مجله علوم پزشکی رازی دوره ۲۹، شماره ۷، مهر ۱۴۰۱ http://rjms.iums.ac.ir

مقاله پژوهشی

اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی–رفتاری و آموزش مدیریت والدین بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی

صدیقه پیش دار : کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد بندر عباس، دانشگاه آزاد اسلامی، هرمزگان، ایران، (* نویسنده مسئول)، se.pishdar@gmail.com

سید عبدالوهاب سماوی : دانشیار، دکترای تخصصی روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان.

هلما جهانتیغ : دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: اختلال کا ستی توجه/بیش‌فعالی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پز شکی کودکان در سنین مدر سه می‌با شد که در صورت عدم شنا سایی و مداخله منا سب می‌تواند منجر به پیامدهای جبران‌ناپذیری شود. لذا این پژوهش با هدف مقای سه اثربخ شی بازی درمانی شناختی–رفتاری و برنامه آموزش والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی انجام شد.

روش کار: پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه‌های آزمایش و کنترل بود. تمامی کودکان پسر دارای تشخیص اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به یکی از مراکز خدمات روان‌شناسی شهر بندر عباس در سال ۱۴۰۱ جمعیت آماری این پژوهش را ت شکیل دادند، که از بین آن‌ها با روش نمونه‌گیری در د سترس تعداد ۴۵ نفر انتخاب و در سه گروه م ساوی ۱۵ نفری گمارش شدند. گردآوری اطلاعات علاوه بر چک‌لی ست اطلاعات دموگرافیک–فرم محقق ساخته با ا ستفاده از پر س شنامه م شکلات رفتاری راتر–فرم مخ صوص والدین انجام شد. تحلیل داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف‌معیار)، آزمون پیش‌فرض‌های آمار پارامتریک و تحلیل کوواریانس با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مشکلات رفتاری آزمودنی های گروه های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافت. همچنین، نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که با وجود اثربخشی دو شیوه بر مشکلات رفتاری اما بازی درمانی شناختی–رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری سودمندی بیشتری داشته است.

نتیجه‌گیری: به‌نظر می‌رسد بازی درمانی شناختی–رفتاری و آموزش والدین هر دو در تحول مهارت‌های رفتاری کودکان با اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی مؤثر هستند و می‌توان از آن‌ها در مداخلات بالینی استفاده کرد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

کلیدواژه‌ها

اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی،
بازی درمانی شناختی–رفتاری،
آموزش والدین،
مشکلات رفتاری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۰۷

تاریخ چاپ: ۱۴۰۱/۰۷/۰۹

شیوه استناد به این مقاله:

Pishdar S, Samavi S.A, Jahantigh H. The Effectiveness of Play Therapy Based on the Cognitive-Behavioral Approach and Parent Management Training on the Behavioral Problems of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Razi J Med Sci. 2022;29(7): 238-248.

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

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

Razi Journal of Medical Sciences. 2022;29(7):238-248. http://rjms.iums.ac.ir

Original Article

The Effectiveness of Play Therapy Based on the Cognitive-Behavioral Approach and Parent Management Training on the Behavioral Problems of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

Sedigheh Pishdar : Master's degree in clinical psychology, Bandar abbas branch, Islamic Azad university, Hormozgan, lran. (* Corresponding author) se.pishdar@gmail.com
Seyed Abdolvahab Samavi : Department of Educational Sciences, Faculty of Humanities, University of Hormozgan, Bandar Abbas, Iran.
Hellema Jahantigh : MSc student in General Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran.

Abstract

Background & Aims: Disruptive behavior disorders include a set of complex behavioral problems that include thoughtlessness and recklessness, inability to postpone the gratification of desires, disturbance, and harassment, and lack of sufficient control over behavior. During the last 100 years, many explanations have been provided to describe the problematic behaviors of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Since the views about this disorder and its causes are still evolving, therefore experts have not been able to determine specific and unique biological-medical causes in this field. Still, the findings indicate that this disorder is multifactorial and one of its consequences is behavioral problems. Behavioral problems are defined as the inability to adapt. It has been stated that many of those at risk of emotional-behavioral problems or have these problems show defects in social behavior. In this regard, behavioral problems were divided into two general categories: internalized and externalized. Internalizing problems are more focused on the individual, are more controlled, cause less harm to others, and include things like depression, anxiety, withdrawal, and physical complaints. On the other hand, externalizing problems are described as behaviors that are directed more towards others than the individual himself. These behaviors include aggression, bullying, delinquent behaviors, theft, lying, disobedience, etc. In general, externalized problems are unacceptable because they violate social interests and cause harm to others. The results show that when children have hyperactivity disorder and behavioral problems, their parents are more likely to experience more stress. This stress can also be associated with the use of ineffective parenting methods in parents and with consequences such as increasing problematic behaviors, low self-esteem in children, and family conflicts. At the same time, therapists teach children whose social or emotional skills are weak and unaffected, adaptive behaviors with the help of treatments such as cognitive-behavioral therapy. Since cognitive therapies are based on the belief that cognitions, emotions, and behaviors are interactive and reciprocal in nature, cognitive approaches meet the needs of these children who show characteristics such as deficits in self-regulation and problems in attention and memory. They are very compatible. Cognitive-behavioral play therapy includes cognitive-behavioral interventions in the play therapy program. Game activities as well as verbal and non-verbal communication are used to solve the child's problems. Cognitive-behavioral play therapy is widely used to treat children's emotional and behavioral problems because this type of therapy responds to children's unique and diverse developmental needs. Most children under the age of 11 do not have the developed capacity for abstract thinking, which is a prerequisite for meaningful verbal expressions, and understanding complex issues, motivations, and emotions. Since the levels of abstract thinking in children are not high, they cannot express their feelings and emotions. This lack of skill in emotional expression, especially negative emotions, threatens the child's mental and behavioral health and creates behavioral problems for him. Therefore, the game is a tool that the child uses to express himself. Cognitive-behavioral play therapy, which is part of direct play therapy methods, combines traditional play therapy

Keywords
Attention Deficit/Hyperactivity Disorder,
Cognitive-Behavioral Play Therapy,
Parent Training,
Behavioral Problems

Received: 25/08/2022
Published: 01/10/2022

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

techniques with cognitive-behavioral techniques. These interventions put a lot of emphasis on the child's involvement in the treatment, and the therapist helps the child to benefit from the treatment by providing the necessary measures in terms of development. Cognitive-behavioral play therapy provides strategies for more adaptive development of thoughts and behaviors and teaches new strategies to deal with situations and emotions, and the child is able to deal with maladaptive ways of coping with Replace more compatible. The unstable and punitive interactions of parents with children cause their attachment insecurity, which is caused by the lack of proper communication skills and is among the risk factors that expose children to behavioral disorders. Therefore, in the treatment of parent education, goals such as improving the quality of parent-child relationships, reducing behavioral problems and increasing social behaviors, increasing parenting skills, including positive discipline, and reducing parental stress are pursued. Based on the above information and the importance of appropriate interventions for behavioral disorders in children with hyperactivity in childhood, as well as the importance of social skills for these children, as well as the lack of studies in Iran that show the effectiveness of the two methods of parent training programs and cognitive-behavioral play therapy. To investigate and compare the behavioral development and reduction of problems related to it in hyperactive children, the present study aims to compare the effectiveness of cognitive-behavioral game therapy and parent education programs on reducing behavioral problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder the activity of Bandar Abbas city was carried out.

Methods: It was a semi-experimental research with a pre-test and post-test design with experimental and control groups. All male children diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder who were referred to one of the psychological service centers of Bandar Abbas in 1401 constituted the statistical population of this study, among them available through sampling method. 45 people were selected and assigned to three equal groups of 15 people. In addition to the demographic information checklist form made by the researcher, data collection was done using Rutter's Behavioral Problems Questionnaire form for parents. Data analysis was done with descriptive statistics methods (mean and standard deviation), parametric statistical assumptions test, and covariance analysis with SPSS statistical software version 26.

Results: The results showed that the behavioral problems of the experimental groups were significantly reduced compared to the control group. Also, the results of Benferroni's post hoc test showed that despite the effectiveness of two methods on behavioral problems, cognitive-behavioral game therapy was more beneficial in reducing behavioral problems.

Conclusion: It seems that cognitive-behavioral play therapy and parent training are both effective in developing the behavioral skills of children with attention-deficit/hyperactivity disorder and can be used in clinical interventions. In general, it can be stated that play therapy is based on a cognitive-behavioral approach that focuses on the child's thoughts, feelings, imaginations, and environment as a framework for the child's participation in therapy, emphasizing issues such as control, mastery, and feeling responsible for changes. It provides behavior. By including cognitive elements, children may become active participants in changes, and this leads to the reduction and control of behavioral problems as much as possible. This study also faced limitations. Among the limitations of this study, we can mention the data collection tool, the non-random sampling method, the impossibility of conducting a follow-up period, and the statistical population being limited to a group of boys. It is suggested to carry out this study in future studies in girls with hyperactivity and in other cities with different family cultures. Also, conducting the study in the follow-up phase can lead to more reliable results regarding the stability of the effectiveness of interventional methods.

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:
Pishdar S, Samavi S.A, Jahantigh H. The Effectiveness of Play Therapy Based on the Cognitive-Behavioral Approach and Parent Management Training on the Behavioral Problems of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Razi J Med Sci. 2022;29(7): 238-248.

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

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

مقدمه

اختلالات رفتاری اخلال‌گرانه، مجموعه‌ای از مشکلات رفتاری پیچیده را دربرمی‌گیرد که شامل بی‌فکری و بی‌پروایی، ناتوانی در به تعویق انداختن ارضای امیال، اخلال و آزار و عدم کنترل کافی بر رفتار است (۱). یکی از اشکال اصلی این اختلالات، اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی می‌باشد. ویژگی اصلی این اختلال در DSM-5 رفتارهایی است که از لحاظ اجتماعی اخلال‌گرانه‌اند و باید قبل از ۱۲ سالگی و حداقل در دو محیط مستقل اتفاق بی‌افتد. این موقعیت‌های اجتماعی می‌توانند خانواده، مدرسه و یا هر جای دیگری باشند که در آن‌جا غیر از کودک، فرد دیگری نیز حضور دارد (۲). با وجود ادبیات گسترده‌ای که در مورد اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی وجود دارد اما توجه به مشکلات رفتاری در این گروه از کودکان و نوجوانان هنوز به درستی مورد کاوش علمی قرار نگرفته است و درباره آن توافق نظری وجود ندارد. در حال حاضر این اختلال صرفاً براساس آن دسته از الگوهای رفتاری که از یک کودک تا کودکی دیگر اندکی با هم تفاوت دارند، تشخیص داده می‌شود و براساس گزارشات علمی تخمین زده می‌شود که حدود ۵ درصد کودکان و ۲/۵ درصد از بزرگسالان به این اختلال مبتلا باشند (۳). در طی ۱۰۰ سال گذشته برای توصیف رفتارهای مسأله‌ساز کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی توضیحات فراوانی ارائه شده است. از آن‌جا که دیدگاه‌ها درباره این اختلال و علل آن هنوز در حال تحول است، لذا متخصصان قادر به تعیین علل زیستی-پزشکی مشخص و یگانه در این زمینه نبوده‌اند، اما یافته‌ها حاکی از آن است که این اختلال، چندعاملی بوده و از جمله پیامدهای ابتلای به آن، مشکلات رفتاری است (۴).

مشکلات رفتاری، ناتوانی در ایجاد ظرفیت در جهت سازگاری تعریف شده و بیان شده است که بسیاری از کسانی‌که در معرض خطر ابتلای به مشکلات هیجانی-رفتاری هستند یا این مشکلات را دارند، نقص‌هایی در رفتار اجتماعی بروز می‌دهند. در همین راستا، مشکلات رفتاری به دو دسته کلی شامل مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده تقسیم شد. مشکلات درونی‌سازی بیشتر معطوف به خود فرد است، کنترل شده‌تر هستند، به دیگران آسیب کمتری می‌رسانند و مواردی نظیر افسردگی، اضطراب، گوشه‌گیری و شکایات جسمانی را شامل می‌شوند (۵). در مقابل مشکلات برونی‌سازی شده به عنوان رفتارهایی توصیف می‌شوند که بیشتر متوجه دیگران است تا خود فرد. این رفتارها دامنه‌ای از پرخاشگری، قلدری، رفتارهای بزهکارانه، دزدی، دروغ‌گویی، نافرمانی و ... را شامل می‌شوند. به‌طور کلی، مشکلات برونی‌سازی شده غیرقابل پذیرش هستند، زیرا منافع اجتماعی را نقض می‌کنند و باعث آزار دیگران می‌شوند (۶). نتایج نشان می‌دهد وقتی کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی و مشکلات رفتاری باشند، به احتمال قوی‌تری والدین‌شان استرس بیشتری را تجربه می‌کنند. این استرس نیز می‌تواند با استفاده از روش‌های فرزندپروری ناکارآمد در والدین همراه شده و با پیامدهایی از جمله افزایش رفتارهای مشکل‌آفرین، عزت‌نفس پایین در فرزند و تعارضات خانوادگی همراه شود. در عین‌حال، درمانگران به کمک درمان‌هایی از قبیل درمان‌های شناختی-رفتاری به کودکانی که مهارت‌های اجتماعی یا عاطفی آن‌ها ضعیف و بی‌تأثیر است، رفتارهای سازش‌یافته را می‌آموزند (۷). از آن‌جا که درمان‌های شناختی براین باور مبتنی هستند که شناخت‌ها، احساسات و رفتارها ماهیت تعاملی و متقابل دارند، رویکردهای شناختی با نیازهای این کودکان که ویژگی‌هایی مانند نقص در خودتنظیمی و مشکلاتی در توجه و حافظه را نشان می‌دهند، سازگاری بسیاری دارند (۸).

بازی درمانی شناختی-رفتاری مداخلات شناختی-رفتاری را در برنامه بازی درمانی می‌گنجاند. فعالیت‌های بازی و همچنین، ارتباط کلامی و غیرکلامی در حل کردن مشکلات کودک استفاده می‌شود. بازی درمانی شناختی-رفتاری به‌طور گسترده برای درمان مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان استفاده می‌شود، زیرا این نوع از درمان پاسخگوی نیازهای رشدی منحصر به فرد و متنوع کودکان است (۹). بیشتر کودکان در سنین کمتر از ۱۱ سالگی استعداد تو سعه یافته برای تفکر انتزاعی ندارند، که این امر پیش نیاز بیانات کلامی معنادار، درک مسائل پیچیده، انگیزه‌ها و احساسات است. از آن‌جا که سطوح تفکر انتزاعی در کودکان بالا نیست، آن‌ها نمی‌توانند احساسات و هیجانات خود را ابراز کنند. این مهارت نداشتن در ابرازگری هیجانی به ویژه هیجان‌های

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

منفی، سلامت روانی و رفتاری کودک را تهدید می‌کند و مشکلات رفتاری را برای او رقم می‌زند. بنابراین بازی ابزاری است که کودک به یاری آن خود را بیان می‌کند (۱۰). بازی درمانی شناختی-رفتاری که جزء روش‌های مستقیم بازی درمانی است، تکنیک‌های سنتی بازی درمانی را با تکنیک‌های رفتاری-شناختی ترکیب کرده است. این مداخلات تأکید زیادی بر درگیری کودک در درمان دارند و درمانگر با ارائه اقدامات لازم از نظر رشدی به کودک کمک می‌کند تا از درمان بهره‌مند شود. بازی درمانی شناختی-رفتاری راهبردهایی را برای رشد انطباقی‌تر افکار و رفتارها فراهم می‌آورد و راهبردهای جدیدی برای مقابله با موقعیت‌ها و احساسات آموزش می‌دهد و کودک قادر می‌شود شیوه‌های ناسازگارانه مقابله را با راه‌های سازگارانه‌تر جایگزین سازد (۱۱). مروری بر گزارشات علمی نشان می‌دهد که یکی از عوامل تأثیرگذار بر بروز مشکلات عاطفی و رفتاری در کودکان، رفتارهای منفی والدین با کودک است. علاوه براین، کودکان دچار اختلال‌های رفتاری چالش‌های بیشتری را برای والدین‌شان به وجود می‌آورند. وجود کودکی که برقراری رابطه با او مشکل است، بر کل نظام خانواده تأثیر می‌گذارد (۱۲). به نظر می‌رسد بسیاری از اختلالات دوران کودکی از جمله اختلال‌های رفتاری از تعاملات نادرست و منفی والدین با کودکان آن‌ها نشأت می‌گیرد. تعاملات بی‌ثبات و تنبیه‌گرانه والدین با کودکان موجب ناایمنی دلبستگی آن‌ها می‌شود که این امر از نبود مهارت‌های ارتباطی مناسب ناشی می‌شود و از جمله عوامل خطری است که کودک را در معرض اختلال‌های رفتاری قرار می‌دهد (۱۳). از این‌رو درمان به شیوه آموزش والدین اهدافی مانند بهبود کیفیت روابط والد-کودک، کاهش مشکلات رفتاری و افزایش رفتارهای اجتماعی، افزایش مهارت‌های والدینی شامل انضباط مثبت و کاهش استرس والدینی دنبال می‌شود (۱۴). براساس مطالب فوق و اهمیت مداخلات مناسب برای اختلالات رفتاری در مبتلایان به بیش‌فعالی در دوران کودکی و نیز اهمیت مهارت‌های اجتماعی برای این کودکان و همچنین، نبود مطالعاتی در ایران که اثربخشی دو روش برنامه آموزش والدین و بازی درمانی شناختی-رفتاری را در تحول رفتاری و کاهش مشکلات مرتبط با آن در کودکان بیش‌فعال مورد بررسی و مقایسه قرار دهد، مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری و برنامه آموزش والدین بر کاهش مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی شهر بندرعباس انجام شد.

روش کار

این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی کودکان پسر با تشخیص اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی مراجعه کننده به یکی از کلینیک‌های روان‌شناسی شهر بندرعباس در سال ۱۴۰۱ بود. نمونه پژوهشی این مطالعه شامل ۴۵ پسر با دامنه سنی ۸ الی ۱۰ سال مبتلا به اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی بود که با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی ساده در سه گروه آزمایش اول (بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری) ۱۵ نفر، گروه آزمایش دوم (آموزش مدیریت والدین) ۱۵ نفر و گروه کنترل ۱۵ نفر جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دریافت تشخیص ابتلای قطعی به اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی، امکان شرکت در جلسات درمانی تعیین شده، تمایل و رضایت به شرکت در پژوهش و زندگی با والدین و تکلم به زبان فارسی بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز داشتن هر گونه معلولیت دیگر غیر از اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی مانند اوتیسم، اختلالات حسی-حرکتی و سایر اختلالات عصبی-رفتاری با توجه به نظر متخصص حاضر در مرکز، غیبت بیش از یک جلسه از حضور در جلسات مداخلاتی تعیین شده و یا شرکت در سایر برنامه‌های مداخلاتی روان‌شناختی در ۳ ماه گذشته بود. در راستای رعایت اصول اخلاقی پژوهش به منظور حفظ حقوق آزمودنی‌ها، تصریحات لازم در زمینه اهداف پژوهش و روال اجرای آن به همه آزمودنی‌ها و والدین آن‌ها ارائه شد نبود اجبار و حق شرکت یا عدم شرکت در پژوهش برای همه شرکت‌کنندگان تصریح شد. همچنین، به همه آن‌ها و

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

والدین‌شان اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذ شده محرمانه می‌ماند و داده‌هایی که انتشار می‌یابد، بدون درج شناسه خصوصی بوده و به صورت گروهی و با مکتوم ماندن مشخصات فردی تحلیل می‌شود.

برنامه بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری با استفاده از کتاب‌های کلیات بازی درمانی محمداسماعیل و پژوهش موللی و همکاران (۱۳۹۴) و با همکاری دو نفر از متخصصان آموزش و روان‌شناسی کودکان با نیازهای ویژه با توجه به رویکرد شناختی-رفتاری تهیه شده است (جدول ۱).

برنامه آموزشی که در پژوهش حاضر با والدین کار شد، نیز برگرفته از برنامه آموزش والدین کازدین (Kazdin) (۲۰۰۲) بود (جدول ۲).

همچنین، جمع‌آوری داده ها با کمک ابزار های زیر انجام شد:

- چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک: این چک‌لیست توسط محقق تدوین یافته شامل سن، جنسیت، تحصیلات والدین، شغل والدین و تاریخچه خانوادگی بیماری بود.

- پرسشنامه مشکلات رفتاری: این ابزار برای ارزیابی

جدول ۱- خلاصه محتوای برنامه بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری

جلسه	محتوا/هدف
اول	آشنایی و ترغیب به همکاری و افزایش مهارت خودآگاهی، نمایش کارتون و نقاشی تخیلی، بازی با مداد رنگی، آبرنگ، آینه، تخته سیاه و دومینوی گروهی.
دوم	بهبود مهارت حرکتی ، بازی با نخ و تسبیح و خمیربازی، ساختن پازل انسان به صورت گروهی.
سوم	بهبود مهارت خودکنترلی، کار با شن، ساختن مجسمه های شنی و بازی با مکعب های چوبی.
چهارم	تقویت همکاری و ابراز هیجان، بازی با قوطی تمیز شنیداری، خمیربازی گروهی و موزیک، لگوی گروهی، عروسک انگشتی، قصه و بازی با توپ و سطل.
پنجم	بهبود مهارت حل مسأله، بازی تقلید صدا، کار دستی گروهی، دارت و پازل اعداد و حروف.
ششم	بهبود مهارت تصمیم گیری، بازی نقش با بچه ها، کپی با اشکال هندسی، کپی اشکال پنهان و بازی با اشیای درون کیسه.
هفتم	تقویت فعالیتهای مشارکتی و ارتباط بین فردی و گروهی، حباب بازی گروهی، کارتهای آموزشی، دومینوی فردی و پازل گروهی، بازی با بادکنک، مهره نخ کردن و داستان گویی از روی تصاویر به صورت گروهی.
هشتم	آگاهی از نشانه های رفتاری و یادگیری پاسخ های سازگارانه، خمیربازی گروهی، توپ بازی گروهی و ساختن داستان، لگو با الگو، بازی با آهنگ و قصه گویی. اجرای پس آزمون

جدول ۲- خلاصه محتوای برنامه آموزش والدین

جلسه	محتوا/هدف
اول	تغییر نگرش والدین نسبت به اختلال و رفتارهای مشکل ساز، توضیح به مادران در مورد ویژگی های رفتاری کودک، تعیین مشکلات رفتاری فرزندان از طریق مقیاس.
دوم	کاربرد پاداش و مدیریت رفتار، توضیح تقویت مثبت و شناساندن انواع تقویت کننده ها در مدیریت رفتار.
سوم	یادگیری فنون تحسین و تشویق، آموزش روشهای افزایش رفتارهای مطلوب از طریق فنون ارائه تحسین القایی و کاهش رفتارهای نامطلوب از طریق وقفه انداختن در تقویت.
چهارم	بهبود رفتار کودک در منزل و کاهش رفتارهای پرخاشگرانه، توضیح شکل دهی رفتار خاص توسط والدین، استفاده از محروم کردن برای رفتارهای پرخطر.
پنجم	اصلاح نگرش والدینی که تنبیه را به عنوان روش اولیه انضباط به کار می برند، کاربرد تنبیه بدنی و پیامدهای آن، استفاده از تسلیم و توضیح پیامدهای آن.
ششم	آموزش مدیریت رفتاری والدین و مهار رفتار، استفاده مؤثر از بی توجهی، توضیح این که روش بی توجهی یا بی اعتنایی برای کاهش رفتار نامناسب چه پیامدهایی دارد.
هفتم	جلوگیری از بدرفتاری های شدید، تدوین برنامه اقتصاد پته ای در خانه و استفاده از تکنیک حذف پاداش ها و امتیازها.
هشتم	مرور مطالب آموخته شده و اصلاح یادگیری، بحث پیرامون چگونگی مدیریت مشکلات در آینده، مرور جلسات قبل و اجرای پس آزمون.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

مشکلات رفتاری کودکان استفاده می‌شود. راتر (Rutter) در سال ۱۹۷۵ این پرسشنامه را تدوین نموده است و دارای دو فرم الف-مخصوص والدین و ب-مخصوص معلم است. فرم مخصوص والدین دارای ۱۸ سئوال است و توسط والدین تکمیل می شود. در این پژوهش از فرم مخصوص والدین استفاده شد و مادران حدود ۲۰ دقیقه با توجه به رفتارهای فرزندان شان در ۱۰ ماه اخیر به سئوالات پاسخ دادند. این ابزار ۵ زیرمقیاس پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضداجتماعی و کمبود توجه دارد. نمره گذاری به صورت اصلاً درست نیست با گزینه صفر، در ست نیست با گزینه ۱ و تا حدی درست است با گزینه ۲ انجام می‌شود. دامنه نمرات بین صفر تا ۳۶ است که نمره ۱۳ نقطه برش محسوب می‌شود. کودکانی که نمره ۱۳ یا بالاتر بگیرند، دارای مشکل رفتاری شناخته می شوند. راتر و کاکس، پایایی بازآزمایی و پایایی درونی این ابزار را با فاصله زمانی ۲ ماه برابر با ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند. میزان توافق پرسشنامه نیز ۷۶/۷ به دست آمده است. در ایران نیز محققان متعددی ویژگی‌های روانسنجی این ابزار را تأیید کرده‌اند. در مطالعه بلالی و آقایوسفی (۱۳۹۰) پایایی این پرسشنامه با روش دو نیمه کردن و بازآزمایی به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۸۵ گزارش شده است.

به منظور تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی، آزمون مجذور کای و تحلیل کوواریانس چندمتغیری با کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول شماره ۳ میانگین و انحراف‌معیار متغیرهای وابسته مورد تحقیق به تفکیک آزمودنی‌ها و مراحل سنجش ارائه شده است. طبق نتایج جدول توصیفی در جدول شماره ۳، در متغیر مشکلات رفتاری کلی و هر یک از پنج عامل آن میانگین نمره گروه‌های مداخله از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون در مقایسه با گروه کنترل کاهش بیشتری داشته است.

بررسی پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری

جدول ۳- آماره‌های توصیفی مشکلات رفتاری در آزمودنی‌ها در مراحل مختلف سنجش

متغیر پژوهش	گروه	تعداد	پیش آزمون انحراف معیار ± میانگین	پس آزمون انحراف معیار ± میانگین
پرخاشگری و بیش‌فعالی	بازی درمانی	۱۵ نفر	۵/۲۷ ± ۱/۳۳	۴/۱۱ ± ۱/۰۶
	آموزش والدین	۱۵ نفر	۵/۴۹ ± ۱/۶۴	۴/۲۰ ± ۱/۲۳
	کنترل	۱۵ نفر	۵/۳۳ ± ۱/۱۸	۵/۳۰ ± ۱/۱۱
اضطراب و افسردگی	بازی درمانی	۱۵ نفر	۳/۰۱ ± ۱/۵۲	۲/۲۳ ± ۱/۰۷
	آموزش والدین	۱۵ نفر	۳/۱۱ ± ۱/۴۷	۲/۵۵ ± ۱/۲۶
	کنترل	۱۵ نفر	۳/۰۳ ± ۱/۲۸	۳/۰۴ ± ۱/۰۶
ناسازگاری اجتماعی	بازی درمانی	۱۵ نفر	۴/۳۶ ± ۱/۴۰	۳/۲۲ ± ۱/۱۱
	آموزش والدین	۱۵ نفر	۴/۳۳ ± ۱/۳۷	۳/۵۰ ± ۱/۲۸
	کنترل	۱۵ نفر	۴/۳۳ ± ۱/۲۷	۴/۴۰ ± ۱/۸۷
رفتارهای ضداجتماعی	بازی درمانی	۱۵ نفر	۶/۰۰ ± ۲/۱۴	۴/۱۸ ± ۰/۶۶
	آموزش والدین	۱۵ نفر	۵/۸۹ ± ۲/۱۶	۴/۴۴ ± ۱/۴۳
	کنترل	۱۵ نفر	۵/۱۹ ± ۱/۷۷	۵/۲۶ ± ۱/۴۸
کمبود توجه	بازی درمانی	۱۵ نفر	۵/۷۰ ± ۱/۳۳	۳/۴۰ ± ۱/۱۹
	آموزش والدین	۱۵ نفر	۵/۶۳ ± ۱/۷۸	۳/۶۰ ± ۱/۲۳
	کنترل	۱۵ نفر	۵/۸۴ ± ۱/۶۶	۵/۸۰ ± ۱/۱۸
مشکلات رفتاری کلی	بازی درمانی	۱۵ نفر	۲۴/۳۴ ± ۷/۷۲	۱۷/۱۴ ± ۵/۰۹
	آموزش والدین	۱۵ نفر	۲۴/۴۵ ± ۸/۴۲	۱۸/۲۹ ± ۶/۴۳
	کنترل	۱۵ نفر	۲۳/۷۲ ± ۷/۱۶	۲۳/۸۰ ± ۶/۷۰

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

نشـــان داد که طبق آزمون کلموگراف-اســـمیرنف پیش فرض نرمال بودن متغیرهای مشکلات رفتاری و ابعاد آن در مراحـل پیش آزمون و پس آزمون، طبق آزمون ام بـاکس پیش فرض برابری مـاتریس‌هـای واریـانس-کوواریـانس و طبق آزمون لوین پیش فرض برابری واریانس‌ها تأیید شدند (جدول ۴). نتایج آزمون لامبدای وبلکز از مجموعه آزمون‌های چندمتغیری نیز نشـان داد که حداقل گروه‌ها از نظر یکی از متغیرهای مشـــکلات رفتاری یعنی افســـردگی تفاوت معناداری داشـــتند (F=۳/۸۰ و P<۰/۰۵).

طبق نتایج جدول شـــماره ۵ بین گروه ها از نظر مشـــکلات رفتاری و هر یک از پنج عامل مرتبط با آن تفاوت معناداری وجود داشـــت و با توجه به مجذور اتا، ۰/۶۰ درصد تغییرات مرتبط با مشکلات رفتاری ناشی از اثر روش‌های مداخلاتی بوده است (P<۰/۰۵).

طبق نتایج جدول شماره ۶ هر دو روش مداخله یعنی برنامه آموزش والدین و بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری در مقایسه با گروه کنترل باعث کاهش معنادار مشـــکلات رفتاری در کودکان مبتلا به اختلال کا ستی توجه/بیش فعالی شده اند. همچنین، نتایج این جدول نشان می دهد که بازی درمانی به روش شناختی-رفتاری نســـبت به برنامه آموزش والدین بر کاهش مشکلات رفتاری افراد نمونه اثربخشی بیشتری داشته است.

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شـــناختی-رفتاری و آموزش مدیریت والدین بر مشـــکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال کاســـتی توجه/بیش‌فعالی انجام شـــد. نخســـتین یافته

جدول ٤- نتایج آزمون کلموگراف-اسمیرنف و لوین جهت رعایت پیش فرض آماری

متغیر	آزمون لوین				آزمون کلموگراف-اسمیرنف			
	ضریب F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	P	ضریب F	df	P
پرخاشگری و بیش‌فعالی	۰/۵۲۶	۱	۴۳	۰/۲۱۵	۰/۲۲۵	۱۵	۰/۳۱۲
اضطراب و افسردگی	۱/۳۹۸	۱	۴۳	۰/۴۸۷	۰/۷۰۳	۱۵	۰/۱۷۸
ناسازگاری اجتماعی	۰/۷۲۳	۱	۴۳	۰/۱۹۹	۰/۴۱۶	۱۵	۰/۱۵۳
رفتارهای ضداجتماعی	۱/۵۴۰	۱	۴۳	۰/۳۰۶	۰/۲۵۷	۱۵	۰/۴۰۵
کمبود توجه	۰/۲۹۸	۱	۴۳	۰/۲۳۱	۱/۱۷۶	۱۵	۰/۱۶۶
مشکلات رفتاری	۱/۶۵۷	۱	۴۳	۰/۴۹۵	۱/۴۴۳	۱۵	۰/۵۸۴

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین اثربخشی مداخلات بر مشکلات رفتاری

متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	η	توان آماری
پرخاشگری و بیش‌فعالی	۴۰/۵۶	۱	۴۰/۵۶	۱۰/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۵۸۴	۰/۸۹۵
اضطراب و افسردگی	۲۸/۸۷	۱	۲۸/۸۷	۹/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۶۹۶	۰/۹۹۴
ناسازگاری اجتماعی	۳۶/۱۹	۱	۳۶/۱۹	۱۲/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰۲	۰/۸۹۵
رفتارهای ضداجتماعی	۵۱/۴۴	۱	۵۱/۴۴	۸/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳۲	۱/۰۰۰
کمبود توجه	۳۹/۱۶	۱	۳۹/۱۶	۱۴/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۸۰	۱/۰۰۰
مشکلات رفتاری	۳۵۷/۲۵	۱	۳۵۷/۲۵	۲۹/۷۶۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰۱	۰/۸۹۵

جدول ٦- نتایج آزمون بن فرونی برای مقایسه تأثیر دو روش مداخله

متغیر	گروه مبنا با گروه مقایسه	اختلاف میانگین	P
مشکلات رفتاری	تفاوت بازی درمانی با برنامه آموزش والدین	۰/۹۳۴	۰/۷۶۳
	تفاوت بازی درمانی با کنترل	-۲/۵۹۴	۰/۰۱۳
	تفاوت برنامه آموزش والدین با کنترل	-۱/۸۸۶	۰/۰۲۸

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

مطالعه حاضر نشان داد که بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون منجر به کاهش مشکلات رفتاری شده است. این یافته از مطالعه حاضر به‌طور کلی با نتیجه مطالعه وارن (Warren) و همکاران (۲۰۲۰) که نشان دادند بازی درمانی گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری منجر به کاهش مشکلات رفتاری کودکان کم توان ذهنی شده است، هم‌سو بود (۱۵). در تبیین این یافته که می‌توان گفت که بازی درمانی سبب می‌شود کودکان آگاهی بیشتری نسبت به رفتارها و مشکلات خود پیدا کنند و راه‌های مناسب‌تری برای رفع مشکلات بیابند. با توجه به این‌که کودکان با اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی در کنترل و پیش‌بینی رفتارها و واکنش‌های هیجانی خود از قبیل اضطراب و افسردگی با مشکل مواجه هستند، برای نظم‌بخشی و مدیریت رفتارهای خویش به برنامه هدفمندی نیاز دارند که هم بر شناخت و تفکر توجه داشته باشد و هم به رفتار جهت دهد. از آن‌جایی که برنامه بازی درمانی اجرا شده این ویژگی‌ها را داشت، پس دور از انتظار نیست که مشکلات رفتاری آزمودنی‌ها کاهش یابد (۶). از همچنین، می‌توان بیان کرد که در بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی-رفتاری از طریق توجه به کنترل خود و دیگران، تسلط و پذیرش مسئولیت در قبال تغییر رفتار و اکتساب مهارت‌های اجتماعی آموزش داده می‌شود. علاوه بر این، در این نوع بازی درمانی از روش‌هایی مانند خودنظارتی و فنون مدیریت وابستگی از جمله تقویت مثبت، شکل‌دهی، خاموش‌سازی و سرمش‌دهی استفاده می‌شود. بنابراین غیرطبیعی نیست وقتی چنین برنامه نظام‌دار، ساختاریافته و هدفمندی اجرا شود، مشکلات رفتاری از جمله پرخاشگری، بیش‌فعالی، مشکلات خلقی و اضطرابی کودکان شرکت‌کننده در برنامه کاهش یابد. در تبیین تأثیر این رویکرد مداخلاتی بر مسائل اجتماعی کودکان بیش‌فعال می‌توان افزود که این کودکان در برخی از جنبه‌های رشد و تحول به ویژه در زمینه مهارت‌ها و رفتارهای اجتماعی دچار مشکل هستند و نسبت به کودکان عادی چالش‌های بیشتری را تجربه می‌کنند. این در حالی است که در بازی درمانی فرصت تجربه هیجانات مختلف برای کودکان فراهم می‌شود و صریح‌تر این‌که بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری نوعی تزریق واکسن روانی و اجتماعی برای کودک است که ناسازگاری اجتماعی او را تقلیل دهد و به کاهش رفتارهای ناسازگارانه اجتماعی او کمک کند (۱۶).

یافته دیگر مطالعه حاضر همسو با نتایج برخی از مطالعات پیشین مانند اسچینن (Scheenen) و همکاران (۲۰۱۷) (۱۷)، کان (Kahn) و همکاران (۲۰۱۷) (۸) و کرشاو (Kershaw) و همکاران (۲۰۱۷) (۵) می‌باشد که نشان دادند که برنامه آموزش به والدین در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون منجر به کاهش مشکلات رفتاری شده است. یافته گومز (Gómez) و همکاران (۲۰۲۱) نیز که در مطالعه خود نشان دادند آموزش مدیریت رفتار در والدین می‌تواند منجر به افزایش ابرازگری هیجانی و کاهش مشکلات پرخاشگری و ناسازگاری در کودکان گردد، با یافته حاضر همخوان بود (۷). در تبیین یافته حاضر می‌توان همسو با نتایج مطالعات مذکور بیان داشت که در واقع یکی از مداخلات مؤثر در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی، آموزش والدین می‌باشد که این روش آموزشی موجب ارتقاء شیوه‌های صحیح والدین در آموزش غیرمستقیم مهارت‌های اجتماعی، رفتاری و کاهش مشکلات رفتاری می‌شود. در این راستا، از روش‌هایی که می‌تواند با اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی مقابله کند، روش آموزش مدیریت والدین می‌باشد که با استفاده از روش‌های رفتاری-یادگیری اجتماعی، رفتارهای مشکل‌ساز درونی یا برونی‌سازی شده این کودکان بهبود می‌یابد (۱۰).

بررسی پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که آموزش مدیریت والدین در بهبود اختلالات رفتاری بیرونی مؤثر است (۱۷). به‌عبارت دیگر، والدین با یادگیری مهارت‌های والدینی گامی در بهبود رفتارهای منفی کودکان‌شان برمی‌دارند. این مطالعات نشان داده‌اند که والدین در بسیاری از مواقع از روش‌های سخت‌گیرانه و مستبدانه برای یادگیری رفتارهای مطلوب استفاده می‌کنند که نتیجه‌ای در بهبود رفتارهای منفی ندارند اما استفاده از روش‌های مدیریت والدین از قبیل تشویق

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

کردن پس از انجام دادن رفتارهای خوب و مطلوب و بی‌اعتنایی در هنگام انجام کار نامطلوب، والدین شاهد کاهش رفتارهای لجبازی کودکان خواهند بود (۱۶). لذا آموزش مدیریت والدین به عنوان روشی برای درمان مشکلات رفتاری اعم از افسردگی، اضطراب، خشم و ... به والدین کمک می‌کند تا رفتار فرزندان‌شان را تغییر بدهند. والدین از طریق مربی روش‌های ویژه‌ای را برای تعامل با کودک‌شان یاد می‌گیرند تا رفتارهای نامطلوب و انحرافی کودک‌شان را کاهش دهند. در واقع این روش موجب می شود که والدین شیوه‌های صحیح تربیتی را آموزش ببینند و با افزایش اطلاعات والدین در این زمینه، رفتارهای منفی کودکان کاهش می‌یابد. لذا این روش موجب می‌شود که کودک بداند رعایت نکردن قوانینی که از سوی والدین وضع می‌شود، چه پیامدهایی دارد. به این ترتیب از خواسته‌های پدر و مادر پیروی می‌کند. روش آموزش والدین موجب می شود که والدین علاوه بر شناختن ریشه های بدرفتاری کودک از شیوه‌های صحیح تربیتی مثل تقویت کردن، بی‌اعتنایی کردن، محروم کردن و حذف، اطلاع کسب کنند و به دور از پرخاشگری یا ناسازگاری اجتماعی یا تنبیه جسمانی از این شیوه‌های صحیح تربیتی بتوانند رفتارهای منفی و مخرب کودک را مهار و تعدیل نمایند (۱۵).

یافته دیگر مطالعه نشان داد که با وجود اثربخشی دو شیوه مداخلاتی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی اما بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری آزمودنی‌ها اثربخشی بیشتری داشته است. این یافته با نتایج مطالعات قبلی مانند گومز (Gómez) و همکاران (۲۰۲۱) (۵) همسو بود. در تبیین اثربخشی بیشتر بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری می‌توان گفت، بازی فعالیت مرکزی منحصر به فرد دوران کودکی است و فعالیتی خودبه‌خودی، لذت‌بخش، داوطلبانه و بدون هدف به شمار می‌آید. بازی می‌تواند ارتباطی میان افکار درونی کودکان و دنیای بیرون آن‌ها ایجاد کرده و به آن‌ها کمک کند تا بر اشیاء کنترل داشته باشند. این امر به کودکان اجازه می‌دهد تا تجارب، افکار، احساسات و تمایلاتی را فاش کنند که برای آن‌ها تهدید تلقی می شود. بنابراین، برخلاف بزرگسالان که به‌طور طبیعی با استفاده از کلمات با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند، کودکان احساسات خود را بیشتر به کمک جهان واقعی بازی و فعالیت‌ها ابراز می‌کنند (۳). در بازی درمانی پس از آن بازی به عنوان وسیله‌ای برای ارتباط کودک و درمانگر درنظر گرفته می‌شود و فرض براین است که کودکان به کمک ابزار بازی به شکلی مستقیم یا نمادین، احساسات، افکار و تجاربی را که قادر به بیان معنادار آن‌ها از طریق کلمات نیستند، برون‌ریزی می‌کنند. بازی به کودکان اجازه می‌دهد پلی میان تجارب و درک و فهم خود برقرار کنند. در نتیجه محیط مواد لازم را برای بینش کودک و یادگیری، حل مسأله، مقابله و تسلط او فراهم می‌کند (۱۷).

نتیجه‌گیری

به طور کلی می‌توان بیان نمود که بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری که بر افکار، احساسات، تخیلات و محیط کودک تمرکز دارد، چارچوبی برای مشارکت کودک در درمان با تأکید بر موضوعاتی از قبیل کنترل، تسلط و احساس مسئولیت برای تغییرات رفتاری فراهم می‌کند. با گنجاندن عناصر شناختی کودکان ممکن است به مشارکت کننده‌ای فعال در تغییرات تبدیل شود و همین امر منجر به کاهش و کنترل هرچه بیشتر مشکلات رفتاری می‌شود.

محدودیت‌ها

این مطالعه نیز با محدودیت‌هایی روبه رو بود. از جمله محدودیت های این مطالعه می‌توان به ابزار گردآوری اطلاعات، شیوه نمونه گیری غیرتصادفی، عدم امکان انجام دوره پیگیری و محدود بودن جامعه آماری به یک گروه از کودکان پسر اشاره نمود. پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی این مطالعه در کودکان دختر مبتلا به بیش فعالی و در دیگر شهرها با فرهنگ‌های خانوادگی متفاوت اجرا شود. همچنین، انجام مطالعه در مرحله پیگیری نیز می‌تواند به نتایج مطمئن‌تری در خصوص

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

پایداری میزان اثربخشی روش‌های مداخلاتی منجر شود.

References

1. Kucherer S, Ferguson RJ. Cognitive behavioral therapy for cancer-related cognitive dysfunction. Curr Opin Support Palliat Care. 2017;11(1):46-51.
2. Rajeswari SR, Chandrasekhar R, Vinay C, Uloopi KS, RojaRamya KS, Ramesh MV. Effectiveness of Cognitive Behavioral Play Therapy and Audiovisual Distraction for Management of Preoperative Anxiety in Children. Int J Clin Pediatr Dent. 2019;12(5):419-422.
3. Treadwell T, Dartnell D. Cognitive Behavioral Psychodrama Group Therapy. Int J Group Psychother. 2017;67(sup1):S182-S193.
4. Wilhelm S, Weingarden H, Ladis I, Braddick V, Shin J, Jacobson NC. Cognitive-Behavioral Therapy in the Digital Age: Presidential Address. Behav Ther. 2020;51(1):1-14.
5. Kershaw H, Farrell LJ, Donovan C, Ollendick T. Cognitive Behavioral Therapy in a One-Session Treatment for a Preschooler With Specific Phobias. J Cogn Psychother. 2017;31(1):7-22.
6. Granero R, Fernández-Aranda F, Mestre-Bach G, Steward T, Baño M, Agüera Z, et al. Cognitive behavioral therapy for compulsive buying behavior: Predictors of treatment outcome. Eur Psychiatry. 2017 Jan;39:57-65.
7. Gómez Penedo JM, Schwartz B, Deisenhofer AK, Rubel J, Babl AM, Lutz W. Interpersonal clarification effects in Cognitive-Behavioral Therapy for depression and how they are moderated by the therapeutic alliance. J Affect Disord. 2021;279:662-670.
8. Kahn M, Ronen A, Apter A, Sadeh A. Cognitive-behavioral versus non-directive therapy for preschoolers with severe nighttime fears and sleep-related problems. Sleep Med. 2017;32:40-47.
9. Brooks AT, Tuason RT, Chakravorty S, Raju S, Ritterband LM, Thorndike FP, et al. Online cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) for the treatment of insomnia among individuals with alcohol use disorder: study protocol for a randomized controlled trial. Pilot Feasibility Stud. 2018;4:183.
10. Stawarz K, Preist C, Tallon D, Wiles N, Coyle D. User Experience of Cognitive Behavioral Therapy Apps for Depression: An Analysis of App Functionality and User Reviews. J Med Internet Res. 2018;20(6):e10120.
11. Don FJ, Driessen E, Molenaar PJ, Spijker J, Dekker JJM. Early interventions in cognitive behavioral therapy for depression: A study contrasting a low-adherent and a highly adherent case. Psychotherapy (Chic). 2019;56(1):48-54.
8. Rossman J. Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia: An Effective and Underutilized Treatment for Insomnia. Am J Lifestyle Med. 2019;13(6):544-547.
12. Wolters LH, Prins PJM, Garst GJA, Hogendoorn SM, Boer F, Vervoort L, et al. Mediating Mechanisms in Cognitive Behavioral Therapy for Childhood OCD: The Role of Dysfunctional Beliefs. Child Psychiatry Hum Dev. 2019;50(2):173-185.
13. Stawarz K, Preist C, Tallon D, Wiles N, Kessler D, Turner K, et al. Design Considerations for the Integrated Delivery of Cognitive Behavioral Therapy for Depression: User-Centered Design Study. JMIR Ment Health. 2020;7(9):e15972.
14. Edmunds JM, Brodman DM, Ringle VA, Read KL, Kendall PC, Beidas RS. Examining adherence to components of cognitive-behavioral therapy for youth anxiety after training and consultation. Prof Psychol Res Pr. 2017;48(1):54-61.
15. Warren BJ. The Synergistic Influence of Life Experiences and Cultural Nuances on Development of Depression: A Cognitive Behavioral Perspective. Issues Ment Health Nurs. 2020;41(1):3-6.
16. Cartwright JE, Mount KB. Adjunctive Parental Support Within Manualized Parent Training for Children with Autism Spectrum Disorder. Child Psychiatry Hum Dev. 2022;53(6):1293-1308.
17. Scheenen ME, Visser-Keizer AC, van der Naalt J, Spikman JM. Description of an early cognitive behavioral intervention (UPFRONT-intervention) following mild traumatic brain injury to prevent persistent complaints and facilitate return to work. Clin Rehabil. 2017;31(8):1019-1029.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]