

Cognitive-Behavioral Game Teaching on Impulsivity in Children with Attention-deficit hyperactivity disorder

Zarandi A¹, *Ghodrati S², Vatankhah HR²

Author Address

1. Master of Science in Consulting and Guidance, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;

2. Assistant professor, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;

*Corresponding Author Email: sima.ghodrati17@yahoo.com

Received: 2017 Sep 22; Accepted: 2018 Sep 3

Abstract

Background & Objective: Hyperactivity disorder is a nervous–developmental disorder that is characterized by continuous behavioral patterns such as attention–deficit or hyperactivity–impulsivity. One of the most prominent symptoms of this disorder is the problem of attention span, impulsivity, and excessive mobility that affects the functions of a person's life negatively. The absence of treatment raises the risk of academic failure, drug consumption abuse, and psychiatric disorders. One of the ways to help these children is the game. Cognitive–behavioral therapies include strategies that have been designed for changing the thinking, attitude, perception, and behavior of problematic individuals. In this approach, which cognitive–behavioral methods are used together, it is emphasized on the identification of false, negative, and irrational beliefs affecting the emotions and behaviors of patients and the correction of these underlying beliefs. Impulsivity is to act without sufficient thought and not to restrain the quick actions of mind and movement that occur in the absence of a conscious judgment. The primary goal of cognitive–behavioral therapy games is to identify and modify conflicting thoughts related to the child's emotional behaviors and problems. One way of helping these children are playing; through the use of play and the use of toys, children can convey thoughts, feelings, and concerns that they cannot express otherwise. This study aimed to determine the effectiveness of cognitive–behavioral game teaching on the impulsivity of children with attention–deficit.

Methods: The research method was a semi–experimental design with pretest–posttest design with randomized control group. The research population consisted of all 7 to 10 year–old school–age children with primary that had attention deficit and hyperactivity disorders in 3 district of Karaj. A total of 24 people were selected by multi–stage cluster sampling and randomly divided into two groups of experimental (12 people) and control (12 people). The experimental group received a cognitive–behavioral therapy game for 8 sessions of 30 minutes. Both groups responded to the Conners parent questionnaire in two stages of pre–test and post–test. Data were analyzed by covariance analysis using SPSS–20 software. All has been significant at level ($p<0.001$).

Results: The research results showed that there was a significant difference between the mean of behavioral problems, learning difficulties, psychological problems, impulsivity and anxiety–passivity in the experimental and control groups in the post–test stage.

Conclusion: According to the findings of the research, it can be concluded that behavioral–cognitive game teaching has been improved impulsivity and lack of attention of children with attention deficits/ hyperactivity.

Keywords: Cognitive play therapy, attention deficits/ hyperactivity disorder.

اثربخشی آموزش بازی مبتنی بر روش شناختی رفتاری بر تکانشگری کودکان مبتلا به ADHD

امینه زرنندی^۱، *سیما قدرتی^۲، حمیدرضا وطن خواه^۲

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی، گروه روان شناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۲. استادیار گروه روان شناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

*وابانامه نویسنده مسئول: sima.ghodrati17@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۳۱ شهریورماه ۱۳۹۷؛ تاریخ پذیرش: ۱۲ شهریورماه ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: بیش فعالی، یک اختلال عصبی رشدی است که با الگوهای رفتاری مداومی چون بی توجهی یا بیش فعالی تکانشگری شناسایی می شود. هدف پژوهش تعیین اثربخشی آموزش بازی مبتنی بر روش شناختی رفتاری بر تکانشگری کودکان مبتلا به نقص تمرکز/بیش فعالی بود.

روش بررسی: روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه گواه و گمارش تصادفی بود. جامعه پژوهش شامل تمام دانش آموزان پسر ۷ تا ۱۰ ساله مقطع ابتدایی دارای اختلال نقص تمرکز و بیش فعالی منطقه سه کرج بودند. از این میان، ۲۴ نفر به روش خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گواه (۱۲ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۳۰ دقیقه ای، بازی مبتنی بر روش شناختی رفتاری را دریافت کرد. هر دو گروه در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون به پرسش نامه والدین کانونز پاسخ دادند. داده های جمع آوری شده به وسیله تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ در سطح خطای (۰/۰۱) تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: یافته های پژوهش نشان داد بین میانگین مشکلات سلوک، مشکلات یادگیری، مشکلات روان تنی، تکانشگری و اضطراب انفعال گروه آزمایش و گواه در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت که آموزش بازی مبتنی بر روش شناختی رفتاری، تکانشگری و عدم توجه کودکان مبتلا به نقص تمرکز/بیش فعالی را بهبود بخشید.

کلیدواژه ها: بازی درمانی شناختی، اختلال نقص تمرکز، بیش فعالی، تکانشگری.

اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی^۱ از جمله بحث‌انگیزترین اختلالات دوران کودکی و نوجوانی است که مطالعات متعددی را به خود اختصاص داده است. این اختلال که رایج‌ترین اختلال سلامت روانی دوران کودکی تشخیص داده شده است، بیش از هر اختلال دیگری، کودکان را به مراکز بهداشت روانی می‌کشاند (۱). اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی شایع‌ترین اختلال رفتاری دوران کودکی است. شیوع این اختلال بین ۳ تا ۵ درصد در میان کودکان است (۲). در پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، سه نوع فرعی برای این اختلال مطرح شده است: نوع عمدتاً بی‌توجه، نوع عمدتاً بیش‌فعال-تکانشگر و نوع مرکب. کودکان مبتلا به این اختلال علاوه بر سه نشانه اساسی نقص توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری^۲، اغلب به‌عنوان کودکان تحریک‌پذیر، مداخله‌جو، پر جنب‌وجوش، نامرتب، پر خاشاک، پرتنش و هیجانی مشخص می‌شوند و انواع مشکلات ثانویه دیگر را هم دارند (۳). بدین ترتیب تکانشگری از نشانه‌های بسیار مهم این اختلال است. تکانشگری سازه‌ای چندبعدی است و بهترین تعریف آن عبارت است از: زمینه‌ای برای واکنش‌های سریع و بدون برنامه به محرک‌های درونی یا بیرونی، بدون توجه به پیامدهای منفی این واکنش‌ها برای فرد تکانشگر یا دیگران (۴). تکانشگری مبادرت آنی به عمل، تمرکز نداشتن بر فعالیت در دست اقدام و نداشتن برنامه‌ریزی و تفکر و بخشی از یک الگوی رفتاری و نه یک اقدام منفرد تعریف شده است (۵). از طرفی، نینگ و همکاران بیان کرده‌اند کنترل و آموزش کودکانی که بیش‌فعال تکانشی بوده یا حواس‌پرتی زیادی دارند، در مقایسه با هم‌سالانی که کم‌تحرک‌اند، مشکل‌تر است. در نتیجه آن‌ها با مشکلات رفتاری بیشتری مواجه‌اند و معمولاً این افراد در برابر ابتلا به دیگر اختلالات روانی آسیب‌پذیرند (۶). یکی از راه‌های کمک به این کودکان بازی است و یکی از کارکردهای بازی در رشد کودکان، نقش درمانی آن است. بازی درمانی یک زبان ارتباطی برای کودک است و به‌عنوان یک ارتباط بین فردی پویا بین کودک و درمانگر آموزش‌دیده در فرایند بازی درمانی توصیف می‌شود که رشد ارتباط امن را برای کودک تسهیل می‌کند تا کودک به‌طور کامل خود را بیان کند. کودک از طریق بازی درمانی می‌تواند مهارت‌های خودکنترلی را بهتر فراگیرد (۷). از جمله روش‌های مؤثر بازی درمانی، بازی درمانی شناختی رفتاری است. پیش‌فرض مورد استفاده آن است که واکنش کودک به یک رویداد، متأثر از معانی و مضامینی است که به رویداد نسبت می‌دهد. به بیان دیگر، پاسخ‌های عاطفی و رفتاری فرد به رویدادهای زندگی روزمره تابعی هستند از اینکه چگونه این رویدادها ادراک و یادآوری می‌شوند (۸). پژوهشگران پیشین تأثیر بازی درمانی را بر طیف گسترده‌ای از اختلالات روان‌شناختی تأیید کرده‌اند (۹-۱۶). در این راستا برخی از پژوهشگران نشان داده‌اند بازی درمانی شناختی رفتاری بر اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی تأثیر دارد (۲۰-۱۷)؛ با این حال کمتر پژوهشی در ایران تأثیر بازی درمانی شناختی رفتاری را

بر تکانشگری اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بررسی کرده است. حال با توجه به تمامی مطالب گفته‌شده درباره مشکلات گسترده تحصیلی، شغلی، اجتماعی و خانوادگی برای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (۲۱) و اهمیتی که بازی درمانی در بیان افکار و احساسات کودکان دارد، این تحقیق بر آن شد تا به تعیین اثربخشی آموزش بازی مبتنی بر روش شناختی رفتاری بر تکانشگری کودکان مبتلا به نقص تمرکز/بیش‌فعالی بپردازد.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه و گمارش تصادفی بود. جامعه آماری این پژوهش تمام دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی با گروه سنی ۷ تا ۱۰ ساله دارای اختلال نقص تمرکز و بیش‌فعالی بودند که در مدارس منطقه سه کرج در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۶ تحصیل می‌کردند. اعضای نمونه در این تحقیق، از طریق روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. بدین صورت که در ابتدا از بین تمام دانش‌آموزان پسر منطقه سه کرج که ۱۱۰۰ نفر بودند، با استناد به فرمول کوکران، ۲۸۳ نفر به‌صورت تصادفی به‌عنوان نمونه اولیه انتخاب شدند و پرسش‌نامه مقیاس کانرز (والدین) بین دانش‌آموزان اجرا شد که از این میان، ۲۴ نفر نمراتشان در تکانشگری، دو انحراف معیار بالاتر از میانگین کل بود که به‌صورت تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش (هر گروه ۱۲ نفر) قرار گرفتند.

گروه آزمایش، فنون بازی درمانی شناختی رفتاری را به مدت ۸ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای، هر هفته یک جلسه دریافت کرد؛ اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. قبل از اجرای جلسات بازی درمانی و نیز پس از اجرای جلسات آن، از اعضای گروه‌های آزمایش و گواه، پیش‌آزمون و پس‌آزمون، با مقیاس کانرز (والدین) ارزیابی صورت گرفت. گفتنی است پس از انتخاب نمونه، از شرکت‌کننده‌ها درخواست شد در مرکز مشاوره رازی کرج به‌منظور اجرای روند درمان حضور یابند. شیوه اجرا به این صورت بود که ابتدا همه کودکان به‌صورت انفرادی به اتاق بازی آمدند و با محیط درمان و پژوهشگر آشنا شدند تا از اضطراب آنان کاسته شود. گفتنی است در این پژوهش آموزش بازی درمانی شناختی رفتاری به‌صورت گروهی انجام شده است. در ادامه، در جدول ۱ خلاصه‌ای از بازی درمانی شناختی رفتاری ارائه شده است. در این پژوهش از یک پرسش‌نامه برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده است.

- پرسش‌نامه والدین کانرز (CPRS)^۲: این مقیاس را کانرز تهیه کرده است (۲۲). پرسش‌نامه کانرز بر اساس علائم تشخیصی نظام تشخیص طبقه‌بندی انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۳ و ۴۸ سؤال دارد. این فرم درجه‌بندی توسط والدین کودک پر می‌شود. محدوده سنی در این پرسش‌نامه ۳ تا ۱۷ سال است. مقیاس کانرز به تغییرات درمانی حساس است. پاسخ هر سؤالی چهار گزینه دارد: اصلاً (۰)، فقط کمی (۱)، زیاد (۲)، خیلی زیاد (۳). خرده‌مقیاس‌های فرم کوتاه ویژه

۲. impulsivity

۳. Conners parent rating scale

۱. Hyperactivity-deficit attention disorder

والدین بر اساس تحلیل عوامل به این شرح است. (۲۴) گویه تحت ۴. بیش فعالی تکانشگری با چهار گویه؛ ۵. اضطراب انفعال با عوامل زیر دسته بندی شده است؛ ۱. مشکلات سلوک با هشت گویه؛ چهار گویه. ۲. مشکلات یادگیری با چهار گویه؛ ۳. مشکلات روان تنی با چهار

جدول ۱. فهرست فعالیت های جلسات بازی

جلسات	اهداف هر جلسه	بازی های مورد استفاده
اول	ایجاد رابطه درمانی، تقویت دقت دیداری	بازی های مداد کاغذی و مازها
دوم	تقویت ارتباطات فضایی	بازی بینشی مازها
سوم	افزایش توجه و تمرکز، کاهش تکانشگری	بازی نوشتن پنهانی
چهارم	کنترل رفتار و افزایش تمرکز	بازی هواپیما
پنجم	افزایش تمرکز	خواندن کتاب با صدای بلند
ششم	کنترل بدن، رفتار و بهبود تمرکز	بازی شمع و بازی کتاب
هفتم	تقویت شنیداری	بالا و پایین رفتن از پله با لیوان پر از آب، شمارش معکوس اعداد، بازی سایه ها
هشتم	تقویت دقت و حافظه و تمرکز، کاهش تکانشگری	بازی کلمات متوالی بازی شنیداری، خوب گوش کن، بازی بادکنک
		بازی توپ تخم مرغی بازی نوبتی

انحراف معیار، به توصیف وضعیت عمومی توزیع داده های پژوهش پرداخته می شود. از آزمون t دو جامعه مستقل، برای مقایسه سن دو گروه گواه و آزمایش استفاده شد. در نهایت برای بررسی اثر آموزش بازی، از روش تحلیل کوواریانس استفاده گردید و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ در سطح خطای (۰/۰۱) تجزیه و تحلیل شد.

۳ یافته ها

در جدول ۲، آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات سن آزمودنی ها به تفکیک برای گروه گواه و گروه آزمایش نشان داده شده است. همان طور که ملاحظه می شود، میانگین سن افراد گروه گواه برابر با ۸/۲ با انحراف معیار ۲/۹۹ و میانگین سن گروه آزمایش برابر با ۸/۵ با انحراف معیار ۳/۵۶ است. با توجه به بزرگ تر بودن مقدار احتمال از مقدار ۰/۰۵، می توان نتیجه گرفت اختلاف آماری معناداری در سن دو گروه وجود نداشت.

جدول ۲. مقایسه میانگین سن شرکت کنندگان دو گروه گواه و آزمایش

گروه	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار	مقدار احتمال
گواه	۷/۲	۹/۸	۸/۲	۲/۸۸	۰/۳۶۹
آزمایش	۷/۵	۱۰	۸/۵	۳/۵۶	

نبود. به عبارت دیگر، تساوی واریانس ها برقرار است و اثر متقابل بین متغیر تصادفی کمکی (پیش آزمون) و متغیر گروه (یعنی عامل) در پیش بینی متغیر وابسته معنادار نبود؛ بنابراین تحلیل کوواریانس انجام شد.

روایی و پایایی مقیاس در مطالعات متنوع در کشورهای مختلفی گزارش شده است (۲۲). گویت، کانرز و اولریچ (۲۳) هم بستگی درونی را بین ۰/۴۱ تا ۰/۵۷ گزارش کرده اند. پایایی بازآزمایی را معادل ۰/۸۳ و همسانی درونی بین زیرمقیاس های مختلف را از ۰/۵۲ تا ۰/۸۰ گزارش کرده اند (۲۴). در ایران، شهبان برای بررسی روایی، تحلیل عوامل با مؤلفه های اصلی و چرخش واریماکس به منظور پی بردن به ساختارهای زیربنایی آزمون انجام داد که چهار عامل مشکلات سلوک، مشکلات اجتماعی، اضطراب خجالتی و روان تنی به دست آمد. به منظور محاسبه پایایی، از روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ و پایایی بین نمره گذاران استفاده شد. ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۵۸ برای نمره کل و از ۰/۴۱ برای زیرمقیاس مشکلات اجتماعی تا ۰/۷۶ برای زیرمقیاس مشکلات سلوک متغیر بود. ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل، معادل ۰/۷۳ و از ۰/۵۷ برای زیرمقیاس مشکلات اجتماعی تا ۰/۸۶ برای زیرمقیاس اضطراب خجالتی متغیر بود (۲۲). در ابتدا با استفاده از روش های آمار توصیفی، نظیر میانگین و

در جدول ۳ یافته های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) هریک از متغیرها گزارش شده است.

همان طور که در جدول ۴ ملاحظه می شود، بررسی پیش فرض های تحلیل کوواریانس، یعنی آزمون همگنی واریانس (لون) و همگنی شیب ها در تمامی خرده مقیاس ها در سطح خطای ۱ درصد معنادار

جدول ۳. نتایج میانگین و انحراف معیار متغیرهای مطالعه

شاخص‌های آماری گروه‌ها	مراحل	میانگین	انحراف معیار
مشکلات سلوک	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۶/۰۸
		پس‌آزمون	۱۲/۹۱
	گواه	پیش‌آزمون	۱۶/۹۱
		پس‌آزمون	۱۶/۵۰
مشکلات یادگیری	آزمایش	پیش‌آزمون	۵/۲۵
		پس‌آزمون	۳/۱۶
	گواه	پیش‌آزمون	۵/۳۳
		پس‌آزمون	۵/۴۱
مشکلات روان‌تنی	آزمایش	پیش‌آزمون	۵/۵۰
		پس‌آزمون	۳/۵۰
	گواه	پیش‌آزمون	۵/۰۰
		پس‌آزمون	۵/۱۶
بیش‌فعالی تکانشگری	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۰/۴۱
		پس‌آزمون	۶/۳۳
	گواه	پیش‌آزمون	۱۰/۳۳
		پس‌آزمون	۹/۸۳
اضطراب‌انفعال	آزمایش	پیش‌آزمون	۸/۶۶
		پس‌آزمون	۵/۹۱
	گواه	پیش‌آزمون	۸/۳۳
		پس‌آزمون	۸/۴۱

جدول ۴. نتایج آزمون همگنی واریانس و همگنی شیب‌ها

شاخص‌های آماری گروه‌ها		همگنی واریانس		همگنی شیب‌ها	
آماره آزمون	مقدار p	آماره آزمون	مقدار p	آماره آزمون	مقدار p
پیش‌آزمون	۰/۲۳۸	۰/۶۲۸	۱/۶۰	۰/۲۱۶	
پس‌آزمون	۲/۶۵	۰/۱۲۶			
پیش‌آزمون	۲/۴۴	۰/۱۳۲	۰/۱۱۵	۰/۷۳۸	
پس‌آزمون	۲/۰۲	۰/۳۱۷			
پیش‌آزمون	۰/۲۱۹	۰/۶۴۴	۲/۹۳	۰/۱۰۲	
پس‌آزمون	۲/۴۶	۰/۲۱۴			
پیش‌آزمون	۲/۱۷	۰/۱۵۴	۰/۴۰۸	۰/۵۳۰	
پس‌آزمون	۲/۱۲	۰/۱۱۹			
پیش‌آزمون	۲/۶۶	۰/۱۱۷	۰/۷۴۷	۰/۳۹۸	
پس‌آزمون	۰/۱۳۰	۰/۸۳۴			

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس

شاخص های آماری گروه ها	آماره آزمون	مقدار p	اندازه اثر
مشکلات سلوک	۲۴/۸۳	<۰/۰۰۱	۰/۵۴۲
مشکلات یادگیری	۹/۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۳۰۹
مشکلات روان تنی	۱۶/۸۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۴۵
بیش فعالی تکانشگری	۱۹/۵۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۷۵
اضطراب انفعال	۱۸/۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۴۷۱

همین طور در جریان بازی درمانی شناختی رفتاری، مؤلفه های حافظه، از جمله حافظه کلامی و حافظه بینایی فضایی، با استفاده از اشکال، حروف و اعداد، برای کودکان اجرا و تقویت می شود (۱۲)؛ بنابراین می توان اظهار داشت این نوع بازی ها که در راستای تقویت حافظه و موجب تقویت حافظه بینایی شده است، در نهایت موجب بهبود عملکردهای شناختی می شود. گفتنی است توانایی های شناختی همچون داشتن حافظه بهتر می تواند روند یادگیری را تسهیل کند و به بهبود فرایند یاددهی یادگیری، به خاطر سپاری و یادآوری بهتر منجر شود. از دیگر سو، تخلیه هیجانی و بروز عواطف منفی و ترس ها حین بازی، می تواند به عنوان پالایش روانی عمل کند و در نهایت مشکلات روان تنی را کم کند. در این راستا به نظر می رسد بازی هایی همانند نوشتن پنهانی، ممکن است زمینه را برای تسهیل ابراز هیجانات سرکوب شده فراهم کند و این کودکان با بروز هیجانات سرکوب شده خود، کمتر نشانه های روان تنی را بروز خواهند داد و این موارد نیز می تواند از شدت اضطراب ایشان بکاهد. همچنین در فرایند بازی درمانی شناختی رفتاری، کودک به واسطه مشارکت در بازی از طریق توجه کردن به موضوعاتی چون کنترل، تسلط و پذیرش مسئولیت در قبال تغییر رفتار شخصی خویش، ایجاد می شود (۲۳)؛ بنابراین با همراهی کودک در فرایند بازی درمانی، مشکلات کودکان با بیش فعالی کاهش می یابد.

محدود بودن جامعه پژوهش به دانش آموزان پسر مقطع ابتدایی منطقه سه کرج و همین طور پیگیری نکردن اثرات درمان، از محدودیت های این پژوهش است. با توجه به نتایج پیشنهاد می شود وزارت آموزش و پرورش با آموزش گسترده مشاوران در زمینه بازی درمانی، از این روش در مدارس استفاده کند تا بتوان به طور گسترده اختلالات روان شناختی از جمله بیش فعالی/نقص توجه را در دانش آموزان کاست. همین طور مدیران مدارس با مشورت با مشاوران و روان شناسان صاحب نظر، محیط مدارس را طوری طراحی کنند که بتوان محیط را برای بازی های ارتقا دهنده توانایی های شناختی و بهبود دهنده سلامت روان و کاهش دهنده اختلالات روانی همچون بیش فعالی/نقص توجه، گسترش داد و از بازی بیش از پیش استفاده شود.

مقدار احتمال مقادیر آماره آزمون (F) محاسبه شده در تحلیل کوواریانس، به ترتیب برای مشکلات سلوک ($p < 0/001$)، مشکلات یادگیری ($p < 0/001$)، مشکلات روان تنی ($p < 0/001$)، بیش فعالی تکانشگری ($p < 0/001$) و اضطراب انفعال ($p < 0/001$) نشان داد بین دو گروه اختلاف معناداری وجود دارد. به طور کلی نتایج نشان دهنده کاهش معنادار نمرات گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در پس آزمون بود.

۴ بحث

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد بازی درمانی شناختی رفتاری در بهبود مشکلات سلوک، مشکلات یادگیری، مشکلات روان تنی، بیش فعالی تکانشگری و اضطراب انفعال کودکان مبتلا به نقص تمرکز/بیش فعالی تأثیر معناداری دارد.

درمانگران، از فعالیت های بازی به عنوان وسیله ای برای تغییر و اصلاح رفتار بهره می گیرند تا رفتارهای سازگارانه را تقویت کنند یا از موقعیت های بازی استفاده کنند تا مهارت های حل مسئله و سازگاری را آموزش دهند (۹). بدین ترتیب در جریان بازی درمانی، کودک ناچار است در اسباب بازی ها، ابزارها و زمان بازی، با درمانگر یا دیگران شریک شود. البته بازی درمانگر نیز به کودک کمک می کند به دیگران احترام بگذارد و آن ها را اذیت نکند. کودک می فهمد که جروب بحث کردن و اذیت کردن دیگران و سرکش بودن زمان بر است و از فرصتش برای توضیح آنچه انجام داده است، می کاهد؛ بدین ترتیب این کودکان که تحت آموزش بازی درمانی شناختی رفتاری قرار گرفته اند، با یادگیری و کسب مهارت های اجتماعی و احترام به دیگران و همین طور یادگیری نحوه حل مسائل اجتماعی، توانسته اند از رفتارهای گستاخانه، زودرنج بودن، خراب کاری و مشاجره پرهیز کنند و این ها در کاهش مشکلات سلوک مؤثر است. همین طور کودک می تواند شیوه های ناسازگارانه مقابله را با راه های سازگارانه تر جایگزین کند و بدین سان توانایی بیشتری برای سازگاری با محیط داشته باشد و در نتیجه احساس کنترل و پیش بینی پذیری در وی ایجاد شود؛ در نهایت وی می تواند نگرانی و تشویش و اضطراب خود را بهتر کنترل کند.

به‌طور کلی نتایج نشان‌دهنده کاهش معنی‌دار نمرات گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه در پس‌آزمون بود که بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت آموزش بازی مبتنی بر روش شناختی‌رفتاری در بهبود مشکلات سلوک، مشکلات یادگیری، مشکلات روان‌تنی، بیش‌فعالی تکانشگری و اضطراب کودکان مبتلا به ADHD مؤثر بوده است.

References

1. Nejati A, Mosavi R, Roshan R, Mahmodigharaei J. Effectiveness of child-parent relationship therapy (CPRT) on the improvement of mothers' parenting of children 8 - 11 years with ADHD. *Journal of Clinical Psychology*. 2016;8(1):37-49. [Persian] doi:[10.22075/JCP.2017.2225](https://doi.org/10.22075/JCP.2017.2225)
2. Hakimjavadi M, Gholamali Lavasani M, Shakouri HR, Abdolahifar A, Momeni F. Comparison of the efficacy of behavioral, medicinal and combination of behavioral and medicinal therapy on reduction of hyperactivity / attention deficit disorder symptoms in children. *J Gorgan Univ Med Sci*. 2015;17(1):42-7. [Persian] <http://goums.ac.ir/journal/article-1-2279-en.html>
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Fifth Edition. Philadelphia, USA: American Psychiatric Association; 2013, pp:451-60. doi:[10.1176/appi.books.9780890425596](https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596)
4. Kachooei M, Moradi A, Kazemi A S, Ghanbari Z. The discriminative role of emotion regulation and impulsivity in different unhealthy eating patterns. *Feyz*. 2016;20(4):383-90. [Persian] <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-3141-en.html>
5. Ghamari-Givi H, Mojarrad A. Prediction of Tendency to Addiction Using Attachment Style and Impulsivity. *Journal of Health and Care*. 2016;18(1):17-27. [Persian] <http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-433-en.html>
6. Nigg JT, Johnstone JM, Musser ED, Long HG, Willoughby MT, Shannon J. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and being overweight/obesity: New data and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2016;43:67-79. doi:[10.1016/j.cpr.2015.11.005](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.005)
7. Porter ML, Hernandez-Reif M, Jessee P. Play therapy: a review. *Early child Developmental and care*. 2009;179(8):1025-40. doi:[10.1080/03004430701731613](https://doi.org/10.1080/03004430701731613)
8. Thompson C, Rudolph L, Linda B. *Counseling children*. New York (NY): Brooks Cole; 2007.
9. Safary S, Faramarzi S, Abedi A. Effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on behavioral symptoms of disobedient students. *J Urmia Univ Med Sci*. 2014;25(3):258-67. [Persian] <http://umj.umsu.ac.ir/article-1-2201-en.html>
10. Malekpour M, Nesai Moghadam B. Effect of sandplay therapy on cognitive development of educable mentally retarded. *Research of Cognitive and Behavioral Sciences*. 2014;4(1):141-54. [Persian]
11. 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 Univ Med Sci*. 2015;22(6):1-13. [Persian] <http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-1586-en.html>
12. Salamat M, Moghtadaei K, Kafi M, Abedi AR, Hosein Khanzadeh A. The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on memory and social skills of children with spelling learning disability. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2014;11(6):556-66. [Persian]
13. Hirschfeld MR, Wittenborn AK. Emotionally focused family therapy and play therapy for young children whose parents are divorced. *J Divorce Remarriage*. 2016;57(2):133-50. doi: [10.1080/10502556.2015.1127878](https://doi.org/10.1080/10502556.2015.1127878)
14. Stulmaker HL, Ray DC. Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Child Youth Serv Rev*. 2015;57:127-33. doi:[10.1016/j.childyouth.2015.08.005](https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.08.005)
15. Bratton SC, Ray D, Rhine T, Jones L. The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2005;36(4):376-90. doi:[10.1037/0735-7028.36.4.376](https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.376)
16. Gokhale P, Solanki PV, Agarwal P. To study the effectiveness of play based therapy on play behaviour of children with Down's syndrome. *The Indian Journal of Occupational Therapy*. 2014;46(2):41-8.
17. Schottelkorb AA, Ray DC. ADHD symptom reduction in elementary students: a single-case effectiveness design. *Journal of professional school counseling*. 2009;13(1). doi:[10.1177/2156759X0901300105](https://doi.org/10.1177/2156759X0901300105)
18. Thyagarajan R. A case study using cognitive-behavioral therapy-management of ADHD. *The International Journal of Indian Psychology*. 2016;3(3):52-66.
19. Pushkarna P. ADHD, an account of a successful play therapy (psychoanalytical psychotherapy). *Apollo medicine*. 2014;11(1):35 -36. doi:[10.1016/j.apme.2014.01.010](https://doi.org/10.1016/j.apme.2014.01.010)
20. Akbari B, Rahmati F. The efficacy of cognitive behavioral play therapy on the reduction of aggression in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child Mental Health*. 2015;2(2):93-100. [Persian] <http://childmentalhealth.ir/article-1-53-en.html>

21. Cardoso-Moreno MJ, Tomas-Aragones L, Rodriguez-Ledo C. Socio-emotional intervention in attention deficit/hyperactive disorder. *European Journal of Education and Psychology*. 2015;8(2):53-9. doi:[10.1016/j.ejeps.2015.07.001](https://doi.org/10.1016/j.ejeps.2015.07.001)
22. Shahaeian A, Shahim S, Bashash L, Yousefi F. Standardization, factor analysis and reliability of the conners' parent rating scales for 6 to 11 years old children in Shiraz. *Journal of Educational Psychology Studies*. 2007;3(3):97-120. [Persian]
23. Goyette CH, Conners CK, Ulrich RF. Normative data on revised Conners parent and teacher rating scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1978;6(2):221-36. doi:[10.1007/BF00919127](https://doi.org/10.1007/BF00919127)
24. Gianarris WJ, Golden CJ, Greene L. The Conners' Parent Rating Scale: A critical review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2001;21(7):1061-93. doi:[10.1016/S0272-7358\(00\)00085-4](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00085-4)