MEJDS. 2019; 9:113.

Published online 2019 Dec. **Research Article**

Developing a Family Based Cognitive-Behavioral Play Therapy Program for Students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Its Effectiveness on the Symptoms of This Disorder

*Motavalli Pour A[1], Beh Pajooh A[2], Shokoohi Yekta M[2], Ghobari Bonab B[2], Arjmandnia A[3]

Author Address
1. PhD student in Psychology and Education of Exceptional Children, Department of Psychology and Education, Tehran University, Tehran, Iran;
2. PhD in Psychology, Professor, Tehran University, Tehran, Iran;
3. PhD in Psychology, Associate Professor, Tehran University, Tehran, Iran.
***Corresponding Author Email:** Abbas.mot@Gmail.com

Received: 2018 November 10; **Accepted:** 2018 December 21

Abstract

Background & Objective: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the common disorders that occurs in the early stages of childhood development. ADHD is one of the disorders that has a complex and multidimensional nature which can also derived from a variety of factors and affect the various dimensions of individual and social growth of the child. So treatment of this disorder consists of variety of approaches from medication to relaxation. Todays, some studies on attention deficit hyperactivity disorder focused on non–pharmacological therapies and family–based. Regarding this necessity, the goal of this study was to design a family–based cognitive–behavioral play therapy program for students with attention deficit hyperactivity disorder and its effectiveness on the symptoms of this disorder.

Methods: The present study was interventional with quasi–experimental design and pre–test, post–test with control group. The sampling method was convenience. The statistical population of this study was the second–grade students of elementary school with symptoms of ADHD. A total of 34 male students of the second grade of elementary school with the symptoms of ADHD –combined type– were selected by convenience sampling method from two elementary schools with about 1000 population. Student of One randomly assigned to experimental group and students of another group randomly assigned to control group. Reviewing the existent literature, resulted in extraction of main components of program that was consist of self-instruction, problem solving, self-control, feelings discrimination, relaxation and attribution retraining. In the next step need assessment resulted in some behavioral problems such as aggression, social skills problems, problems in math and writing. Validation of program done by 3 University professors (for objectives of program) and 3 play therapists (for plays). After validation the protocol, pilot study done on 4 mothers with ADHD children and some corrections done in program. Then the program used in experimental phase. the mothers of the experimental group received 7 sessions (in seven weeks) of training on cognitive–behavioral plays then performed them on their children for 16 sessions (45 minutes) at home, while the control group did not receive any training. The program for training mothers consist of session 1: understanding ADHD; session 2: understanding cognitive–behavioral therapy; session 3: understanding CBPT for ADHD; session 4: training first to fourth plays of program; session 5: training fifth to eighth plays of program; session 6: training ninth to twelfth plays of program; session 7: training Thirteenth to Sixteenth plays of program. The plays in present program consist of: session 1: eye to eye and snowballs; session 2: bit the clock; session 3: electrocardiogram making and guidance; session 4: bit the clock and say, do, say; session 5: opposite pairs, snowballs and lax/iron doll; session 6: classmates; session 7: snowballs and coloring an snake; session 8: electrocardiogram making; session 9: post box and Treasure finding; session 10: color your life and corrective sentences; session 11: three whistle and Bubbling; session 12: making a film and Treasure finding; session 13: the feeling word and corrective sentences; session 14: be careful, exam and cooking; session 15: color your life and who arrive sooner; session 16: who arrive sooner and Bubbling.

Results: After analyzing the data, the results showed that, the family–based cognitive–behavioral play therapy program significantly reduced symptoms of ADHD ($p<0.05$). The results have showed that the program's impact has remained strong over a three–month period ($P<0.05$).

Conclusion: Cognitive–behavioral play therapy use for variety of behavioral problems in children. Goal of this study was to design a family–based cognitive–behavioral play therapy program for students with attention deficit hyperactivity disorder and its effectiveness on the symptoms of this disorder. Results of this study supported the efficacy of cognitive–behavioral play therapy program that performed by mother in home to decrease the symptoms of ADHD. According to the findings of the study, the present cognitive–behavioral play therapy program can be used as a family–based tool to reduce the symptoms of ADHD. Also mothers can be used as main agent of family–based treatments in childhood ADHD.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Developing Cognitive–Behavioral Play Therapy Program, Family–Based.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.87.9]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۱۱۳.

انتشار برخط آذرماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

طراحی برنامهٔ بازی‌درمانی شناختی‌ـ رفتاری خانواده‌محور برای دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و اثربخشی آن بر نشانه‌های این اختلال

*عباس متولی‌پور[۱]، احمد به‌پژوه[۲]، محسن شکوهی‌یکتا[۲]، باقر غباری بناب[۲]، علی‌اکبر ارجمندنیا[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛

۲. دکترای روان‌شناسی، استاد روان‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران؛

۳. دکترای روان‌شناسی، دانشیار روان‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Abbas.mot@Gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۹ آبان ۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۳۰ آذر ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: امروزه برخی پژوهش‌های حوزهٔ درمان اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بر درمان‌های غیردارویی و رویکردهای خانواده‌محور متمرکز شده است. باتوجه به این مهم، پژوهش حاضر با هدف طراحی برنامهٔ بازی‌درمانی شناختی‌ـ رفتاری خانواده‌محور برای دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و اثربخشی آن بر نشانه‌های این اختلال انجام شد.

روش‌بررسی: مطالعهٔ حاضر از نوع مداخله‌ای با طرح شبه‌آزمایشی و پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را دانش‌آموزان دورهٔ دوم ابتدایی با نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی تشکیل دادند. نمونهٔ آماری عبارت بود از ۳۴ دانش‌آموز پسر با نوع ترکیبی این اختلال که به‌صورت دردسترس از دو مدرسه انتخاب شدند. دانش‌آموزان یک‌مدرسه به‌طور تصادفی در گروه آزمایشی و دانش‌آموزان مدرسهٔ دیگر به‌شکل تصادفی در گروه گواه قرار گرفتند. پس از طراحی برنامهٔ بازی‌درمانی توسط پژوهشگر، مادران دانش‌آموزان گروه آزمایشی هفت جلسه آموزش بازی‌های شناختی‌ـ رفتاری را دریافت کردند و به‌مدت شانزده جلسه در منزل روی فرزند خود اجرا نمودند؛ اما برای گروه گواه هیچ آموزشی ارائه نشد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که برنامهٔ حاضر می‌تواند نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی را به‌طور معناداری کاهش دهد ($p<۰/۰۵$). این پژوهش همچنین مشخص کرد که تأثیر برنامه در یک‌دورهٔ سه‌ماهه به‌قوت خود باقی مانده است.

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های پژوهش می‌توان از برنامهٔ بازی‌درمانی شناختی‌ـ رفتاری حاضر به‌عنوان ابزاری خانواده‌محور برای کاهش علائم اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی سود جست.

کلیدواژه‌ها: اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، طراحی برنامهٔ بازی‌درمانی شناختی‌ـ رفتاری، خانواده‌محور.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.87.9]

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

۱ مقدمه

امروزه اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به‌عنوان یکی از اختلال‌های رایج دوران کودکی مطرح می‌شود که باتوجه به تأثیرات منفی آن بر ابعاد مختلف رشد روانی و اجتماعی کودک نیازمند مداخله‌های تخصصی است. مروری بر ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که تاکنون بالغ بر ۵۰۰ مقاله در زمینهٔ تأثیر درمان شناختی‌ـ‌رفتاری بر اختلال‌های روانی و رفتاری نگاشته شده است که در میان آن‌ها اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی نیز به‌چشم می‌خورد (۱).

کاربرد درمان شناختی‌ـ‌رفتاری برای افراد با اختلال‌های عصبی‌ـ‌تحولی مانند اختلال سلوک و اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی تأیید شده و اثربخشی روش مذکور بر بعضی نشانه‌های این اختلال‌ها اثبات شده است (۲). در ارتباط با کارآیی درمان شناختی‌ـ‌رفتاری باید به دو نکته توجه کرد: اول اینکه هدف این روش بهبود کنترل خود یا خودنظم‌دهی بوده که از اهداف عمدهٔ درمان اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی است؛ دوم اینکه شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد این روش در ترکیب با درمان‌های رفتاری، می‌تواند برای درمان اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، مفید واقع شود (۳). درواقع کودکان مبتلا به این اختلال در درمان شناختی‌ـ‌رفتاری یاد می‌گیرند که از خودآموزی (۴)، خودنظارتی و تقویت خود (۵)، حل مسئله (۶) و خودکنترلی (۷) در زمینهٔ توجه و رفتارهای تکانشی استفاده کنند.

یکی از موضوعاتی که در کاربرد درمان شناختی‌ـ‌رفتاری برای کودکان و حتی نوجوانان مدنظر بوده، این است که این نوع درمان باید حساس به مسائل رشدی و دارای راهنمایی‌ها و روش‌های انطباقی خاصی باشد تا اثربخشی بهتری نشان دهد. علت این امر آن است که به‌اعتقاد برخی صاحب‌نظران، کودکان در درک برخی از فنون درمان شناختی‌ـ‌رفتاری توانایی‌های لازم را ندارند و حتی بعضی نوجوانان نیز فنون درمان شناختی‌ـ‌رفتاری را مانند درمان‌های گفت‌وگومحور چندان جذاب نمی‌دانند و درنتیجه تمایل بیشتری به درمان‌های تجربی و بازی‌محور نشان می‌دهند (۸).

بازی‌درمانی مبتنی‌بر رویکرد شناختی‌ـ‌رفتاری برمبنای درمان شناختی برای کودکان با اختلال‌های رفتاری و عاطفی قرار دارد و درمانگرانی که از بازی‌درمانی شناختی‌ـ‌رفتاری استفاده کرده، معتقدند که در ۸۰درصد بیماران، درمان موفقی داشته‌اند (۹). کادوسن (۱۰) بازی‌درمانی شناختی‌ـ‌رفتاری را برای درمان اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی توضیح داده است. به‌اعتقاد وی کاربرد این نوع بازی‌درمانی موجب افزایش رفتارهای مربوط به انجام وظیفه و بیان کلامی و خودکنترلی در این کودکان می‌شود؛ همچنین آموزش مهارت‌های اجتماعی مدنظر قرار می‌گیرد. در این راستا جنتیان و همکاران (۷) در پژوهش خود به بررسی اثربخشی بازی‌درمانی شناختی‌ـ‌رفتاری بر شدت نشانه‌های اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی در دانش‌آموزان پسر پایه‌های سوم و چهارم دبستان پرداختند. نتایج نشان داد که هشت جلسهٔ ۳۰تا۴۵دقیقه‌ای این درمان را می‌توان به‌عنوان روش درمانی مؤثری برای کودکان‌ونوجوانان با اختلال مذکور پیشنهاد کرد. همچنین، عبداللهیان و همکاران (۱۱) در پژوهشی با بررسی اثربخشی بازی‌درمانی شناختی‌ـ‌رفتاری بر علائم کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی ۷تا۹ساله، اثربخشی این روش را تأیید کردند.

مشارکت اعضای خانواده در فرایند درمان کودکی با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی از اهمیت زیادی برخوردار است؛ زیرا والدین احساس مسئولیت بیشتری در درمان خواهند داشت و درنتیجه پایبندی بهتری به اصول اولیهٔ درمان نشان می‌دهند. ازسوی‌دیگر رفتارهای نامناسبی در روابط والدفرزندی افراد مبتلا به این اختلال وجود دارد که اصلاح آن‌ها در کاهش علائم اختلال ضروری است (۱۲). در این میان نقش اصلی جلوگیری از بروز این وضعیت و همچنین برقراری مجدد تعادل در خانواده به عهدهٔ والدین به‌عنوان پایه‌های اصلی خانواده است و می‌توان از آموزش والدین برای برخورد مناسب با مشکلات کودک به‌عنوان یکی از اجزای مهم رویکرد چندبعدی درمان کودک بیش‌فعال سود جست (۱۳). در این زمینه پژوهش ملک‌پور و همکاران (۱۴) در بررسی اثربخشی مداخلات خانواده‌محور و کودک‌محور و ترکیبی بر میزان نشانه‌های بیش‌فعالی‌ـ‌تکانشگری نشان داد که آموزش والدین و کودکان به‌صورت هم‌زمان و مداخلات خانواده‌محور شیوهٔ مؤثرتری برای درمان نشانه‌های بیش‌فعالی‌ـ‌تکانشگری است.

باتوجه به‌ضرورت مشارکت فعال والدین در درمان و همچنین با عنایت به اینکه تاکنون در پژوهش‌ها به طراحی برنامهٔ بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری خانواده‌محور مختص کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی پرداخته نشده است، انجام پژوهش حاضر به‌عنوان بخشی از درمان غیردارویی ضروری به‌نظر رسید. درواقع هدف اصلی این پژوهش طراحی برنامهٔ بازی‌درمانی شناختی‌ـ‌رفتاری خانواده‌محور برای دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و اثربخشی آن بر نشانه‌های این اختلال بود.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نوع مداخله‌ای با طرح شبه‌آزمایشی و نمونه‌گیری دردسترس با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را دانش‌آموزان دورهٔ دوم ابتدایی با نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی شهرستان یزد در سال تحصیلی ۹۷ـ۱۳۹۶ تشکیل دادند. نمونهٔ آماری این پژوهش عبارت بود از تعداد ۳۴ دانش‌آموز پسر دورهٔ دوم ابتدایی (کلاس‌های چهارم و پنجم و ششم) با نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی از نوع ترکیبی که به‌صورت دردسترس از دو مدرسهٔ ابتدایی دولتی با جمعیت حدود ۱۰۰۰ نفر انتخاب شدند (با مجوز آموزش‌وپرورش ناحیهٔ دو یزد به شمارهٔ ۱۳ـ۳۴۷۰۱ مورخ ۹۶/۱۰/۲). نحوهٔ انتخاب به این صورت بود که ابتدا جلسه‌های جداگانه با معلم‌های مدرسهٔ شهیدمشکی‌باف و مدرسهٔ حاج‌محمود سهیلی ترتیب داده شد و پس از بیان اهداف انجام پژوهش و توضیح ملاک‌های تشخیصی اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، از آن‌ها خواسته شد دانش‌آموزانی که این علائم را در کلاس درس آن‌ها دارند، شناسایی کرده و سپس پرسشنامهٔ علائم مرضی کودک (فرم معلم) را دربارهٔ آن‌ها تکمیل کنند. در مرحلهٔ بعدی پرسشنامه‌های فرم والدین کامل شد و در ادامه هم مصاحبهٔ تشخیصی به‌منظور احراز

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.87.9]

تمامی ملاک‌ها انجام پذیرفت. در پایان، دانش‌آموزان مدرسهٔ حاج‌محمود سهیلی، با تعداد ۲۵ دانش‌آموز به‌صورت تصادفی در گروه آزمایشی و دانش‌آموزان مدرسهٔ شهیدمشکی‌باف با ۲۵ دانش‌آموز به‌شکل تصادفی در گروه گواه قرار گرفتند. دانش‌آموزان هر دو گروه براساس سطح تحصیلات والدین و وضعیت اقتصادی‌اجتماعی همتاسازی شدند. تعداد چهار آزمودنی در اثر وجود ملاک‌های خروج و تعداد دوازده آزمودنی در اثر همتاسازی از پژوهش حذف شده و در نهایت تعداد هفده نفر در گروه آزمایشی و هفده نفر نیز در گروه گواه باقی ماندند.

ملاک‌های ورود به پژوهش به این شرح بود: دریافت‌نکردن خدمات روان‌شناسی و مشاورهٔ هم‌زمان با شرکت در پژوهش توسط مادر یا کودک؛ وجودنداشتن اختلال عمدهٔ روان‌پزشکی در مادر. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از یک‌جلسهٔ مادر در جلسه‌های آموزشی و انصراف رسمی مادر از شرکت در پژوهش و نداشتن سواد خواندن‌ونوشتن بود.

در پژوهش حاضر ابزارهای زیر به‌کار رفت.

ـ پرسشنامهٔ جمعیت‌شناختی: به‌منظور بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی والدین و کودک مانند سن والدین، تحصیلات، شغل، میزان درآمد، منطقهٔ زندگی، سن دقیق کودک و غیره از این ابزار محقق‌ساخته استفاده شد. این ابزار با هجده سؤال به ارزیابی متغیرهای جمعیت‌شناختی گروه نمونه می‌پردازد.

ـ پرسشنامهٔ نشانه‌های مرضی کودک: جهت تشخیص اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، پرسشنامهٔ نشانه‌های مرضی کودک به‌کار رفت. این پرسشنامه توسط گادو و اسپرافکین در سال ۱۹۹۴ و برمبنای ملاک‌های موجود در چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی تهیه شد (۱۵). ابزار دارای دو فرم والدین و معلم است. در پژوهش حاضر از خرده‌مقیاس اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی (سؤال ۱ تا سؤال ۱۸) فرم معلم و والد برای تشخیص علائم و در مراحل سه‌گانهٔ اندازه‌گیری از فرم والد استفاده شد. فرم معلم این ابزار دارای ده خرده‌مقیاس و ۷۸ سؤال و فرم والد آن دارای یازده خرده‌مقیاس و ۱۱۰ سؤال است. حساسیت پرسشنامه براساس نمرهٔ بهتر برش ۴ و ۵ و ۷ برای اختلال‌های کاستی توجه و بیش‌فعالی و لج‌بازی نافرمانی و اختلال سلوک به‌ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۹ و ۰/۸۹ بوده و ویژگی آن به‌ترتیب، ۰/۹۲ و ۰/۹۱ و ۰/۹۰ به‌دست آمده است. علاوه‌براین اعتبار پرسشنامه برای هر دو فرم والد و معلم، ۰/۹۰ و ۰/۹۳ گزارش شده است (۱۶). محمد اسماعیل (۱۷) نیز در پژوهش خود عنوان کرد که ضرایب پایایی فرم والد این ابزار، از ۰/۲۹ برای اختلال هراس اجتماعی تا ۰/۷۶ برای اختلال سلوک متغیر بوده و همگی به‌جز اختلال هراس اجتماعی، معنادار بودند. همهٔ خرده‌مقیاس‌های هر دو فرم ابزار، روایی محتوایی داشتند. نمره‌گذاری پرسشنامه به‌صورت لیکرت چهاردرجه‌ای انجام می‌شود. دامنهٔ نمره‌های ابزار در فرم معلم از ۰ تا ۲۳۴ و در فرم والد از ۰ تا ۳۳۰ در نوسان است.

ـ مصاحبهٔ تشخیصی بالینی: به‌منظور تشخیص دقیق اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و احراز تمامی ملاک‌ها و ضوابط و همچنین جهت بررسی سلامت روان مادران، مصاحبه‌ای ساختاریافته برمبنای پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۱۸) با مادران صورت گرفت. ضرورت انجام مصاحبهٔ بالینی با مادران این بود: مادرانی که امکان داشت به‌دلایلی مانند اضطراب، افسردگی، وسواس و برخی دیگر از علائم اختلال روانی برنامه را به‌خوبی اجرا نکرده، حذف شوند.

برنامهٔ مداخله‌ای طی نُه مرحله و به‌شرح زیر طراحی و اجرا شد.

مرحلهٔ اول: بررسی نظریه‌های موجود در زمینهٔ درمان شناختی ـ رفتاری در این مرحله انجام شد؛

مرحلهٔ دوم: در این مرحله به بررسی پیشینهٔ پژوهش‌های انجام‌شده دربارهٔ درمان شناختی ـ رفتاری کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی پرداخته شد و مؤلفه‌های خودآموزی، حل مسئله، خودکنترلی، تشخیص و افتراق احساسات، تنش‌زدایی و بازآموزی اسنادها استخراج گردید؛

مرحلهٔ سوم: در مرحلهٔ سوم، نیازسنجی مشکلات رفتاری، ازطریق مصاحبه با بیست نفر از مادران دارای فرزند با این اختلال انجام گرفت و نمونه‌های بی‌دقتی، جنب‌وجوش زیاد، مهارت‌های اجتماعی ناکافی در مدرسه و خانه، پرخاشگری، بی‌نظمی، مشکلات تحصیلی و درسی به‌ویژه در ریاضی و دیکته و خودجوش‌نبودن کودک در امور تحصیلی تعیین شد؛

مرحلهٔ چهارم: در این مرحله، محتوای برنامهٔ بازی‌درمانی باتوجه به مطالب اشاره‌شده در پیشینه و نیازسنجی از مادران تهیه شد. طراحی برخی از بازی‌ها توسط پژوهشگر صورت گرفت. بعضی بازی‌ها، از بازی‌های موجود در منابع اقتباس و تعدیل شد و تعدادی از بازی‌ها نیز به‌طور کامل از منابع موجود استخراج گردید. بررسی روایی این برنامه با نظر سه نفر از استادان دانشگاه و سه نفر بازی‌درمانگر، انجام پذیرفت؛

مرحلهٔ پنجم: محتوای آموزشی مادر در این مرحله تهیه شد.

مطالب آموزشی مادران به‌صورت زیر بود؛

- جلسهٔ اول: آشنایی با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی؛
- جلسهٔ دوم: آشنایی با درمان شناختی ـ رفتاری؛
- جلسهٔ سوم: آشنایی با بازی‌درمانی شناختی ـ رفتاری اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی؛
- جلسهٔ چهارم تا هفتم: آموزش بازی‌های جلسهٔ اول تا شانزدهم.

مرحلهٔ ششم: برای مشخص‌شدن اشکالات محتوای برنامه از دید شرکت‌کنندگان و همچنین مشکلات موجود در اجرا، برنامهٔ طراحی‌شده به‌صورت مطالعهٔ مقدماتی روی چهار مادر دارای کودک با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی اجرا شد؛

مرحله هفتم: باتوجه به نتایج اجرای اولیه و بازخورد مادران و میزان همکاری فرزندان آن‌ها، بازنگری و اصلاح مختصری در بعضی از بازی‌ها انجام پذیرفت؛

مرحلهٔ هشتم: در این مرحله آموزش برنامه در هفت جلسه به مادران گروه آزمایشی صورت گرفت. سپس توسط آن‌ها به‌مدت شانزده جلسه روی فرزندان اجرا شد؛

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.87.9]

مرحلهٔ نهم: تعیین پایایی برنامهٔ مداخله ازطریق روش‌های آماری، در مرحلهٔ آخر انجام پذیرفت.

جدول ۱. محتوای بازی‌درمانی شناختی‌ـ رفتاری خانواده‌محور برای دانش‌آموزان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی (محقق‌ساخته)

جلسه	هدف	نام بازی	شرح بازی
اول	خودکنترلی	بازی چشم در چشم	مادر سؤالاتی با موضوع درسی و غیردرسی می‌پرسد و تا وقتی‌که دست‌های او را فشار نداده است، نباید پاسخ بدهد (۱۹).
	حل مسئله	بازی گلوله‌های برف	در این بازی مادر سؤالی را دربارهٔ چگونگی کنترل عصبانیت می‌پرسد و کودک هر پاسخی را که به ذهنش می‌رسد، نوشته و گلوله می‌کند و در سبدی می‌ریزد.
دوم	خودکنترلی	بازی زنگ را بزن	در این بازی از کودک خواسته می‌شود که به‌مدت ده دقیقه با استفاده از تعدادی بلوک ساختمانی، حتی با وجود ایجاد حواس‌پرتی توسط مادر، به ساختن یک‌برج بپردازد (۲۰).
سوم	تنش‌زدایی	بازی تهیهٔ نوار قلب	مادر از کودک می‌خواهد ضربان قلب خود را در دو حالت تنفس سریع و آرام به‌صورت نمودار روی کاغذ رسم کند و آن‌ها را مقایسه نماید (۲۱).
	خودآموزی	بازی راهنمایی	از کودک خواسته می‌شود که حل یک‌مسئلهٔ ریاضی را مرحله‌به‌مرحله روی کاغذهای کوچک بنویسد و در مرحلهٔ دوم براساس مراحل نوشته‌شده روی کاغذ عمل کند.
چهارم	خودکنترلی	بازی زنگ را بزن	در این بازی از کودک خواسته می‌شود که به‌مدت ده دقیقه با استفاده از تعدادی بلوک ساختمانی، حتی با وجود ایجاد حواس‌پرتی توسط مادر، به ساختن یک‌برج بپردازد (۲۰).
	خودآموزی	بازی بگو، عمل کن، بگو	در این بازی از کودک درخواست می‌شود که موضوعاتی را مانند مرتب‌کردن اتاق خود توضیح دهد. سپس آن را انجام داده و در مرحلهٔ بعد مجدداً شرح دهد که چگونه این کار را انجام داد (۷).
پنجم	خودکنترلی	بازی جفت‌های متضاد	در این بازی مادر تعداد پانزده کلمه را که دارای متضادهای تعریف‌شده‌ای بوده، روی کارتی می‌نویسد و با نشان‌دادن به کودک، او باید بلافاصله متضاد آن را بگوید (۲۲).
	حل مسئله	بازی گلوله‌های برف	در این بازی مادر سؤالی را دربارهٔ چگونگی کنترل عصبانیت می‌پرسد و کودک هر پاسخی را که به ذهنش می‌رسد، نوشته و گلوله می‌کند و در سبدی می‌ریزد.
	تنش‌زدایی	بازی عروسک شل/آهنی	در این بازی مادر از کودک می‌خواهد که مانند همه ماهیچه‌هایش را منقبض کند تا مانند عروسکی آهنی سفت شود و سپس ماهیچه‌ها را مانند عروسکی پارچه‌ای شل و رها کند (۲۱).
ششم	خودآموزی	بازی هم‌کلاسی‌ها	در این بازی مادر و کودک با استفاده از دو عروسک انگشتی نقش یک‌دانش‌آموز حاضر در جلسهٔ آموزش درسی و یک‌دانش‌آموز غایب را بازی می‌کنند. هدف آموزش انجام یک‌تمرین ریاضی یا نوشتن یک‌پاراگراف دیکته است (۲۳).
هفتم	حل مسئله	بازی گلوله‌های برف	در این بازی مادر سؤالی را دربارهٔ چگونگی کنترل عصبانیت می‌پرسد و کودک هر پاسخی را که به ذهنش می‌رسد، نوشته و گلوله می‌کند و در سبدی می‌ریزد.
هشتم	خودبازبینی	بازی رنگ‌آمیزی یک‌مار	تصویر یک‌مار ترسیم می‌شود که از نقطهٔ الف شروع شده و به نقطهٔ ب می‌رسد. در طول انجام یک‌تکلیف ۴۵ دقیقه‌ای که به سه قسمت تقسیم شده است، در پایان هر پانزده دقیقه به‌شرطی که تکلیف آن را انجام داده باشد یک‌قسمت مار را رنگ‌آمیزی می‌کند.
	تنش‌زدایی	بازی تهیهٔ نوار قلب	مادر از کودک می‌خواهد ضربان قلب خود را در دو حالت تنفس سریع و آرام به‌صورت نمودار روی کاغذ رسم کند و آن‌ها را مقایسه نماید (۲۱).
نهم	خودارزیابی	بازی صندوق‌پستی	مادر در ابتدای هر روز یک‌کار مرتبط با منظم‌کردن اتاق کودک را روی کاغذ می‌نویسد و معیار پذیرش آن را پایین کاغذ یادداشت می‌کند و در صندوق نصب‌شده در اتاق کودک می‌گذارد. در پایان هر روز کودک بعد از انجام‌دادن آن کار می‌تواند یکی از بازی‌های خودتقویتی را انجام بدهد.
	خودتقویتی	بازی پیداکردن گنج	مادر در ازای همکاری کودک در بازی صندوق‌پستی، نقشه‌ای ساده از مسیر پیداکردن جایزه‌ای را که در منزل مخفی کرده است، در اختیار کودک قرار می‌دهد.
دهم	بهبود	بازی زندگیت	کودک از رنگ‌های متفاوت به‌عنوان نماد احساسات مختلف استفاده می‌کند. در مرحلهٔ

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.87.9]

	مهارت‌های هیجانی	را رنگی کن	آخر کودک تشویق می‌شود دربارهٔ رنگ‌هایی که کشیده و احساسات مرتبط با آن‌ها صحبت کند (۲۰).
	بازآموزی اسنادها	بازی جمله‌های اصلاحی	در این بازی مادر ابتدا پنج تا از رفتارهای بد خود را روی کاغذ قرمزرنگ می‌نویسد و کودک باید برای آن‌ها پنج دلیل و پنج راهکار اصلاحی روی کاغذ سبزرنگ نوشته و به مادر تحویل دهد. در مرحلهٔ دوم کودک باید این کار را انجام دهد. در مرحلهٔ سوم مادر و کودک دلایل و راهکارهای طرف مقابل را از رفتار خود بحث و بررسی می‌کنند (۲۴).
یازدهم	خودبازبینی	بازی سه سوت	در این بازی ابتدا کودک باید یک‌تکلیف درسی خود را که ماهیت خواندنی دارد، انتخاب کرده و شروع به یادگیری و حفظ آن بکند. بعد از گذشت هر ده دقیقه کودک یک‌سوت کوچک را به نشانهٔ اینکه حواسش را در این مدت جمع نموده و تمرکز داشته به صدا درمی‌آورد.
	تنش‌زدایی	بازی حباب‌سازی	از کودک خواسته می‌شود که حباب‌سازی را انجام دهد؛ اما با نفس‌های عمیق و آرام؛ همچنین کودک باید بتواند با این کار حباب‌های بزرگی ایجاد کند (۲۰).
دوازدهم	خودارزیابی	بازی ساختن یک‌فیلم	کودک یک‌رفتار بد خود را ازطریق ایفای نقش اجرا کرده و مادر با دوربین یا گوشی تلفن همراهش از آن فیلم‌برداری می‌کند. سپس هردوی آن‌ها پس از دیدن فیلم ضبط‌شده نقاط ضعف آن رفتار و پیشنهادهای خود را دربارهٔ رفتار بهتر می‌نویسند و بعد از بررسی آن، رفتار خوب اجرا و ضبط می‌شود.
	خودتقویتی	بازی پیداکردن گنج	مادر در ازای همکاری کودک در بازی ساختن یک‌فیلم، نقشه‌ای ساده از مسیر پیداکردن جایزه‌ای را که در منزل مخفی کرده است، در اختیار کودک قرار می‌دهد.
سیزدهم	بهبود مهارت‌های هیجانی	بازی کلمهٔ احساسی	مادر داستانی را دربارهٔ خود می‌گوید که در قسمت‌های مختلف آن احساسات مثبت و منفی داشته است و در حین توضیح این موقعیت احساسی، یک‌مکعب را روی نام آن احساس می‌گذارد. در مرحلهٔ بعد مادر از کودک می‌خواهد که چنین داستانی بگوید (۲۰).
	بازآموزی اسناد	بازی جمله‌های اصلاحی	در این بازی مادر ابتدا پنج تا از رفتارهای بد خود را روی کاغذ قرمزرنگ می‌نویسد و کودک باید برای آن‌ها پنج دلیل و پنج راهکار اصلاحی روی کاغذ سبزرنگ نوشته و به مادر تحویل دهد. در مرحلهٔ دوم کودک باید این کار را انجام دهد. در مرحلهٔ سوم مادر و کودک دلایل و راهکارهای طرف مقابل را از رفتار خود تحت بحث و بررسی قرار می‌دهند (۲۴).
چهاردهم	خودبازبینی	بازی مراقب باش	دو صندلی چیده می‌شود و کودک و پدرومادر با پخش آهنگ به دور صندلی‌ها می‌چرخند و هم‌زمان با قطع‌شدن آهنگ روی صندلی‌ها می‌نشینند (۲۵).
	خودارزیابی	بازی آزمون	در این بازی مادر در نقش معلم، از قبل به طراحی تعداد پنج سؤال از درسی می‌پردازد که دانش‌آموز بیشتر در آن مشکل دارد. پس از ورود به محل امتحان که مکانی در یکی از اتاق‌های خانه است، برگه را در اختیار دانش‌آموز قرار می‌دهد. این آزمون محدودیت زمان ندارد و پس از پایان آن، خود دانش‌آموز با کمک مادر و کتاب‌های درسی به تصحیح آن می‌پردازد. در پایان آزمون درصورتی‌که حداقل به سه سؤال پاسخ درست داده باشد، می‌تواند بازی آشپزی را انجام بدهد.
	خودتقویتی	بازی آشپزی	
پانزدهم	بهبود مهارت‌های هیجانی	بازی زندگیت را رنگی کن	کودک از رنگ‌های متفاوت به‌عنوان نماد احساسات مختلف استفاده می‌کند. در مرحلهٔ آخر کودک تشویق می‌شود دربارهٔ رنگ‌هایی که کشیده و احساسات مرتبط با آن‌ها صحبت کند (۲۰).
شانزدهم	حل مسئله	بازی هر که زودتر رسید	در این بازی مادر به‌عنوان یک‌تیم و کودک به‌عنوان تیم دوم هرکدام با تعدادی موقعیت حل مسئله روبه‌رو می‌شوند و در صورت دادن پاسخ‌های درست از نقطهٔ شروع که توسط پدر روی کاغذ مشخص شده است، بعد از ارائهٔ پنج پاسخ درست به نقطهٔ برنده می‌رسند.
	تنش‌زدایی	بازی حباب‌سازی	از کودک خواسته می‌شود که حباب‌سازی را انجام دهد؛ اما با نفس‌های عمیق و آرام؛ همچنین کودک باید بتواند با این کار حباب‌های بزرگی ایجاد کند (۲۰).

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.87.9]

به‌منظور کنترل فرایند درمان، تمامی مادران از یک تا دو جلسه ملاقات خانگی پژوهشگر استفاده کردند. پیگیری‌های لازم توسط پژوهشگر و مدیر مدرسه در جلسهٔ اولیا و مربیان و همچنین به‌شکل تماس تلفنی صورت گرفت و با هماهنگی مدیر مدرسه مقرر شد مادرانی که همکاری لازم را داشته باشند، از امتیازاتی در مدرسه برخوردار شوند. جهت انجام هماهنگی لازم نیز در فضای مجازی گروهی با حضور همهٔ مادران، مدیر مدرسه، مربی بهداشت و همچنین درمانگر و کمک‌درمانگر تشکیل شد. جلسهٔ پیگیری درمان در اواسط اجرای مادران برگزار گردید و مشکلات موجود در روند ارائهٔ درمان بررسی و به سؤال‌ها پاسخ داده شد.

به‌منظور رعایت اصول اخلاقی و برقراری تساوی بین گروه‌های آزمایشی و گواه، بستهٔ آموزش بازی‌درمانی برای گروه گواه نیز دقیقاً شبیه به گروه آزمایشی اجرا گردید.

برنامهٔ بازی‌درمانی ارائه‌شده در این پژوهش در جدول ۱ آمده است. همچنین در ابتدای هر جلسه، جهت برقراری رابطهٔ درمانی بین مادر و کودک، بازی‌هایی مانند نون بیار کباب ببر و پشت‌نویسی نیز انجام شد.

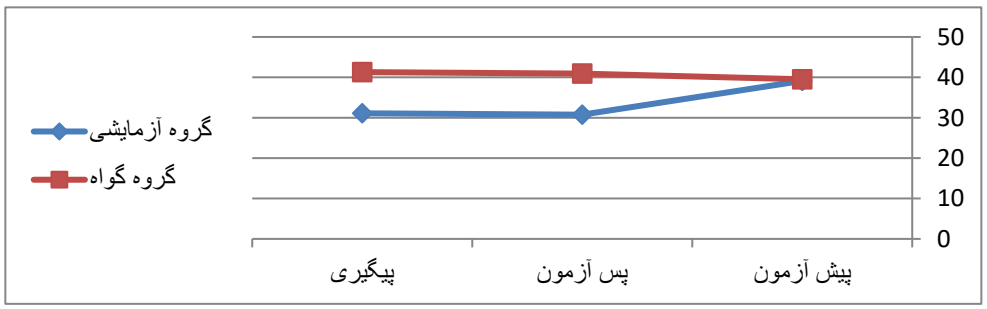
۳ یافته‌ها

به‌منظور ارزیابی تأثیر برنامهٔ بازی‌درمانی شناختی‌ـ‌رفتاری خانواده‌محور برای دانش‌آموزان دورهٔ دوم ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بر نشانه‌های این اختلال از دید والدین، از روش آماری تحلیل واریانس یک‌راهه با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در جدول ۲ مشخصات توصیفی متغیر اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌همراه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر گزارش شده است.

جدول ۲. مشخصات توصیفی متغیر اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به‌همراه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		نتیجهٔ آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F بین‌گروهی	مقدار p بین‌گروهی	مربع ایتا
اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی	آزمایشی	۳۹/۱۱	۸/۲۸	۳۰/۷۶	۱۰/۰۳	۳۱/۱۱	۹/۸۹	۳۸/۳۹۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۴۵
	گواه	۳۹/۵۲	۵/۲۵	۴۰/۹۴	۵/۳۷	۴۱/۲۹	۳/۹۴			

مطابق با یافته‌های گزارش‌شده در جدول ۲ مشخص می‌شود که بین دو گروه آزمایشی و گواه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۰۱). در نمودار ۱ تغییر نمرات دو گروه آزمایشی و گواه در سه مرحلهٔ اندازه‌گیری آمده است.



نمودار ۱. نمودار تغییر نمرات دو گروه آزمایشی و گواه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

همان‌طورکه در نمودار ۱ دیده می‌شود، در ابتدای مطالعه نمرات هر دو گروه تقریباً مساوی است؛ اما در پس‌آزمون و پیگیری نمرات گروه آزمایشی درمقایسه با گروه گواه کاهش پیدا کرده است. درواقع برنامهٔ حاضر توانست نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی را کاهش دهد. به‌منظور بررسی دقیق‌تر تفاوت معنادار واریانس‌ها، نتایج هر مرحله به‌صورت زوجی مقایسه و در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. مقایسهٔ زوجی نمرات میانگین نمرات نشانگان توأم اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در سه مرحلهٔ زمانی در گروه آزمایشی

زمان الف	زمان ب	تفاوت میانگین	انحراف معیار	مقدار p
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۴۷۱	۰/۷۳۱	<۰/۰۰۱
	پیگیری	۳/۱۱۸	۰/۷۲۸	<۰/۰۰۱
پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۳۵۳	۰/۴۲۰	۰/۹۵۱

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.87.9]

مطابق با یافته‌های بیان‌شده در این جدول مشخص می‌شود که در گروه آزمایشی بین میانگین نمرات پیش‌آزمون با میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری از نظر آماری تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$). درواقع، میانگین نمرات پس‌آزمون (۳۰/۷۶) و پیگیری (۳۱/۱۱) از میانگین نمرات پیش‌آزمون (۳۹/۱۱) به‌طور معناداری کمتر است که اثربخشی برنامهٔ حاضر را نشان می‌دهد. همچنین بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری به‌لحاظ آماری تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود که بیانگر ماندگاری تأثیر درمان است ($p=۰/۹۵۱$)؛ درحالی‌که میانگین نمرات گروه گواه در هر سه مرحله تغییر ناچیزی داشته است (جدول ۲).

۴ بحث

این پژوهش با هدف طراحی برنامهٔ بازی‌درمانی شناختی‌ـ‌رفتاری خانواده‌محور برای دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و اثربخشی آن بر نشانه‌های این اختلال انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد که برنامهٔ بازی‌درمانی شناختی‌ـ‌رفتاری می‌تواند تأثیرات معنادار و باثباتی بر نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی داشته باشد که با یافته‌های پژوهشی جنتیان و همکاران (۷) و همچنین نتایج پژوهش عبداللهیان و همکاران (۱۱) همسوست. در تبیین این یافته می‌توان گفت مداخله‌های بازی‌درمانی شناختی‌ـ‌رفتاری به دو دستهٔ رفتاری و شناختی تقسیم می‌شوند: شیوه‌های رفتاری به این منظور طراحی‌شده‌اند که به کودک و والدین کمک شود تا دانش کسب‌شده در جلسهٔ درمان را به محیط واقعی زندگی منتقل و از آن استفاده کنند. این روش‌ها بیشتر توسط والدین و افرادی اجرا می‌شود که بر کودک نظارت کافی دارند؛ شیوه‌های شناختی سعی در تغییر افکار و شناخت و تفسیر کودک از محیط اطراف دارد (۲۶). کودکان در این نوع مداخله‌ها می‌آموزند که افکار و احساسات غیرمنطقی خود را شناسایی کرده و افکار سازگارانه‌تری را جایگزین آن‌ها کنند که این خود منجربه تغییر در رفتار خواهد شد. یافته‌های این پژوهش باتوجه به طراحی خاص برنامهٔ بازی‌درمانی برای کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی توجیه‌پذیر است. در این برنامه، بازی‌هایی برای تقویت بازداری رفتاری و خودنظم‌دهی و گفت‌وگوی درونی در نظر گرفته شده که از عمده نقایص شناختی این کودکان است. نکتهٔ دیگر در توجیه این یافته‌ها این است که وجود محیطی حمایتگر و پیگیر درمان و نیز همکاری و ترغیب توسط اعضای خانواده در تأثیر و ماندگاری درمان بسیار اثر می‌گذارد. این یافته همچنین با نتایج پژوهش ملک‌پور و همکاران (۱۴) همسوست.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت که به‌دلیل کم‌شدن حجم نمونه امکان حذف دانش‌آموزان مصرف‌کنندهٔ دارو وجود نداشت. محدودیت دیگر شرکت‌نکردن پدر دانش‌آموز در برنامه بود و این درحالی است که پدر نقش مهمی در شکل‌گیری تعامل اعضای خانواده دارد. همچنین باتوجه به ضرورت نمونه‌یابی در چندین مدرسهٔ دخترانه، امکان استفاده از نمونه با جنسیت مؤنث فراهم نشد. تعداد جلسات ملاقات در منزل نیز توسط محقق زیاد نبود.

در نهایت پیشنهاد می‌شود این پژوهش در اتاق بازی‌درمانی و با امکان مشاهدهٔ یک‌طرفهٔ مادر و کودک انجام پذیرد تا فرایندهای جاری در درمان بیشتر در تبیین نتایج کمک‌کننده باشد. توصیه می‌گردد مهارت‌های شناختی‌ـ‌رفتاری در قالب‌های مختلف، در برنامهٔ درسی کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی قرار گیرد. باتوجه به نقش آموزش‌وپرورش در تشخیص دانش‌آموزان با نیازهای ویژه و آموزش آن‌ها، پیشنهاد می‌شود طرح‌های جامع کشوری به‌منظور غربالگری و ارائهٔ خدمات ویژه به دانش‌آموزان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی اجرا شود؛ زیرا اکثر این گروه از دانش‌آموزان در مدارس عادی حضور دارند و هیچ‌نوع خدمت ویژه‌ای دریافت نمی‌کنند.

۵ نتیجه‌گیری

امروزه مداخله‌های خانواده‌محور در برخی پژوهش‌ها مدنظر قرار گرفته است. دلیل نیاز به چنین مداخله‌هایی آن است که در کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، یا والدین فاقد مهارت‌های لازم برای تأمین محیط اجتماعی مناسب برای کودک هستند یا کودک شرایط ویژه‌ای دارد که والدین باید رفتارهای مناسبی برای مدیریت آن از خود نشان دهند. باتوجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان از مادر به‌عنوان عامل مهمی در درمان‌های شناختی‌ـ‌رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی استفاده کرد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی مادران شرکت‌کننده و مسئولان محترم سه مدرسهٔ اختر دانش و شهیدمشکی‌باف و حاج‌محمود سهیلی و نیز معلمانی که در این پژوهش همکاری کردند، کمال تشکر را داریم. همچنین نویسندگان اعلام می‌کنند که مقالهٔ حاضر دارای تضاد منافع نیست.

References

1. Beck JS. Cognitive Behavior Therapy, Second Edition: Basics and Beyond. New York: Guilford Press; 2011.
2. Choo C. Adapting cognitive behavioral therapy for children and adolescents with complex symptoms of neurodevelopmental disorders and conduct disorders. Journal of Psychological Abnormalities in Children. 2014;3:1–3. doi: 10.4172/2329-9525.1000124
3. Wicks-Nelson R, Israel AC. Behavior Disorders of Childhood. 5th edition. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall; 2002.
4. Thyagarajan R. A case study using cognitive-behavioral therapy-management of ADHD. Indian Journal of Health and Wellbeing. 2016;7(5):471.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.87.9]

5. Purdie N, Hattie J, Carroll A. A review of the research on interventions for attention deficit hyperactivity disorder: What works best? Review of Educational Research. 2002;72(1):61–99. doi: 10.3102/00346543072001061
6. Flanagan R, Allen K, Levine E. Cognitive and Behavioral Interventions in the Schools: Integrating Theory and Research into Practice. New York: Springer; 2014.
7. Janatian S, Nouri A, Shafti SA, Moulavi H, Samavatian Hossein. Effectiveness of play therapy on the bases of cognitive behavior approach on severity of symptoms of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) among primary school male students aged 9-11. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2008;6(2):109–18. [Persian] https://www.sid.ir/FileServer/JF/47613871205.pdf
8. Drewes AA. Blending Play Therapy with Cognitive Behavioral Therapy: Evidence-Based and Other Effective Treatments and Techniques. Ramezani Gh, Nadafian S. (Persian translator). Tehran; Vania Publication; 2010.
9. Gerald G. Short Term Play Therapy. New York: Allynbucon; 1999.
10. Kaduson HG. Play Therapy for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In: Crenshaw DA, Stewart AL. Play Therapy: A Comprehensive Guide to Theory and Practice. Guilford Publications; 2014. pp: 415–427.
11. Abdollahian E, Mokhber N, Balaghi A, Moharrari F. The effectiveness of cognitive-behavioural play therapy on the symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in children aged 7-9 years. Atten Defic Hyperact Disord. 2013;5(1):41–6. doi: 10.1007/s12402-012-0096-0
12. McBurnett K, Pfiffner L. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Concepts, Controversies, New Directions. CRC Press; 2007.
13. Power TJ, Russell HF, Soffer SL, Blom-Hoffman J, Grim SM. Role of parent training in the effective management of attention-deficit/hyperactivity disorder. Dis-Manage-Health-Outcomes. 2002;10(2):117–26. doi: 10.2165/00115677-200210020-00007
14. Malek Pour M, Hadi S, Faramarzi S, Eshqi R, Keshavarz A. Comparison of the efficacy of family based, child based and family-child based interventions on the rate of ADHD's symptoms in children with ADHD. Family Counseling and Psychotherapy. 2015;4(4):653–72. [Persian] http://fcp.uok.ac.ir/article_9220_0b8da186273fea39c8979da2274b9be2.pdf
15. Gadow KD, Sprafkin J. Quick Guide to Using the Youth's Inventory- 4 Screening Kit. Stony Brook, NY: Checkmate Plus; 1994.
16. Tavakkolizadeh J, Bolhari J, Mehryar AH, Dezhkam M. Epidemiology of attention deficit and disruptive behaviour disorders in elementary school children of Gonabad town, north east Iran (1996-1997). Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 1997;3(1):40–52. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1683-en.pdf
17. Mohammad Esmaeil E. Adaptation and standardization of Child Symptom Inventory-4 (CSI-4). J Exceptional Children. 2007;7(1):79–96. [Persian] http://joec.ir/article-1-388-en.pdf
18. American PsychiatricAssociation. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). Washington: American Psychiatric Pub; 2013.
19. Bakhshayesh A, Mirhosseini RS. Effectiveness of play therapy on the reduction of children's severity symptoms with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and promotion of their academic performance. Scientific J Ilam Uni Med Sci. 2015;22(6):1–13.[Persian] http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-1586-en.pdf
20. Hall TM, Kaduson HG, Schaefer CE. Fifteen effective play therapy techniques. Professional Psychology: Research and Practice. 2002;33(6):515–22. doi: 10.1037/0735-7028.33.6.515
21. Mohammad Esmaeil E. Hand Book of Coynative - Beharioral Theraphy for Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Tehran: Danjeh Publishing; 2011. [Persian]
22. Ghobari Bonab B, Beh Pajooh A, Afrooz GA, Hakimi Rad E, Arjmandnia AA. The effects of response inhibition and working memory training programs on improving social skills in children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. Journal of Psychological Studies. 2013;9(4):9–30. [Persian] doi: 10.22051/PSY.2014.1756
23. Hashemi T, Eghbali A, Alilo MM. The effect of verbal self instruction on social adjustment in children with conduct disorder. Journal of Clinical Psychology. 2009;1(2):29–36. [Persian] doi: 10.22075/JCP.2017.1971
24. Rigon E, Baussier S. Comment Survivre Quand On Se Trouve Nul. Behforuzi M. (Persian translator). Tehran: Iran Ban Publication; 2012.
25. Shoshtari M, Abedi A, Golshani F, Ahromi R. Effectiveness of early interventions based on Child-oriented games on the rate of hyperactivity / Impulsivity of Preschool children. Psychology of Exceptional Individuals. 2011;1(2):103–18. [Persian] http://jpe.atu.ac.ir/article_2035_f9876d264170e67d16ec9463e1f5bf82.pdf
26. Zare M, Ahmadi S. The effectiveness of cognitive behavior play therapy on decreasing behavior problems of children. Applied Psycology. 2007;1(3):18–28. [Persian] https://www.sid.ir/FileServer/JF/27613860302.pdf

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.87.9]