



## مقایسه تاثیر بازی درمانی شناختی، آموزش رفتاری مادران، آموزش کلامی کودکان بر بهبود نشانگان اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی کودکان ۸-۱۰ ساله

حمدااله زینالی: دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاداسلامی، تبریز، ایران  
**امیر پناه علی:** استادیار، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاداسلامی، تبریز، ایران (\* نویسنده مسئول) zeynali.psy.1356@gmail.com  
**مرضیه علیوندی وفا:** استادیار، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاداسلامی، تبریز، ایران

### چکیده

#### کلیدواژه‌ها

بازی درمانی شناختی،  
آموزش رفتاری مادران،  
آموزش کلامی کودکان،  
اختلال نارسایی توجه و بیش  
فعال

**زمینه و هدف:** اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی یکی از شایع ترین اختلالات روان پزشکی دوران کودکی است. هدف پژوهش حاضر مقایسه تاثیر بازی درمانی شناختی، آموزش رفتاری مادران، آموزش کلامی کودکان بر بهبود نشانگان اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی کودکان ۸-۱۰ ساله بود.

**روش کار:** روش پژوهش حاضر نیمه تجربی (پیش آزمون- پس آزمون) با استفاده از سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. به همین منظور، ۶۰ نفر از کودکان و مادران کودکان پسر دارای اختلال نقص توجه و بیش فعالی با دامنه سنی ۸-۱۰ ساله مراجعه کننده به مرکز درمانی روان شناختی شهر خوی (روان آرام) که براساس تشخیص روان پزشکی و پرسشنامه‌ی کانرز (فرم والدین) دارای این اختلال تشخیص داده شده‌اند به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و در سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل (برای هر گروه تعداد مساوی ۱۵ نفر) جایگزین شدند. سپس گروه‌های آزمایش به مدت ۸ جلسه (هفته‌ای دو جلسه ۴۵ دقیقه‌ای) تحت آموزش به روش بازی درمانی شناختی، آموزش رفتاری مادران، آموزش کلامی کودکان قرار گرفتند. در طی این مدت بر روی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. همه آزمون‌ها پیش از آغاز آموزش و پس از آن، مقیاس مشکلات رفتاری کودکان کانرز فرم والدین (۱۹۷۸) را پر کردند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تجزیه و تحلیل کوواریانس چندراهه استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که میانگین نمرات کل اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی در گروه آموزش رفتاری مادران نسبت به گروه بازی درمانی شناختی و در گروه بازی درمانی شناختی نسبت به گروه آموزش کلامی کودکان و در گروه آموزش کلامی کودکان نسبت به گروه کنترل در پس آزمون به طور معنی داری کاهش یافته است ( $p < 0.05$ ).

**نتیجه گیری:** نتایج نشان داد که آموزش رفتاری مادران در کاهش علائم و نشانگان نقص توجه/ بیش فعالی کودکان ۸-۱۰ ساله موثرتر از بازی درمانی شناختی و آموزش کلامی کودکان است.

**تعارض منافع:** گزارش نشده است.

**منبع حمایت کننده:** حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Zeynali H, Panahali A, Alivandi Vafa M. Comparison of the effect of Play Therapy Based on Cognitive-Behavioral Model and mothers Behavior teaching and children verbal teaching on the Improvement of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in 8-10 years old children. Razi J Med Sci. 2021;28(7):110-124.

\*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با 3.0 CC BY-NC-SA صورت گرفته است.



Original Article

## Comparison of the effect of Play Therapy Based on Cognitive-Behavioral Model and mothers Behavior teaching and children verbal teaching on the Improvement of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in 8-10 years old children

**Hamdolah Zeynali:** PhD Student of Educational Psychology, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

**Amir Panahali:** Assistant Professor, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran (\*Corresponding author) zeynali.psy.1356@gmail.com

**Marziye Alivandi Vafa :** Assistant Professor, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

### Abstract

**Background & Aims:** Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common psychiatric disorders in childhood. For this reason, researchers have been looking for ways to achieve maximum beneficial effects, minimum side effects and negative consequences in the treatment of these people, among which can be mentioned play therapy. Play gives children the opportunity to express their feelings freely and to use symbols to make up for their problems in reality, to find solutions to them, and to make up for the situations they may encounter through play. Play therapy directly and indirectly encourages spontaneity (10). Play therapy has been used by various psychologists and researchers for decades to treat a wide range of disorders and problems and its effectiveness has been demonstrated (12-18).

Speech therapy is another cognitive-behavioral therapy program in which children are taught to change their undesirable behavior by talking to themselves [20]. The results of some studies [24-27] indicate that verbal education has improved the symptoms of Attention Deficit / Hyperactivity Disorder.

On the other hand, some studies [32-34] showed that parental behavioral education played an important role in reducing child disorders and increasing the self-confidence of parents of children with ADHD. Parental Behavior Education, which is based on the principles of social learning, teaches parents that by recognizing the occurrences and consequences of their children's inappropriate behaviors, identifying them, how to monitor these behaviors, deliberately ignoring and planned, temporary deprivation and other non-corporal techniques without punishment Physically change their children's behaviors, reinforce appropriate behaviors through attention, verbal encouragement, and reward to achieve desired behaviors. [35]

Therefore, The aim of present research is to study the Comparison of Effectiveness of Play Therapy Based on Cognitive-Behavioral Model and mothers Behavior teaching and children verbal teaching on the Improvement of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Symptoms in 8-10 years old children.

**Methods:** A Semi-experimental design was conducted (pre-test and post-test) with three experimental and one control groups. For this purpose, 60 children and

### Keywords

Play Therapy Based on  
Cognitive-Behavioral  
Model,  
Mothers Behavior  
Teaching,  
Children Verbal  
Teaching,  
Attention Deficit /  
Hyperactivity Disorder  
(ADHD)

Received: 09/07/2021

Published: 08/10/2021

mothers of boys with attention deficit hyperactivity disorder with an age range of 10-8 years referred to Khoys Psychiatric Treatment Center (Calm mind) who based on the diagnosis of a psychiatrist and Connors questionnaire (parent form) have this The diagnosed disorders were selected by purposive sampling and replaced in three experimental groups and one control group (equal to 15 people in each group). Then the experimental groups were trained in cognitive play therapy and mothers Behavior teaching and children verbal teaching for 8 sessions (Week, 45-minute two-session) and the control group did not receive any training. Prior and after the training, the subjects completed Connors Children's Behavioral Problems Scale - Parent Form (40). Multivariate analysis of covariance was used to analyze the data.

**Results:** The results showed that the mean scores of Attention Deficit / Hyperactivity Disorder in the mothers Behavior teaching group compared to the cognitive play therapy group and in the cognitive play therapy group compared to the verbal education group and in the verbal education group compared to the control group in the post-test decreased significantly (Table 4).

**Conclusion:** The results showed that mothers Behavior teaching is more effective than cognitive play therapy and children verbal teaching in reducing symptoms of attention deficit / hyperactivity disorder in children aged 8-10 years. There is no report in the research literature on comparing the effectiveness of these trainings on the improvement of attention deficit hyperactivity disorder and hyperactivity disorder in children aged 8-10 years; But the obtained result is consistent with the results of studies (7, 11-18, 24-27, 36-39). According to the results of this study and its confirmation through previous studies, the use of cognitive play therapy along with verbal education of children and behavioral education of mothers is suggested as an effective and combined program to reduce the symptoms and symptoms of attention deficit / hyperactivity disorder in children. 10-8 years old, especially children with ADHD in kindergartens and primary schools, by all psychologists of welfare centers, counseling and treatment in the country with the aim of guiding and helping teachers and parents of these children to prevent many behavioral problems of children, considered by education officials And special clinics for children with ADHD.

**Conflicts of interest:** None

**Funding:** None

#### Cite this article as:

Zeynali H, Panahali A, Alivandi Vafa M. Comparison of the effect of Play Therapy Based on Cognitive-Behavioral Model and mothers Behavior teaching and children verbal teaching on the Improvement of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in 8-10 years old children. Razi J Med Sci. 2021;28(7):110-124.

\*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

## مقدمه

اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی یکی از شایع‌ترین مشکلات کودکان و نوجوانان و علت مراجعه آنها به روانپزشک و روانشناس است (۱). این اختلال، یک اختلال با پایه زیستی است که با ترکیبی از علایم نقص توجه یا بیش‌فعالی و تکانشگری شناخته می‌شود و زمان شروع آن نیز از دوران کودکی است (۲). ویژگی‌های اصلی این اختلال از جمله ناتوانی در کنترل خویشتن، نقص توجه، ناتوانی یادگیری، پرخاشگری، مشکلات تحصیلی، بی‌قراری حرکتی و برانگیختگی سبب شده است تا این کودکان برای والدین، معلمان و همسالانشان غیرقابل تحمل شوند (۳). هنگامی که کودکان مبتلا به این اختلال بزرگ‌تر می‌شوند، بیش‌فعالی در آنها کاهش می‌یابد اما مشکلات مربوط به بی‌توجهی که اغلب منجر به شکست‌های تحصیلی و شغلی می‌شود، در اکثر موارد باقی می‌ماند (۴). شیوع این اختلال در طی سالهای ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۶، حدود ۹ تا ۱۵ درصد برآورد شده است (۵). یافته‌های تحقیقات (۶)، اهمیت و ضرورت تشخیص و دخالت زود هنگام در کودکان مبتلا به ADHD را نشان می‌دهد. مداخلات دارویی نشانه‌های مرکزی این اختلال را هدف قرار می‌دهند (۷) و بخاطر پایدار نبودن اثرات درمانی عوارض جانبی را با خود همراه دارد (۸). به همین دلیل پژوهشگران در پی راه‌هایی بوده‌اند تا به حداکثر اثرات مفید، حداقل عوارض و پیامدهای منفی در درمان این افراد دست یابند که از جمله آنها می‌توان به بازی درمانی اشاره کرد.

برنامه بازی درمانی جایگزین مناسبی برای دامنه وسیعی از مشکلات روانشناختی کودکان و نوجوانان است. بازی فرصتی را به کودکان می‌دهد تا احساسات خود را آزادانه بیان کنند و با استفاده از نمادها، مشکلات خود را در واقعیت جبران کنند و برای آنها راه‌حل بیابند و موقعیت‌هایی را که ممکن است با آن روبرو شوند از طریق بازی جبران کنند. بازی درمانی به طور مستقیم و غیرمستقیم، خودانگیزگی را تشویق می‌کند و افکار درونی کودک را با دنیای بیرون ارتباط می‌دهد (۹).

در واقع، بازی درمانی شناختی رفتاری موجب می‌شود که کودک با شناسایی تحریف‌های شناختی خود،

باورهای غیرمنطقی خود را اصلاح و با تفکر سازگارانه جایگزین کند. بازی درمانی شناختی رفتاری رویکردی هدفمند، دارای ساختار و مداخله‌ای مستقیم در چارچوب طبیعت کودک است. ارزیابی عمل‌گرایانه در این روش نتایج درمان را میسر می‌سازد و به لحاظ ساختار به درمانگران در مفهوم‌سازی مشکلات کودکان و نوجوان کمک می‌کند (۱۰).

بازی درمانی توسط روانشناسان و پژوهشگران مختلف طی چندین دهه برای درمان طیف وسیعی از اختلالات و مشکلات از جمله بر اختلالات نوشتن (۱۱) عملکرد خواندن، مهارت‌های سازشی و مشکلات رفتاری دانش‌آموزان نارساختار (۱۲)، علایم نافرمانی مقابله‌ای و اختلال رفتار کودکان (۱۳-۱۵)، ترس و اضطراب کودکان بیمارستانی (۱۶)، استفاده شده و اثربخشی آن نشان داده شده است. قربانی‌های عشین و همکاران (۱۷) در پژوهشی نشان دادند که بازی درمانی بر کاهش علائم اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه کودکان، کاهش ناتوانی‌های یادگیری و کاهش اضطراب دانش‌آموز پسر پایه اول و دوم دبستان موثر بود. یافته‌های پژوهش عموزاده و همکاران (۱۸) بیانگر این بود که برای کودکانی که مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه هستند از درمان ترکیبی (بازی درمانی همراه دارو درمانی) استفاده شود.

روش کلام درمانی یکی دیگر از برنامه‌های رفتار درمانی شناختی است که توسط مایکن باوم گسترش یافته و مفهوم‌سازی آن با توجه به نوشته‌های روانشناسان روسی چون لوریا و ویگوتسکی ترسیم گردیده است (۱۹). در این روش، به کودکان یاد داده می‌شود تا با سخن گفتن با خود بتوانند رفتار نامطلوب خود را تغییر دهند. آموزش کلامی شامل مراحل سرمشق‌دهی شناختی، راهنمای آشکار و مشخص بیرونی، خودرهبری آشکار، حذف تدریجی خودرهبری آشکار و خودآموزی ناآشکار می‌باشد (۲۰). طبق نظر Luria (۲۱) کودکان از طریق درونی‌سازی دستورات و رهنمودهای بزرگسالان یعنی از طریق گفتار خودهدایتی یاد می‌گیرند رفتارشان را تحت کنترل بگیرند. به عبارتی دیگر، کنترل خود به وسیله گفتار ناآشکار یا گفتار درونی تنظیم می‌شود. به نظر این دانشمندان، الگوی رشد خودکنترلی شامل سه مرحله

هیجانی ترند. این کودکان برای مادران بیشتر از پدران مشکل آفرین هستند (۲۹). کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی در انجام کارهای محوله اهمال کار بوده و همچنین در انجام فعالیت‌های خواسته شده و نظم در امور زندگی روزمره نیز با مشکل مواجه می‌باشند. در واقع، اختلال نقص توجه و بیش فعالی عملکرد خانواده را دچار اختلال می‌کند، زیرا والدین به مشکلات روانشناختی بیشتری دچار شده و در مهارت‌های فرزندپروری دچار احساس بی‌کفایتی می‌شوند (۳۰). با توجه به این مسائل و مشکلاتی که خانواده‌ها و بالأخص والدین کودکان با اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی با آن مواجه‌اند، یکی از روشهای درمانی که برای درمان و پیشگیری مشکلات رفتاری در کودکان با اختلال نارسایی توجه بیش فعالی می‌توان استفاده کرد، آموزش رفتاری والدین و بهبود تعامل والد کودک است (۳۱). برخی مطالعات (۳۲-۳۴) نشان داد که آموزش رفتاری والدین نقش بسزایی در کاهش اختلالات کودک و افزایش اعتماد به نفس والدین کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه بیش فعالی داشت. آموزش رفتاری والدین که بر اصول یادگیری اجتماعی مبتنی است به والدین می‌آموزد که با شناخت پیش‌آمدها و پیامدهای رفتارهای نامناسب فرزندان خود، مشخص کردن آنها، شیوه نظارت بر این رفتارها، نادیده انگاشتن عمدی و برنامه‌ریزی شده، محرومیت موقت و دیگر فنون غیرجسمانی و بدون تنبیه بدنی رفتارهای فرزندان خود را تغییر دهند، رفتارهای مناسب را به وسیله توجه کردن، تشویق کلامی و جایزه تقویت کنند تا به رفتارهای دلخواه دست یابند (۳۵). مطالعات خلقی و همکاران (۳۶) و استوار (۳۷) بیانگر این است که آموزش مدیریت والدین بر تنظیم هیجان و تعامل والد-فرزندی؛ کاهش نشانگان اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی و ارتقاء سلامت روان مادران موثر است. Chacko و همکاران (۳۸) به این نتیجه رسیدند که راهکارهای افزایش برنامه فرزندپروری مثبت در کاهش رفتار کودک مشکل‌ساز و بهبود استرس و آسیب‌شناسی روانی والدین دارای تنها فرزند ADHD نقش بسزایی داشت. در مطالعه دیگری، امیری (۳۹) نشان داد که آموزش رفتاری به مادران موجب کاهش مشکلات رفتاری و علائم اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی در

است که به وسیله آن رفتارهای حرکتی کودکان، تحت کنترل کلام در می‌آید. چنانچه این مراحل رشدی در کودکان رخ ندهد، باید منتظر بروز رفتارهایی چون بیش فعالی و تکانشگری بود و برای کاهش این رفتارهای نامطلوب باید توالی رشد بهنجار را تکرار نمود. در واقع، خودآموزی کلامی به مثابه‌ی نوعی روش درمانی، بر تصحیح یا تقویت فرآیندهای شناختی ذهن متمرکز است؛ زیرا که مطابق رویکرد نظری، رفتار و عاطفه‌های نامناسب، نتیجه‌ی فقدان یا نقصان بعضی از فرآیندهای شناختی است از این رو، هدف آن این است که کودکان بیش فعال قبل از اینکه دست به عمل بزنند، نقشه کشیده و فکر کنند. بر این اساس وظیفه‌ی درمانگر، آموزش فرآیندهای شناختی مناسب است (۲۲). درمان شامل سرمشق‌دهی راهبردهای شناختی، از جانب درمانگر برای کودک است (۲۱).

Joseph & Linley (۲۳) نیز معتقدند که خودآموزی کلامی سبب افزایش خودآگاهی، داشتن رابطه‌ی سالم با دیگران و تأثیر آن بر سلامت جسمانی، روانی و عاطفی دانش‌آموزان دارای اختلال می‌شود. نتایج برخی مطالعات (۲۴-۲۷) حاکی از این است که آموزش کلامی موجب بهبود نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش فعالی شده است.

در واقع، یکی دیگر از عواملی که می‌تواند باعث تشدید علائم اختلال نارسایی توجه بیش فعالی شود، رفتارهای والدینی علی‌الخصوص رفتارهای مادر نسبت به کودک دارای این اختلال می‌باشد. اگر چه رفتارهای منفی مادران نسبت به فرزند مبتلا به این اختلال، نشانه‌ها و علائم اختلال را تشدید می‌کند ولی صرفاً دلیل ایجاد آن نیست (۲۸). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیش فعالی بر تعامل کودکان با والدینشان و نیز شیوه پاسخدهی والدین به کودک تأثیر دارد. کودکان مبتلا به بیش فعالی بسیار پرحرف، منفی‌گرا و بی‌اعتنا هستند. کمتر مشارکت و همکاری می‌کنند، کمتر درخواست کمک می‌کنند و کمتر قادرند مستقل از مادرشان بازی و فعالیت کنند. مادران این کودکان کمتر به آنان پاسخ می‌دهند، منفی‌گراتر هستند و کمتر راهنمایی و هدایت می‌کنند و کودکانشان را کمتر تشویق می‌کنند. مادران این کودکان به درخواست پسران خود بیشتر توجه می‌کنند تا دخترانشان و در تعامل با پسرانشان

کودکان ۹ تا ۱۱ ساله مبتلا به ADHD گردید.

بنابراین، چنانچه کودکان بیش‌فعال از دوره کودکی تحت درمان صحیح قرار نگیرند بسیاری از علائم این اختلال (به ویژه در نوع بیش‌فعالی مرکب) به شکل‌های متفاوت‌تری به سنین بعدی مانند نوجوانی و بزرگسالی منتقل شده و پایدار می‌ماند، با توجه به مراتب بالا و با تکیه بر پژوهش‌ها و تحقیقات انجام یافته مذکور در مطالب بالا و خلا پژوهشی در مقایسه روش‌های درمانی مختلف مذکور ضروری به نظر می‌رسد که روش‌های درمانی مختلف در کاهش علائم اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه کودکان مورد مقایسه قرار گرفته و اثربخش‌ترین این مداخلات درمانی شناسایی شده و برای دست‌اندرکاران، مشاوران و درمانگران ارائه گردند؛ بنابراین، این مطالعه با هدف مقایسه تاثیر بازی‌درمانی شناختی، آموزش رفتاری مادران، آموزش کلامی کودکان بر بهبود نشانگان اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی کودکان ۸-۱۰ ساله شهرستان خوی انجام گرفته است.

## روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه‌تجربی (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) با استفاده از سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت بود از کلیه کودکان و مادران کودکان پسر دارای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی یا دامنه سنی ۸-۱۰ ساله مراجعه‌کننده به مرکز درمانی - روانشناختی شهر خوی (روان آرام) در سال ۹۸-۱۳۹۷ است که این کودکان براساس تشخیص روانپزشک و پرسشنامه تشخیصی علائم نارسایی توجه و بیش‌فعالی کانرز (فرم والدین) دارای این اختلال تشخیص داده شده‌اند.

پس از انتخاب محیط پژوهش و انجام مراحل اداری و همکاری مسئولین مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی روان آرام در شهرستان خوی از والدین کودکانی که در سال ۹۷ به این مرکز مراجعه کرده بودند و مطابق با تشخیص روان‌پزشک مرکز، برای اولین بار دارای اختلال بیش‌فعال و کمبود توجه تشخیص داده شده بودند، بیشتر از نمونه مورد نظر (۱۰۰ نفر) برای اجرای طرح درمانی دعوت به همکاری شد. اولین جلسه برای والدین هر یک از آزمودنی‌ها به

شکل انفرادی برگزار شد که در این جلسه توضیحات لازم در خصوص پژوهش مورد نظر داده شد و مقیاس درجه بندی کانرز فرم والدین توسط مادران تکمیل شد و کودکانی که در این پرسش نامه نمره ۱/۵ انحراف معیار به بالا کسب نمودند، دعوت به همکاری شدند. با توجه به اینکه در طرح پژوهشی فوق گروهی از مادران و گروهی از کودکان باید تحت روش‌های آموزشی قرار بگیرند نمونه هدف (۶۰ نفر) که دارای ملاکهای ورود بودن (۱: دامنه سنی ۸ تا ۱۰ سال برای کودکان و داشتن دامنه سنی ۳۲-۴۰ سال برای مادران دارای کودک اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی؛ ۲: تأیید اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی کودکان توسط روانپزشک، ۳: عدم مصرف داروهای روانپزشکی و عدم درمان روان‌شناختی هم‌زمان با هدف درمان؛ ۴: رضایت والدین از انجام پژوهش؛ ۵: گرفتن نمره ۱/۵ انحراف معیار به بالا در نمره کلی کانرز فرم والدین و معیارهای خروج از پژوهش حاضر: ۱: عدم رضایت والدین از اجرای پژوهش؛ ۲: عدم انجام تکالیف محوله در نظر گرفته شد) در ۳ گروه ۱۵ نفره آزمایشی (گروه ۱: بازی درمانی شناختی برای کودکان؛ گروه ۲: مادر دارای کودک اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه تحت آموزش رفتاری؛ گروه ۳: آموزش کلامی کودکان و یک گروه ۱۵ نفره گواه قرار داده و پرسشنامه (مقیاس مشکلات رفتاری کودکان کانرز فرم والدین) به عنوان پیش‌آزمون بر روی هر چهار گروه اجرا شد. سپس گروه‌های آزمایش به مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به مدت ۴ هفته دوجلسه‌ای تحت آموزش به روش بازی درمانی شناختی و آموزش کلامی برای کودکان و مادران تحت آموزش رفتاری قرار گرفتند. در طی این مدت بر روی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. در نهایت همان مقیاس به عنوان پس‌آزمون بر روی هر چهار گروه اجرا شد. لازم به یاد آوری است که برای رعایت اصول اخلاقی پژوهش پس از اینکه از هر ۴ گروه پس‌آزمون (مقیاس مشکلات رفتاری کودکان کانرز فرم والدین) به عمل آمد، آموزش‌های مذکور برای گروه کنترل اجرا شد.

## مقیاس مشکلات رفتاری کودکان کانرز فرم

**والدین:** پرسشنامه‌ی فرم والدین مقیاس کانرز (Parent Conner's questionnaires) دارای ۴۸ گویه است که



دقیقه‌ای آموزش داده شد. این روش درمانی توسط بخشایش و میرحسینی (۴۲) ساخته شده است و اثربخشی آن بر کاهش نشانه‌های اختلال بیش فعالی/کمبود توجه کودکان و بهبود عملکرد تحصیلی مورد تأیید قرار گرفته است (جدول ۱).

**آموزش رفتاری مادران:** برای گروه سوم، مادران دارای کودکان پسر مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی در طی ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (جدول ۲) تحت آموزش رفتار قرار گرفتند و محتوای جلسه‌های آموزشی از کاکاوند (۴۳) اقتباس شده است.

**آموزش کلامی کودکان:** برای گروه سوم، کودکان طی ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (جدول ۳) تحت آموزش کلامی قرار گرفتند و محتوای جلسه‌های آموزشی به اقتباس از Goodman & Meichenbaum (۴۴) بود.

سرانجام داده‌ها را با استفاده از نرم افزار SPSS-22 تجزیه و تحلیل شدند. در بخش توصیف داده‌ها از میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره با پیش فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات از طریق آزمون شاپیرو ویلک، مفروضه همگنی شیب رگرسیونها با استفاده از اثر متقابل گروه\* پیش‌آزمون و آزمون لوین برای همگنی خطای واریانس متغیر وابسته در گروه‌ها استفاده شده است.

به وسیله والدین کودک تکمیل می‌گردد. والدین، سوالات را در فرم‌هایی که بر اساس مقیاس لیکرت درجه‌بندی شده با استفاده از ۴ گزینه نمره‌گذاری می‌کنند لذا دامنه نمرات هر سوال از صفر تا ۳ متغیر است. پرسشنامه‌ی فرم والدین مقیاس کانرز ۴ مولفه‌ی بیش‌فعالی تکانشگری، مشکلات روان‌تنی، مشکلات یادگیری و مشکلات سلوک را اندازه‌گیری می‌کند. مجموع امتیازات ۴۸ گویه شدت این اختلال را نشان می‌دهد. دامنه امتیازات این پرسشنامه از حداقل امتیاز ممکن صفر تا حداکثر ۱۴۴ می‌باشد که نمره بیشتر حاکی از اختلال شدید می‌باشد. لازم به ذکر است در این پژوهش از بین ۴ مولفه‌ی کانرز (فرم والدین)، مجموع نمرات مولفه‌ها به عنوان نمره کلی کانرز بعنوان شاخص اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه در نظر گرفته شد (۴۰). کانرز و همکاران (۴۱) پایایی این مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نموده‌اند. در پژوهش بخشایش و میرحسینی (۴۲) پایایی مقیاس درجه بندی کانرز برای والدین، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ بدست آمد. روایی مقیاس در پژوهش شهائیان و همکاران (۴۰) مورد تأیید قرار گرفت.

### روش‌های مداخله

**آموزش بازی درمانی شناختی:** برای گروه اول آموزش بازی درمانی شناختی طی ۸ جلسه ۴۵

### جدول ۱- فهرست برنامه آموزشی بازی درمانی

جلسه اول	هدف‌گیری؛ پرتاب توپ در حلقه و بولینگ (هدف افزایش تمرکز).
جلسه دوم	بازی تعادلی لی لی آپارتمانی و دارت. هم چنین آزمودنی‌ها می‌بایست آموزش های جلسه قبل را تمرین کنند (هدف، ایجاد مهارت های حرکتی و افزایش تمرکز).
جلسه سوم	راه رفتن روی یک پا، حرکت روی تیرک های چوبی و پرش روی جایگاه مخصوص (هدف حفظ تعادل و هماهنگی حسی و حرکتی)
جلسه چهارم	کار با پازل، لگو، مگنت های مغناطیسی و بازی مربوط به حافظه و تمرکز کارت به کارت را انجام دادند. هم چنین آزمودنی ها آموزش های جلسات قبل را تمرین کردند (هدف ایجاد مهارت های ظریف انگشتان دست، افزایش صبر و حوصله، افزایش تمرکز).
جلسه پنجم	کار با لونیوس و دوز فضایی و تنگنارم انجام شود (هدف افزایش تجسم فضایی، صبر و تمرکز).
جلسه ششم	بازی های مربوط به حافظه مستقیم و معکوس؛ دانش آموز می بایست ابتدا به شمارش مستقیم اعداد درخواستی از سوی آزمونگر و سپس اعداد جدید را به شکل معکوس بیان کند و هم زمان بازی های تعادلی را نیز انجام دهند (هدف کاهش رفتارهای تکانشی و تکرار و تقویت مهارت های حسی و حرکتی).
جلسه هفتم	بازی بشین و پاشو به صورت مستقیم و معکوس؛ دانش آموزان می بایست دستورات ناگهانی آزمون گر را فوراً و به صورت دسته جمعی اجرا کرده و بعد از یادگیری آن را به صورت معکوس انجام دهند و آموزش های جلسات قبل را تمرین کنند (هدف تسلط بر مهارت های آموخته شده قبلی).
جلسه هشتم	بازداری چشم در چشم؛ کودک دست های خود را در دست آزمون گر قرار می دهد و به چشمان او نگاه می کند. آزمونگر سوال می پرسد و تا وقتی که دست های دانش آموز را فشار نداده است، او نباید پاسخ بگوید و همچنین آموزش های جلسات قبل را تمرین کنند.

جدول ۲- فهرست برنامه آموزشی رفتاری مادران

جلسه اول	در این جلسه اعضای گروه با یکدیگر آشنا می‌شوند و سپس پیش‌آزمون گرفته می‌شود.
جلسه دوم	شناخت نسبت به بیش فعالی و نقص توجه. الف) بیان ویژگی‌های بیش فعالی و نقص توجه. ب) علت و درمان‌های مناسب بیش فعالی و نقص توجه (گام اول: ایجاد تفکر صحیح نسبت به بیش فعالی و نقص توجه).
جلسه سوم	آموزش در مورد تقویت کننده‌ها: الف) تهیه لیستی از رفتار روزانه کودک و مشخص کردن امتیازها و پاداش‌هایی که دوست دارد؛ ب) آموزش در مورد انواع تقویت کننده‌ها و نحوه ارائه آنها؛ ج) تهیه چارت برای کمک به مادران تا بتوانند تقویت کننده‌هایی که مورد استفاده قرار داده‌اند را بنویسند. (گام دوم: تعیین تقویت کننده‌ها و تنبیه کننده‌ها)
جلسه چهارم	آموزش در مورد تنبیه‌ها و جریمه‌ها: الف) تهیه لیستی از رفتار ضداجتماعی کودک توسط مادر؛ ب) آموزش مادران در مورد انواع تنبیه‌ها و جریمه‌ها و نحوه ارائه آنها؛ ج) تهیه چارت برای کمک به مادران تا بتوانند تنبیه‌ها و جریمه‌هایی که مورد استفاده قرار داده‌اند را بنویسند.
جلسه پنجم	مهارت برقراری ارتباط سالم بین والد و فرزند: الف) تحلیل تفکر غیر منطقی مادران؛ ب) آموزش به مادران درباره نحوه درست صحبت کردن با کودکان و افزایش توجه مثبت به رفتار مناسب کودک؛ ج) توجه و تشویق اعمال مناسب کودک (گام سوم: آموزش مهارت‌های لازم برای رفتار با کودک بیش فعال و نقص توجه).
جلسه ششم	حل مسئله و مدیریت زمان: الف) آموزش به مادران که در زمان مناسب تصمیم درست بگیرند؛ ب) تعریف مسئله؛ ج) پیدا کردن راه حل‌های متعدد؛ د) ارزیابی سود و زیان راه حل‌ها و در نهایت تصمیم‌گیری.
جلسه هفتم	مهارت کنترل خشم: الف) مقابله با افکار منفی؛ ب) آرام‌سازی؛ ج) نحوه درست نشان دادن رنجیده شدن یا عصبانیت.
جلسه هشتم	چگونگی آموزش به کودکان دارای اختلال بیش فعالی و نقص توجه: الف) آموزش به مادران درباره آرایه مطالب درسی به کودکان؛ ب) اجرای پس‌آزمون.

جدول ۳- فهرست برنامه آموزش کلامی

جلسه اول	خوش آمدگویی و توضیح در مورد چگونگی ارائه و اجرای برنامه آموزشی و برنامه ریزی به منظور آشنا کردن دانش‌آموزان با یکدیگر.
جلسه دوم	توضیح ماهیت خودآموزی کلامی و مراحل اجرای آن با توجه به تصاویر، ترغیب شرکت کنندگان به طرح مشکلات به صورت کلامی و نوشتاری و همچنین در مورد مهلت زمان یک فعالیت یا عدم انجام آن و متعاقب آن احتمال دریافت سرزنش از سوی دیگران اطلاع رسانی شد.
جلسه سوم	فراهم کردن زمینه مناسب برای اجرایی کردن خودآموزی کلامی و بلند حرف زدن با خود. در مرحله اول پژوهشگر با صدای بلند از خود سوال می‌کرد و سپس به خود پاسخ می‌داد. در مرحله دوم مراحل قبلی به وسیله پژوهشگر با صدای بلند بیان می‌شد و دانش‌آموزان تمرین را انجام می‌دادند. در مرحله سوم مراحل قبلی را دانش‌آموزان با صدای بلند بیان و سپس اجرا می‌کردند. در قسمت تمرین پژوهشگر در نقش یک دانش‌آموز می‌خواست برای خود برنامه روزانه بنویسد. ابتدا مشکلات خود را مطرح می‌کرد و به خودش پاسخ می‌داد. این قسمت نیز در سه مرحله انجام شد.
جلسه چهارم	توضیح مراحل اول و دوم خودآموزی کلامی. یعنی در مرحله اول دانش‌آموزان به گفته‌های پژوهشگر گوش دادند و اعمال وی را مشاهده کردند. در مرحله دوم اعمال را انجام دادند. در قسمت تمرین مراحل اول و دوم خودآموزی کلامی با یک مسئله جدید اجرا شد.
جلسه پنجم	توضیح مرحله سوم خودآموزی کلامی. دانش‌آموزان دستورها را با صدای بلند برای خود بازگو می‌کردند و در حین بازگو کردن آنها را انجام می‌دادند.
جلسه ششم	توضیح مرحله چهارم خودآموزی کلامی. دانش‌آموزان دستورها را با صدای آرام برای خود بازگو و سپس همان دستورها را اجرا می‌کردند.
جلسه هفتم	توضیح مرحله پنجم خودآموزی کلامی. دانش‌آموزان دستورها را نجوا می‌کردند و در حین نجوا آنها را انجام می‌دادند.
جلسه هشتم	مراحل پنج گانه خودآموزی کلامی مرور شد. در قسمت تمرین مرحله پنج گانه خودآموزی کلامی در مورد تکالیف درسی اجرا شد.

یافته‌ها

۱۰-۸ ساله شهرستان خوی از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. لازم به ذکر است که قبل از ارائه و بررسی نتایج آزمونهای مربوط به تحلیل فرضیه ی پژوهش، ابتدا آزمون پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس انجام گرفت. پیش فرض‌های مهم تحلیل کوواریانس شامل نرمال بودن توزیع متغیر وابسته، همگنی شیب رگرسیون‌ها و همگنی خطای واریانس متغیر وابسته در گروه‌ها است.

در جدول ۴ یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به نمرات فارسیابی توجه و بیش فعالی در قبل و بعد از آموزش برای گروه‌های پژوهش ارائه شده است.

برای مقایسه اثربخشی بازی درمانی شناختی، آموزش رفتاری مادران و آموزش کلامی کودکان بر بهبود نشانگان اختلال نارسیابی توجه و بیش فعالی کودکان



**جدول ۴-** شاخصه‌های توصیفی متغیر نارسایی توجه و بیش فعالی در افراد نمونه در گروه بازی درمانی شناختی، آموزش کلامی، آموزش رفتاری مادران و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نارسایی توجه و بیش فعالی	بازی درمانی شناختی	۱۱۵/۰۰	۲۰/۱۰	۱۰۲/۹۳	۱۷/۵۳
	آموزش کلامی	۱۱۳/۵۳	۲۰/۳۹	۱۰۶/۴۷	۱۹/۷۲
	آموزش رفتاری مادران	۱۱۴/۳۳	۲۰/۹۱	۹۸/۷۳	۱۸/۶۱
	کنترل	۱۱۴/۰۷	۲۰/۴۸	۱۱۲/۳۳	۲۰/۰۴

**جدول ۵-** نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه نارسایی توجه و بیش فعالی در پس‌آزمون در گروه‌های مورد مطالعه

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	مجذورات انا
اثر پیش‌آزمون	۱۹۴۱۳/۹۲	۱	۱۹۴۱۳/۹۲	۱۳۳۳/۰۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۶
اثر گروه	۱۶۲۶/۶۶۶	۳	۵۴۲/۲۲۲	۳۷/۲۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۷
خطا	۸۰۱/۰۱۱	۵۵	۱۴/۵۶۴			
کل	۶۸۴۶۷۷	۶۰				

**جدول ۶-** نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه‌های زوجی نارسایی توجه و بیش فعالی در گروه‌های مورد مطالعه

مقایسه‌ها	میانگین تفاضل	خطای معیار اختلاف	سطح معنی‌داری
بازی درمانی شناختی - آموزش کلامی	-۴/۸۷	۱/۳۹	۰/۰۰۱
بازی درمانی شناختی - آموزش رفتاری مادران	۳/۵۹	۱/۳۹	۰/۰۱۳
بازی درمانی شناختی - کنترل	-۱۰/۲۵	۱/۳۹	۰/۰۰۱
آموزش کلامی - آموزش رفتاری مادران	۸/۴۶	۱/۳۹	۰/۰۰۱
آموزش کلامی - کنترل	-۵/۳۸	۱/۳۹	۰/۰۰۱
آموزش رفتاری مادران - کنترل	-۱۳/۸۴	۱/۳۹	۰/۰۰۱

تعدیل نمرات پیش‌آزمون، میزان نارسایی توجه و بیش فعالی پس‌آزمون کودکان دارای اختلال نقص توجه و بیش فعالی در گروه بازی درمانی شناختی، آموزش کلامی، آموزش رفتاری مادران و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ( $F=۳۷/۲۳$ ,  $p=۰/۰۰۱$ ). شدت تاثیر یا اندازه اثر برابر با ۰/۶۷ است (جدول ۵).

بر اساس نتایج آزمون تعقیبی LSD ملاحظه می‌شود که میانگین نمرات نارسایی توجه و بیش فعالی در گروه آموزش رفتاری مادران نسبت به گروه بازی درمانی شناختی، گروه آموزش کلامی و گروه کنترل به طور معنی‌داری کاهش یافته است. در گروه بازی درمانی شناختی نسبت به گروه کنترل و گروه آموزش کلامی به طور معنی‌داری کاهش یافته است. همچنین میانگین نمرات نارسایی توجه و بیش فعالی در گروه آموزش کلامی نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری کاهش یافته است (جدول ۶)؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که آموزش رفتاری مادران، بازی درمانی

برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات نارسایی توجه و بیش فعالی از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج نشان داد که نمرات نارسایی توجه و بیش فعالی هم در پیش‌آزمون و هم در پس‌آزمون در چهار گروه مورد مطالعه از توزیع نرمال پیروی می‌کند ( $p>۰/۰۵$ ).

مفروضه همگنی شیب رگرسیون‌ها با استفاده از اثر متقابل گروه\* پیش‌آزمون بررسی شد. نشان داد که مفروضه همگنی شیب رگرسیون‌ها برای نمرات نارسایی توجه و بیش فعالی برقرار است ( $p>۰/۰۵$ ).

همچنین مفروضه همگنی خطای واریانس متغیر وابسته (نارسایی توجه و بیش فعالی) در گروه‌ها با استفاده از آزمون لوین بررسی شد. نتایج نشانگر آن است که خطای واریانس نارسایی توجه و بیش فعالی در چهار گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری ندارد ( $p>۰/۰۵$ )؛ بنابراین تمام مفروضه‌های تحلیل کوواریانس تک متغیره برقرار است.

نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره نشان داد که با

غریبی و همکاران (۲۵)؛ مودی و خورشیدی (۲۶) و قصابی و پورمحمدرضای تجربی (۲۷) که عنوان کردند خودتعلیمی کلامی مداخله‌های موثر و مطلوب برای درمان علائم نقص توجه و بیش‌فعالی است هماهنگ می‌باشد.

اختلال بیش‌فعالی نقص توجه یکی از مهمترین اختلالات زمان ما می‌باشد؛ زیرا مشکل شایع و پایداری است که می‌تواند ظاهر خود را همزمان با رشد از پیش دبستانی تا بزرگسالی تغییر دهد. مشکلات عملکرد تحصیلی، ناتوانی در تکمیل تکالیف، عدم پیشرفت تحصیلی و درجا زدن در مقطع همچنین بیماریهای روانی همراه این اختلال عبارتند از اختلال سلوک، افسردگی، اضطراب، ناتوانی‌های یادگیری و مشکلات رفتاری می‌باشد (۴۵). در تبیین این یافته پژوهشی میتوان اظهار داشت که بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان دچار نقص توجه و بیش‌فعالی، از وضعیت و ویژگی متفاوت آنها ناشی می‌شود. خانواده‌های کودکان بیش‌فعال در مورد برقراری ارتباط با درون سیستم خانواده مشکل بیشتری دارند و بیشتر از خانواده‌های کودکان عادی از ارتباط غیر صریح، غیر مستقیم و سردرگم استفاده می‌کنند (۴۶). علائم بیش‌فعالی و نقص توجه برای والدین اضطراب‌آور است، احساس ضعف در تربیت فرزندان و رفتارهای منفی والدین را افزایش و این رفتارها مشکلات و علائم بیش‌فعالی را بیشتر می‌کند (۴۷). از طرف دیگر والدین این کودکان اطلاعات درستی درباره اختلال فرزندشان ندارند. آموزش شناختی- رفتاری نگرش والدین نسبت به اختلال کودک خود را تغییر می‌دهد، مهارت‌های والدین را گسترش داده و در نهایت آنها از روش‌های صحیح تربیتی استفاده می‌کنند. بنابراین مشکلات والد فرزند به طور چشمگیری کاهش می‌یابد. به عبارت دیگر علائم با برخورد غلط والدین تشدید می‌شود که با اجرای مداخله از شدت آن کاسته می‌شود (۴۸). به طور کلی نتیجه پژوهش‌ها (۴۹) حاکی از آن است که آموزش می‌تواند نگرش والدین را تغییر دهد. از سوی دیگر مادران این کودکان درک کافی و درستی از ویژگی‌ها و نیازهای حسی ویژه کودک خود ندارند. به این ترتیب دور باطلی شکل می‌گیرد که هم بر نشانگان نقص توجه و بیش‌فعالی کودک و هم بر استرس والدگری مادر

شناختی و آموزش کلامی بر بهبود نشانگان اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی کودکان ۱۰-۸ ساله شهرستان خوی تاثیر معنی‌داری دارند و میزان اثربخشی آموزش رفتاری مادران نسبت به بازی درمانی شناختی و اثربخشی بازی درمانی شناختی نسبت به آموزش کلامی در بهبود نشانگان اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی کودکان بطور معنی‌داری بیشتر است.

### بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این پژوهش مقایسه تاثیر بازی درمانی شناختی، آموزش رفتاری مادران، آموزش کلامی کودکان بر بهبود نشانگان اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی کودکان ۸-۱۰ ساله بود، که نتایج تحلیل کواریانس نشان داد، میانگین نمرات نارسایی توجه و بیش‌فعالی در کودکان ۱۰-۸ ساله در گروه آموزش رفتاری مادران نسبت به گروه بازی درمانی شناختی و در گروه بازی درمانی شناختی نسبت به گروه آموزش کلامی کودکان و در گروه آموزش کلامی کودکان نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون به طور معنی‌داری کاهش یافته است. درباره مقایسه اثربخشی آموزش‌های مذکور بر بهبود نشانگان اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی کودکان ۱۰-۸ ساله تاکنون گزارشی در ادبیات پژوهشی مشاهده نشده است؛ اما نتیجه به دست آمده با نتایج مطالعات خلقی و همکاران (۳۶)؛ استوار (۳۷)؛ Chacko و همکاران (۳۸) و امیری (۳۹) که عنوان کردند آموزش رفتاری به مادران موجب کاهش مشکلات رفتاری و علائم اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، ارتقاء سلامت روان مادران و بهبود استرس و آسیب‌شناسی روانی والدین می‌گردد همسو است. همچنین با نتایج مطالعات Halperin و همکاران (۷)؛ مهرابی و همکاران (۱۱)؛ کریمی لیچاهی و همکاران (۱۲)؛ Ritzi و همکاران (۱۳)؛ آریاپوران و اسکندری (۱۴)؛ Meany-Walen و همکاران (۱۵)؛ Davidson و همکاران (۱۶)؛ قربانی و همکاران (۱۷) و عموزاده و همکاران (۱۸) مبنی بر اینکه بازی درمانی بر بهبود علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی کودکان؛ اختلالات نوشتن؛ مهارت‌های سازشی و مشکلات رفتاری و ترس و اضطراب کودکان موثر است همسو است. علاوه بر این، با نتایج پژوهش‌های قلیپور کویچ و همکاران (۲۴)؛

درمانی یک روش صحیح و درست برای درمان کودک است؛ زیرا کودک راحتتر در قالب بازی احساساتش را بیان کرده و ارتباطات بیرونی خود را توسعه می بخشد که باعث افزایش شادی و سازگاری کودک با محیط اطرافش می شود (۵۱) و این به نوبه خود سبب کاهش مشکلات نقص توجه و بیش فعالی و افزایش ظرفیتهای درونی آنها برای انطباق با محیط بیرونی می گردد. همچنین، در فرایند بازی درمانی که نوعی بازی درمانی شناختی- رفتاری است، کودک به واسطه مشارکت در بازی از طریق مورد توجه قرار دادن موضوعاتی چون کنترل، تسلط و پذیرش مسئولیت در قبال تغییر رفتار شخصی خویش، ایجاد می شود. در این روش همانند درمان های شناختی- رفتاری با بزرگسال ها، اعتقاد بر آن است که رفتار انطباقی حاصل تعامل بین افکار، احساسات و رفتار فرد می باشد بنابراین با همراهی کودک در فرایند بازی درمانی مشکلات نقص توجه همراه با بیش فعالی کاهش می یابد همچنین تقویت توجه در دانش آموزان دارای اختلال نقص توجه/ بیش فعالی باعث می شود با تکیه بر توانایی های خود قادر باشند با موفقیت کامل تحصیلات خود را پشت سر بگذارند، همچنین می توان گفت تسلط بر خود و محیط و داشتن فرآیندهای کنترل خود این امکان را به فرد می دهد که فعالیت ها و فرآیندهای مختلف درسی خود را کنترل و نظارت کند و در نتیجه امکان تمرکز بیشتر برای انجام فعالیت فراهم شود (۵۲). در کل میتوان گفت که روش بازی درمانی قابلیت انعطاف پذیری حداکثری در مفهوم سازی مورد، اهداف درمانی و روشهای درمانی را دارد. به طوری که به بهترین شکل ممکن با سطوح رشدی و نیازهای کودک هماهنگ می شود. همچنین این شیوه درمانی از لحاظ نظری این امکان را به درمانگر می دهد تا از طیف گستردهای از راهبردها استفاده نماید. نکته مهم دیگر آن است که بازی درمانی بر قدرت ارتباط بین کودک و درمانگر تاکید بسیار دارد و این ارتباط را عاملی یاری دهنده در جهت شکستن پاسخهای مشکل آفرین کودک و جایگزینی آنها با شیوه های موثرتر و انعطاف پذیرتر مواجهه با مشکلات روزمره می داند (۵۳). نکته ی مهم در خصوص بازی درمان آن است که این شیوه درمانی هیچ پروتکل خاصی را ارائه نمی دهد بلکه تاکید بر

می افزاید. بران اساس، بسیاری از مشکلات رفتاری در محیط طبیعی خانواده فرا گرفته می شوند و عوامل نگهدارنده آنها نیز در همین محیط واقع شده اند. بنابراین آموزش کسانی که بیشترین زمان را با کودک می گذرانند و بیشترین تأثیر را بر او دارند، احتمال کاهش رفتارهای نامناسب را در آنها افزایش داده است. بسیاری از مادرانی که در گروه آموزشی شرکت می کنند، خود را به خاطر مشکلات کودکانشان مقصر می دانند و یا برعکس، اعتقاد دارند که کودکان آنها به صورت ارادی راهی را برای اذیت و آزار آنها انتخاب کرده اند. توضیح در مورد ماهیت و علت اختلالهای برونی سازی شده (مثل غیرعادی بودن حرکات مفرط کودکان اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی و ناتوانی غیرارادی آنها در تمرکز بر تکالیف خود) توانسته است شناختهای نادرست والدین را چه در مورد خودش و چه در مورد کودکانشان اصلاح کند و احساس گناه، به خاطر مقصر بودن و احساس خشم، به دلیل مقصر دانستن کودکان را کاهش دهد (۳۹). لذا، با آموزش مدیریت رفتار به مادران، آنها با ویژگیهای کودک خود آشنا شدند و رفتارهای مختل کودک را دال بر سرکشی و لجبازی او به حساب نیاوردند و از سوی دیگر با دانشی که در این زمینه کسب کرده بودند احساس کفایت و کارآمدی پیدا کردند (۵۰). بعبارت دیگر، در این پژوهش، با آموزش اصول اصلاح رفتار کودک، مادران توانستند با استفاده از روشهای درست دستور دادن، تشویق کردن و اصول تنبیه، به کودک کمک کنند به عواقب رفتارشان بیندیشد، شرایط آینده را پیش بینی و برای انجام تکالیف برنامه ریزی کند و در نتیجه نشانگان بیش فعالی در کودکان بهبود یابد.

در انجام بازی، کودکان فرصت مناسبی برای تخلیه هیجانی خود پیدا می کنند، از طرفی، در حین بازی با افزایش تعامل با سایر افراد، همچنین یادگیری تعامل و برقراری ارتباط مؤثر، رعایت نوبت و پذیرش مناسب از سوی مربی و حتی سایر کودکان به همان شکلی که هستند؛ با مثبت بودن تجربه ارتباطی با دیگران، زمینه درونی سازی رفتارهای مناسب و جدیدی را که یاد می گیرند فراهم می سازند؛ به عنوان مثال در بازی هنر خط خطی کردن، کودک یاد می گیرد چگونه می تواند به شیوه درست، برون ریزی هیجانی داشته باشد. بازی

شدن با محرک، اندیشیده و پاسخ مناسبتری را ارائه می‌کند، درحالی که قبل از درمان، به صورت تکانشی و قبل از فکر کردن به مسئله و موقعیت پاسخ می‌داد که غالباً نیز نادرست و نامتناسب با موقعیت بودند.

تاکنون روش‌های درمانی متنوعی برای بهبود نشانگان اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی کودکان به کار گرفته شده است؛ اما در هیچ پژوهشی به مقایسه تاثیر انواع درمان شناختی رفتاری (بازی درمانی و آموزش کلامی برای کودکان و آموزش رفتاری برای مادران) بر بهبود علائم و نشانگان نقص توجه/ بیش‌فعالی کودکان ۸-۱۰ ساله صورت نگرفته است که انجام چنین مقایسه‌ای در این پژوهش به عنوان نقطه قوت این تحقیق است. از جمله محدودیتهای پژوهش حاضر تک جنسیتی بودن و امکان نداشتن اجرای برنامه‌های پیگیری به منظور دنبال کردن اثربخشی در طول زمان است.

در کل می‌توان نتیجه گرفت که آموزش رفتاری مادران در کاهش علائم و نشانگان نقص توجه/ بیش‌فعالی کودکان ۸-۱۰ ساله موثرتر از بازی درمانی شناختی و آموزش کلامی کودکان است. با توجه به نتایج این پژوهش و تائید آن از طریق پژوهش‌های پیشین انجام گرفته، استفاده از آموزش رفتاری در کنار بازی درمانی شناختی و آموزش کلامی کودکان پیشنهاد می‌شود، به عنوان برنامه‌ای مؤثر و ترکیبی برای کاهش علائم و نشانگان نقص توجه/ بیش‌فعالی کودکان ۸-۱۰ ساله، بویژه کودکان ADHD مهدف‌های کودک و مدارس دبستانی، از سوی کلیه روانشناسان مراکز بهزیستی، مشاوره‌ای و درمانی کشور با هدف راهنمایی و کمک به معلمان و والدین این کودکان تا برای جلوگیری از بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان، مدنظر مسئولین آموزش و پرورش و کلینیک‌های ویژه برای کودکان ADHD قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد، از آنجائیکه اکثر تحقیقات در رابطه با کودکان مبتلا به کمبود توجه / بیش‌فعالی می‌باشد پیشنهاد می‌شود تحقیقاتی هم در رابطه با نوجوانان دارای این اختلال و در شهرهای دیگر و با خرده فرهنگ‌ها و اقلیت‌های موجود در جامعه ایران، انجام شود.

### تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله دکتری آقای "حمداله

نیازها و شرایط کودک است و می‌بایست راهبردهای درمانی بر آن اساس تدوین و به کار گرفته شود. این قابلیت تطبیق با شرایط منحصر به فرد هر کودک می‌تواند به عنوان تبیینی در جهت موثرتر بودن این درمان به شمار رود. به علاوه در بازی درمانی، ارتباطات و تعاملات مثبت بین درمانگر و کودک دارای اهمیت بسیاری است چرا که این تعاملات منجر به تاثیرات چشمگیر درمانی می‌شود. که در مقایسه با آموزش کلامی، پررنگتر در جریان درمان حضور دارد. کیفیت و کمیت این ارتباطات طی بازی درمانی نیز به عنوان تبیینی دیگر جهت موثرتر بودن بازی درمانی به شمار می‌آید.

از طرفی، خودآموزی کلامی به شکل‌گیری تفکر کلامی منتهی می‌شود که به واسطه‌ی آن کودک مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعال قادر می‌شود رفتار خویش را خصوصی و درونی سازد تا به پیش‌بینی آینده و به حداکثر رساندن پیامدهای بلندمدت نائل شود. فعال شدن گفتار درونی در نتیجه آموزش خودآموزی کلامی، به مثابه نقطه اتکای خودکنترلی عمل می‌کند و با آموزش روش مقابله با الگوهای تفکر، هیجان‌ها و سبک‌های شناختی نامناسب به کودکان، آنها را قادر می‌سازد از طریق حرف زدن با خود به کنترل و هدایت صحیح هیجان‌های خویش مبادرت ورزند (۵۴). همچنین به کارگیری و آموزش خودآموزی کلامی در کودکان با این اختلال موجب ارتقای مهارت اجتماعی و ارتباط‌های بین فردی آنان می‌شود.

به نظر بارکلی (۳۰)؛ درونی شدن گفتار، مستلزم رشد توانمندی بازداری رفتاری است و بازداری رفتاری موجب بروز تأخیر در پاسخدهی شده و این امکان را فراهم می‌آورد که زبان به درون فرد (خویش‌تن) بازگشته و بدین طریق شخص امکان می‌یابد تا توانایی پیش‌بینی و کنترل محیط و رفتار شخص در محیط و رفتار خود را داشته باشد و کودکان مبتلا به این اختلال گفتار را درونی سازی نکرده و بنابراین توانایی بازداری را کسب نمی‌کنند. تأثیر آموزش خودتعلیمی کلامی نیز بیشتر به دلیل افزایش توانایی گفتار درونی و محرمانه است که از طریق آن، کودک قادر به بازداری پاسخ‌های نیرومند قبلی می‌شود و موجب افزایش کنترل شخص بر رفتار و گفتار خویش می‌گردد. یعنی پس از روبرو

in a Nationally Drawn Sample of School-Aged Children Diagnosed With ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017;56(10):S207.

9. Thompson CL, Rudolph LB. *Counseling children*. Tehran: Roshd; 2016.

10. Najafi M, Sarpolaki B. [Effectiveness of play therapy on elementary School student's aggression and spelling disorder]. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2016;6(21):101-17. (Persian).

11. Mehrabi R, Eslami F, Teymorzadeh S, Golzari A. [The Effectiveness of Play Therapy on Writing Disorders in Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder]. *Mashhad J Med Sci*. 2019;62(December):26-34. (Persian).

12. Karimi Lichahi R, Azarian A, Akbari B. [The Effectiveness of Play Therapy on Reading Performance, Adaptive Skills and Behavioral Problems in Students with Dyslexia]. *J Child Ment Health*. 2019;6(3):200-14. (Persian).

13. Ritzi RM, Ray DC, Schumann BR. Intensive short-term child-centered play therapy and externalizing behaviors in children. *Int J Play Ther*. 2017;26(1):33.

14. Ariapooran S, Eskandari A. [Effectiveness of Group Play Therapy on Symptoms of Oppositional Defiant and Behavior Disorder in 6-9 Age Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder]. *JPEN*. 2016;2(4):44-50. (Persian).

15. Meany-Walen KK, Teeling S, Davis A, Artley G, Vignovich A. Effectiveness of a play therapy intervention on children's externalizing and off-task behaviors. *Profess School Counsel*. 2016;20(1):1096-2409-20.1.

16. Davidson B, Satchi NS, Venkatesan L. Effectiveness of play therapy upon anxiety among hospitalised children. *Int J Adv Res Ideas Innov Technol*. 2017;3(5):441-4.

17. Ghorbani y, Talebi G, Jahandar B, Rabbani zadeh M. [Effectiveness of play Therapy in Reducing Symptoms of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder in School Children]. *Educ Dev Judishapur*. 2016;7(95):53-8. (Persian).

18. Amouzadeh F, Hasanvand S, Hashemiyani K, Hemayattalab R. [A comparison between effects of game and pharmacotherapy upon the improvement of the attention span and gross motor skills in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)]. *Motor Behav*. 2016;8(23):97-110. (Persian).

19. Gharibi H, Gholizadeh Z, Hekmati I. [The Effect of Verbal Self-Instruction on Improvement of Cognitive Functioning of ADHD Children]. *Neuropsychology*. 2016;1(3):21-37. (Persian).

20. Frick PJ, Cornell AH, Bodin SD, Dane HE, Barry CT, Loney BR. Callous-unemotional traits and developmental pathways to severe conduct problems. *Dev Psychol*. 2003;39(2):246-60.

21. Hashemi T, Beirami M, Eghbali A, Vahedi H,

زینالی" به راهنمایی دکتر "امیرپناه علی" و مشاوره "دکتر مرضیه علیوندی وفا" در رشته روانشناسی تربیتی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز با شماره شناسه پایان نامه ۱۶۲۳۲۷۴۹۰ است. بدین وسیله از تمام کسانی که در انجام این تحقیق به خصوص کودکان ADHD عزیز که ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردم.

### ملاحظات اخلاقی

همه‌ی نویسندگان اعلام می‌دارند که در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط از جمله محرمانه بودن پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش، اختیار خروج از پژوهش رعایت شده است.

### References

1. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry*. 2005;57(11):1215-20.

2. Sánchez-Mora C, Ribasés M, Ramos-Quiroga JA, Casas M, Bosch R, Boreatti-Hümmer A, et al. Meta-analysis of brain-derived neurotrophic factor p.Val66Met in adult ADHD in four European populations. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2010;153b(2):512-23.

3. Dineen P, Fitzgerald M. P01-192 - Executive function in routine childhood ADHD assessment. *Eur Psychiatry*. 2010;25:402.

4. McNab F, Varrone A, Farde L, Jucaite A, Bystritsky P, Forsberg H, et al. Changes in cortical dopamine D1 receptor binding associated with cognitive training. *Science*. 2009;323(5915):800-2.

5. Yadegari N, Sayehmiri K, Zamanian Azodi M, Sayehmiri F, Modara F. [The prevalence of attention deficient hyperactivity disorder among Iranian children: A meta-analysis]. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2018;12(4). (Persian).

6. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry: lippincott williams & wilkins; 2011.

7. Halperin JM, Marks DJ, Bedard AC, Chacko A, Curchack JT, Yoon CA, et al. Training executive, attention, and motor skills: a proof-of-concept study in preschool children With ADHD. *J Atten Disord*. 2013;17(8):711-21.

8. Holbrook J, Danielson M, Bitsko RH, Cuffe SP, O'Banion D, McKeown RE. 3.15 Parent-Reported Benefits and Side Effects From Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Medication



- Rezaei R. [The Impact of Verbal Self-instruction on Symptoms Amelioration in Children with Oppositional Defiant Disorder]. *J Except Child* 2009;9(3 (33)):203-10.(Persian).
22. Spencer TJ, Abikoff HB, Connor DF, Biederman J, Pliszka SR, Boellner S, et al. Efficacy and safety of mixed amphetamine salts extended release (adderall XR) in the management of oppositional defiant disorder with or without comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder in school-aged children and adolescents: A 4-week, multicenter, randomized, double-blind, parallel-group, placebo-controlled, forced-dose-escalation study. *Clin Ther.* 2006;28(3):402-18. 23. Linley PA, Joseph S. *Positive psychology in practice*: John Wiley & Sons, Inc; 2012.
24. Gholipourkovich S, Livarjani S, Hoseyninasab D. [Effectiveness of Self-Instruction Training on Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Academic Procrastination of Adolescents with ADHD]. *Sci J Rehabil Med.* 2019;8(3):100-10. (Persian).
25. Gharibi H, Qolizadeh Z, Hekmati I, Rostami C. [Comparative the Efficacy of Neurofeedback Training and Verbal Self-Instruction on Reduce of Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder Symptoms]. *Neuropsychology.* 2017;3(9):117-32. (Persian)
26. Modi M, Khorshidi H. A study of verbal self-learning method on reducing the arousal symptoms of hyperactive / hyperactive children Attention Deficit. *hird National Conference on Counseling; Khomeini Shahr.* 2012.
27. Ghassabi S, Pour-mohammad-Rezaye Tajrishi M. The Effect of Verbal Self-Instruction on the Recovery of Inattention Symptoms in Elementary School Students with Attention Deficit Disorder. *J Rehab.* 2010;11(3):33-41. (Persian)
28. Bayrami M, abdollahi e, Hashemi nosrat abad T. [The Effectiveness of Parent Management Training on Improvement of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children with Epilepsy: single subject study.] *Razi J Med Sci.* 2017;24(157):90-8. (Persian)
29. Amiri M, Movallali G, Nesaiyan A, Hejazi M, Assady Gandomani R. [Effect of Behavior Management Training for Mothers With Children having ODD Symptoms]. *Arch Rehabil.* 2017;18(2):84-97. (Persian)
30. Barkley RA. *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment.* Fourth Edition ed. New York: The Guilford Press; 2014.
31. Ebrahimi Moghadam M, Ghamari M, Aghajani T. Teaching Behavior Modification Methods to Mothers with Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder in Improving Their Children's Behavioral Performance. 4th International Conference on Recent Innovations in Psychology, Counseling and Behavioral Sciences Tehran, 2017.
32. Loren RE, Vaughn AJ, Langberg JM, Cyran JE, Proano-Raps T, Smolyansky BH, et al. Effects of an 8-session behavioral parent training group for parents of children with ADHD on child impairment and parenting confidence. *J Atten Disord.* 2015;19(2):158-66.
33. van den Hoofdakker BJ, Hoekstra PJ, van der Veen-Mulders L, Sytema S, Emmelkamp PM, Minderaa RB, et al. Paternal influences on treatment outcome of behavioral parent training in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2014;23(11):1071-9.
34. Pelham WE, Jr., Fabiano GA. Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2008;37(1):184-214.
35. Chronis AM, Chacko A, Fabiano GA, Wymbs BT, Pelham WE, Jr. Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: review and future directions. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2004;7(1):1-27.
36. Kholghi Z, Aghaei A, Farhadi H. [Effectiveness of training parents by Adler- Dreikurs Approach on emotion regulation and parent-child interaction in children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder]. *Empower Except Child.* 2019;10(4):37-49. (Persian)
37. Ostovar s. [Effectiveness of Behavior management training for mothers of children with symptoms of attention deficit – hyperactivity on ADHD symptoms of children and mental health of mothers]. *J Psychol Models Methods.* 2019;9(34):17-34.(persian)
38. Chacko A, Wymbs BT, Flammer-Rivera LM, Pelham WE, Walker KS, Arnold FW, et al. A pilot study of the feasibility and efficacy of the Strategies to Enhance Positive Parenting (STEPP) program for single mothers of children with ADHD. *J Atten Disord.* 2008;12(3):270-80.
39. Amiri M. [Effectiveness of Parent Behavioral Training on Hyperactivity/ Impulsivity and Rule-Breaking Behaviors in Children with ADHD (Hyperactivity-Impulsivity Domain Type)]. *Res Psychol Health.* 2016;9(4):90-101.(Persian)
40. Shaheian A, Shahim S, Bashash L, Yousefi F. Standardization, Factor Analysis and Reliability of Short Parent Form for Conners Grading Scale for 6 to 11 Year Old Children in Shiraz. *J Psychol Stud.* 2007;3(3):97-120.
41. Conners CK, Sitarenios G, Parker JD, Epstein JN. Revision and restandardization of the Conners Teacher Rating Scale (CTRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *J Abnorm Child Psychol.* 1998;26(4):279-91.
42. Bakhshayesh A, Mirhosseini R. [Effectiveness of Play Therapy on the Reduction of Children's



Severity Symptoms with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Promotion of Their Academic Performance]. *J Ilam Uni Med Sci*. 2015;22(6):1-13.(Persian)

New york: John Wiley & Sons; 1995.

43. Kakavand AR. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Theory and Treatment). Karaj: Sar Afraz; 2006.

44. Meichenbaum DH, Goodman J. Training impulsive children to talk to themselves: a means of developing self-control. *J Abnorm Psychol*. 1971;77(2):115-26.

45. Rahmani S, Zeinali M, Gozel S. The effectiveness of play therapy with cognitive-behavioral approach on aggression and spelling disorder in children with attention deficit / hyperactivity disorder. Third International Conference on Recent innovations in Psychology, Counseling and Behavioral Sciences; Tehran, 2016.

46. Sadeghi A, Shahidi SH, Khooshabi K. The effectiveness of parent management training on family function in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Fam Res*. 2011;7(2 (26)):175-85.

47. Glatz T, Stattin H, Kerr M. Parents' reactions to youths' hyperactivity, impulsivity, and attention problems. *J Abnorm Child Psychol*. 2011;39(8):1125-35.

48. Rasouli R, Omidian M, Sameie F. [Efficacy of Cognitive-Behavior Training to Mothers with ADHD Children on Reducing Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Increase the Happiness of parents]. *Fam Counsel Psychother*. 2013;3(3):469-91. (Persian)

49. Steiner AM. A strength-based approach to parent education for children with autism. *J Posit Behav Interv*. 2011;13(3):178-90.

50. Pour EM, Kasaei F. Family Functioning in Children with Attention-deficit/hyperactivity Disorder. *Procedia Soc Behav Sci*. 2013;84:1864-5.

51. Bayat F, Rezaee AM, Behnam B. [Comparison of the Effectiveness of Play Therapy and Storytelling on the Improvement of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Students]. *Qom Univ Med Sci J*. 2018;12(8):59-68. (Persian)

52. Mohebb N, Amiri S, Behraves A. [The effectiveness of Short time structured play therapy on attention -deficit Hyperactivity disorder in pre-school children (six years)]. *J Instruct Evalu*. 2013;6(22):27-43. (Persian)

53. O'Connor KJ, Schaefer CE, Braverman LD. Handbook of play therapy: Wiley Online Library; 2015.

54. Caspi A, Moffitt TE. The continuity of maladaptive behavior: From description to understanding in the study of antisocial behavior. In: Cicchetti D, Cohen DJ, editors. *Developmental Psychopathology Vol2 Risk disorder and adaptation*