Behaviors of Preschool Children With Somatization. *J Child Adoles Couns.* 2015;1(1):3-16. doi: 10.1080/23727810.2015.1015905
29. Jafari M, Nasirian M. [Effectiveness of the training, play therapy Axlin approach on improving children's coping with attention deficit hyperactivity disorder, attention deficit]. *Tech J Eng Appl Sci.* 2014;4(3):170-5.
30. Barzegary L, Zamini S. The Effect of Play Therapy on Children with ADHD. *Procedia Soc Behav Sci.* 2011;30:2216-8. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.10.432
31. Huang YH, Chung CY, Ou HY, Tzang RF, Huang KY, Liu HC, et al. Treatment effects of combining social skill training and parent training in Taiwanese children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Formos Med Assoc.* 2015;114(3):260-7. doi: 10.1016/j.jfma.2012.10.019 pmid: 25777975
32. Rahimi Pordanjani S, Ghobari Bonab B, Afrooz G, Faramrzi S. Localized Parent-Child Play Therapy Interaction and Decreasing Clinical Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Affected Preschool Children. *Practice in Clinical Psychology.* 2016;4(3):191-8. doi: 10.15412/j.jpccp.06040307
33. Aliakbari N, Abolghasemi A, Atadokht A, Niroomand Someh B. [Effectiveness of Child-Parent Relationship Therapy on Social Skills of Pre-school Children Suffering from Attention Deficient/Hyper Activity Disorder]. *J Pers Individ Diff.* 2015;4(7):47-63.
34. K. OK. *The effects of child parent relationship therapy (CPRT) for adoptive families.* University of North Texas; 2016.
35. Sadeghi A. [The efficacy of play therapy (based on the CPRT approach) on reducing the behavioral problems of pre-school children and increasing parental self-efficacy, the quality of parent-child interaction and increasing happiness in mother]: Ferdowsi University of Mashhad; 2014.
36. Nejati A, Mosavi R, Roshan R, Mahmoodigharaei J. [Effectiveness of Child-Parent Relationship Therapy (CPRT) on the Improvement of Mothers' Parenting of Children 8-11 Years with ADHD]. *J Clinic Psychol.* 2016;1(29):37-49.
37. Ziaoddini H, Shafizadeh N. The Epidemiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder in Elementary School children in the City of Sirjan. *Iranian J Psychiatry Clinic Psychol.* 2006;11(4):419-25.
38. Schachar R, Rutter M, Smith A. The characteristics of situationally and pervasively hyperactive children: implications for syndrome definition. *J Child Psychol Psychiatry.* 1981;22(4):375-92. doi: 10.1111/j.1469-7610.1981.tb00562.x pmid: 7053050
39. Arabi S, Danesh E, Kakavand AR, Saliminia AR, Amirghafari M. [Efficacy of Parent Management Training on Reducing Symptoms of External Disturbances in Children with Attention Deficit/ Hyperactivity]. *Alborz Univ Med J.* 2013;2(3):139-46. doi: 10.18869/acadpub.aums.2.3.139
40. Naderi F, Heidarie A, Bouron L, Asgari P. The Efficacy of Play Therapy on ADHD, Anxiety and Social Maturity in 8 to 12 Years Aged Clientele Children of Ahwaz Metropolitan Counseling

- Clinics. J Appl Sci. 2010;10(3):189-95. doi: [10.3923/jas.2010.189.195](https://doi.org/10.3923/jas.2010.189.195)
41. Johnson BD, Franklin LC, Hall K, Prieto LR. Parent Training Through Play: Parent-Child Interaction Therapy with a Hyperactive Child. Fam J. 2016;8(2):180-86. doi: [10.1177/1066480700082013](https://doi.org/10.1177/1066480700082013)
42. Sohrabi Shahedi N. Different methods of play therapy and its application in the treatment of children's behavioral and emotional disorders. J Psychol Methods and Mod. 2011;1(4):45-63.