MEJDS. 2024; 14:83.
Published online 2024 Sep. **Original Article**

# Investigating the Effectiveness of Geldard Group Play Therapy Combined with Drug Control on Impulsivity of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Hosseini SS[1], Saeidmanesh M[2,3], Gholamali Lavasani M[2,4]

**Author Address**
1. PhD Student of General Psychology, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran;
2. Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonakabon, Iran;
3. Associate Professor, Department of Psychology, Science and Arts University, Yazd, Iran;
4. Associate Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.
*** Corresponding author's Email**: M.saeidmanesh@yahoo.com

**Received:** 2023 June 30**: Accepted:** 2023 July 25

## Abstract

**Background & Objectives:** Attention–deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common psychiatric disorders in children. Impulsivity is the tendency to act on impulse and engage in behavior characterized by little thought, reflection, or consideration of the consequences of the behavior. High levels of impulsivity have been reported in ADHD. Unfortunately, various pharmaceutical and non–pharmacological treatments used in ADHD have not been able to eliminate the problems of children with ADHD and their families. On the other hand, the high prevalence of children with ADHD and their many impulsive behaviors can cause many problems in their academic and professional lives. Also, the effectiveness of play therapy combined with drug control on impulsive behaviors in ADHD has been studied very little. Therefore, in this study, the effectiveness of Geldard group play therapy, along with drug control, on the impulsivity of children with ADHD was investigated.

**Methods:** This study was quasi–experimental with a pretest–posttest design with a control group. Among children aged 6 to 9 years with symptoms of ADHD referred to psychiatric clinics in Yazd City, Iran, 30 eligible volunteers were included in the study in a simple random manner. Then, 15 were randomly assigned to the intervention group and 15 in the control group. The inclusion criteria were as follows: having ADHD approved by a psychiatrist; age range from 6 to 9 years; not using other treatment methods such as behavioral therapy; using medication other than Ritalin. All children took Ritalin medicine in 5 mg orally twice a day. The therapeutic protocol used in this study for each patient was eight 90–minute group play therapy sessions performed only for the intervention group. The impulsivity variable scores were compared using the Barratt Impulsiveness Scale–11 (BIS–11)) Patton et al., 1995) before and after play therapy. Data analysis was done using covariance analysis in SPSS version 17. The significance level of the tests was set at 0.05.

**Result:** The results showed that the impulsivity in children with ADHD in the intervention group and after receiving treatment decreased significantly compared to the control group ($p<0.001$). The results related to the effect size also indicated that 61% of the difference between the intervention group and the control group in the impulsivity component was due to the implementation of group play therapy.

**Conclusion:** The results of the present study showed that Geldard group play therapy combined with drug control has a significant effect on the impulsivity of children with ADHD and can lead to the improvement of impulsivity in these patients.

**Keywords:** Play therapy, Impulsivity, Attention–deficit/hyperactivity disorder.

Copyright © 2024, 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 ۱۴۰۳؛ (۱۴):۸۳.

انتشار برخط شهریور ۱۴۰۳ مقاله پژوهشی اصیل

# بررسی اثربخشی بازی‌درمانی گروهی گلدراد همراه با کنترل دارویی بر تکانشگری کودکان دارای اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی

سیده‌صحرا حسینی[۱]، *محسن سعیدمنش[۲و۳]، مسعود غلامعلی لواسانی[۲و۴]

**توضیحات نویسندگان**

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران؛

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران؛

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران؛

۴. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** M.saeidmanesh@yahoo.com

**تاریخ دریافت:** ۹تیر۱۴۰۲؛ **تاریخ پذیرش:** ۳مرداد۱۴۰۲

**چکیده**

**هدف و زمینه:** اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در کودکان است. پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی بازی‌درمانی گروهی گلدراد همراه با کنترل دارویی بر تکانشگری کودکان دارای اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی انجام شد.

**روش‌بررسی:** روش این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. از بین کودکان ۶تا۹ سال دارای علائم اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی شهر یزد، سی نفر داوطلب واجد شرایط به‌شکل تصادفی ساده وارد مطالعه شدند. سپس باگمارش تصادفی پانزده نفر در گروه مداخله و پانزده نفر در گروه گواه قرار گرفتند. همهٔ کودکان مصرف‌کنندهٔ داروی ریتالین به‌صورت ۵ میلی‌گرم ریتالین خوراکی، دو بار در روز بودند. امتیازات متغیر تکانشگری به‌وسیلهٔ مقیاس تکانشگری بارت (پاتون و همکاران، ۱۹۹۵) در دو نوبت زمانی قبل و بعد از بازی‌درمانی مقایسه شد. افراد گروه مداخله طی چهار هفته در هشت جلسه، بازی‌درمانی گروهی را هفته‌ای دوبار دریافت کردند؛ اما برای گروه گواه بازی‌درمانی انجام نشد. تحلیل داده‌ها بااستفاده از آزمون تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۱۷ صورت پذیرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد، امتیاز متغیر تکانشگری در کودکان دارای اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی در گروه مداخله و بعد از دریافت درمان، درمقایسه با گروه گواه به‌طور معناداری کاهش پیدا کرد ($p<۰/۰۰۱$). نتایج مربوط به اندازهٔ اثر نیز مشخص کرد، ۶۱درصد از تفاوت بین گروه مداخله و گروه گواه در مؤلفهٔ تکانشگری ناشی‌از اجرای بازی‌درمانی گروهی بود.

**نتیجه‌گیری:** براساس نتایج این پژوهش، از بازی‌درمانی گروهی گلدراد می‌توان به‌عنوان درمانی مکمل برای بهبود تکانشگری در کودکان دارای اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** بازی‌درمانی، تکانشگری، اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی.

**حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۳، مجله مطالعات ناتوانی.** این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار- 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

اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی[1]، از اختلالات روان‌پزشکی بسیار شایع در کودکان است (۱). به‌طور کلاسیک، اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی به‌عنوان اختلال رشد عصبی ارثی توصیف شده است که درراستای مشکلات بی‌توجهی و بیش‌فعالی و تکانشگری[2] مشخص می‌شود (۲). با شیوع بیش از ۵درصد، اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی کودک و نوجوان است (۳). در بسیاری از مبتلایان، مشکلات کودکان دارای اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی تا بزرگسالی ادامه می‌یابد و با نتایج ضعیف تحصیلی و اجتماعی و شغلی همراه است (۴).

به‌طورکلی اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی در کودکان در سن مدرسه تشخیص داده می‌شود؛ بااین‌حال، اکثر والدین کودکانی که برای ارزیابی علائم اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی مراجعه می‌کنند، شروع علائم را در سن چهارسالگی یا زودتر گزارش می‌دهند (۵). رشد غیرعادی قشر مغز در کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی در اوایل سال‌های پیش‌دبستانی مشاهده شده است (۶). والدین و سایر مراقبان عموماً درمقایسه با کودکان دیگر، سطح بیشتری از فعالیت و تکانشگری را در کودکان خردسال انتظار دارند؛ باوجوداین، تشخیص زودهنگام اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی، نکته‌ای کلیدی است که می‌تواند از ایجاد پیامدهای اجتماعی و عملکردی ضعیف مرتبط با اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی جلوگیری کند (۷).

در اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی تصور می‌شود، ناهنجاری‌های مغزی نشان‌دهندهٔ تأخیر رشد در ساختار و عملکرد مغز است که منجربه اختلالات شناختی[3] در این بیماران می‌شود (۷). لوکیتو و همکاران کاهش حجم مادهٔ خاکستری را در قشر اوربیتوفرونتال شکمی‌میانی[4] و عقده‌های قاعده‌ای[5] گزارش کردند (۷). علاوه‌براین، کاهش حجم مادهٔ خاکستری در عقده‌های قاعده‌ای، آمیگدال[6] و هیپوکامپ[7]، نواحی پیشانی[8]، گیجگاهی[9] و آهیانه[10] عنوان شد (۸).

تکانشگری، تمایل به عمل‌کردن براساس هوس و انجام رفتاری است که مشخصهٔ آن کم‌اندیشی، تأمل یا درنظرگرفتن پیامدهای رفتار است. رفتارهای تکانشی معمولاً همراه با تصور ضعیف[11]، بیان زودهنگام[12]، پرخطر یا نامناسب با موقعیت است که اغلب منجربه پیامدهای نامطلوب می‌شود (۹). مفهوم تکانشگری طیف گسترده‌ای از رفتارها را در بر می‌گیرد که شامل شکست در مهار حرکتی تا استعداد فردی برای انتخاب پاداش‌های کوچک و فوری درمقابل پاداش‌های بزرگ اما تأخیری است (۱۰). ساختارشکنی این رفتار دو زیرگروه اصلی را نشان می‌دهد: تکانشگری حرکتی[13] ازجمله مهار پاسخ حرکتی که با شکست در توقف پاسخِ قبلاً اجراشده و وقوع زیاد پاسخ‌های زودرس یا پیش‌بینی‌شده ارزیابی می‌شود؛ تکانشگری تصمیم‌گیری[14] که شامل سازوکارهای انتخاب شناختی[15] و تمایل به تصمیم‌گیری سریع بدون‌توجه کافی به گزینه‌ها است. سطوح بالایی از تکانشگری در اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی، اختلال سلوک[16]، اختلال شخصیت ضداجتماعی[17] و اختلال سوءمصرف مواد[18] گزارش شد (۹). سیلور و امان دریافتند، بیش از ۵۰درصد از نوجوانان دارای اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی رفتارهای پرخاشگرانهٔ تکانشی[19] درخورتوجهی نشان می‌دهند. رفتارهای پرخاشگرانهٔ تکانشی که موجب طرد همسالان و چرخهٔ معیوب تشدید اختلال عملکرد می‌شود، ممکن است عاملی کلیدی در پیامدهای روانی اجتماعی نامطلوب منتسب به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی باشد (۱۱).

درمان‌های دارویی و غیردارویی مختلفی در درمان اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی به‌کار می‌رود. یکی از رویکردهای درمانی استفاده‌شده در این کودکان، بازی‌درمانی[20] است. بازی لذت‌بخش، ذاتاً برانگیزاننده، فرایندمحور و فعالیت‌های جسمی یا ذهنی آزادانه انتخاب‌شده است که در آن کودک به‌طور خودبه‌خود و عمدتاً در محیطی امن به‌طور فعال درگیر می‌شود. بچه‌ها باید تفریح کنند وگرنه بازی به‌شمار نمی‌رود (۱۲). بازی‌درمانی به‌عنوان استفادهٔ سیستماتیک از یک مدل نظری تعریف می‌شود که فرایندی بین‌فردی را ایجاد می‌کند و در آن درمانگران آموزش‌دیده از قدرت درمانی بازی برای کمک به کودکان به‌منظور پیشگیری یا حل مشکلات روانی‌اجتماعی و دستیابی به رشد مطلوب بهره می‌برند. بازی‌درمانی شکلی از رویکرد روان‌درمانی کودکان و ابزاری روان‌تشخیصی است (۱۳). بازی‌درمانی گلدراد ابراز احساسات، حل مسئله، تصمیم‌گیری، ارتباط، مهارت‌های اجتماعی، هیجانات، خودپنداره و عزت‌نفس را تحت پوشش قرار می‌دهد و ازطریق بازی‌های تخیلی و قصه‌گویی به اصلاح روان‌شناختی کودکان می‌پردازد (۱۴). در مطالعهٔ جعفری و همکاران در رابطه با تأثیر بازی‌درمانی بر کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی مشخص شد، استفاده از روش درمانی مذکور منجربه کاهش نافرمانی درگروه آزمایش شده است (۱۵). لیائو و همکاران در پژوهشی بیان کردند، بازی‌درمانی بر افزایش تعامل اجتماعی و رفتارهای انطباقی کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم کمک می‌کند (۱۶). بلقان‌آبادی و عرفانی‌فر دریافتند، بازی‌درمانی باعث کاهش نافرمانی مقابله‌ای و فزون‌کنشی در کودکان پیش‌دبستانی می‌شود (۱۷).

متأسفانه درمان‌های مختلف دارویی و غیردارویی به‌کاررفته در اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی به‌طور کامل نتوانسته است مشکلات کودکان دارای اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی و خانواده‌های آن‌ها را

---

1. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)
2. Impulsiveness
3. Cognitive disorders
4. Ventromedial orbitofrontal cortex
5. Basal ganglia
6. Amygdala
7. Hippocampus
8. Frontal
9. Temporal
10. Parietal
11. Poorly conceived
12. Prematurely expressed
13. Motor impulsivity
14. Decisional impulsivity
15. Cognitive choice
16. Conduct Disorder
17. Antisocial Personality Disorder
18. Substance Abuse Disorder
19. Impulsive aggression behavior
20. Play Therapy

از بین ببرد. ازطرف‌دیگر شیوع زیاد کودکان اختلال نقص توجه‌ـ بیش‌فعالی و رفتارهای تکانشی فراوان آن‌ها می‌تواند مشکلات بسیاری را در زندگی تحصیلی و شغلی آنان ایجاد کند. همچنین اثربخشی بازی‌درمانی به‌روش بازی‌درمانی کاترین گلدراد[1] و دیوید گلدراد[2] (۱۴) همراه با کنترل دارویی روی رفتارهای تکانشی در اختلال نقص توجه‌ـ بیش‌فعالی، بسیار کم هدف مطالعه قرار گرفته است؛ لذا این پژوهش به بررسی اثربخشی بازی‌درمانی گروهی گلدراد همراه با کنترل دارویی بر تکانشگری کودکان دارای اختلال نقص توجه‌ـ بیش‌فعالی پرداخت.

## ۲ روش‌بررسی

روش این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را کودکان ۶تا۹ سال دارای علائم اختلال نقص توجه‌ـ بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی شهر یزد تشکیل دادند. از بین افراد جامعه، سی نفر داوطلب واجد شرایط به‌شکل تصادفی ساده وارد مطالعه شدند و با گمارش تصادفی پانزده نفر در گروه مداخله و پانزده نفر در گروه گواه قرار گرفتند. معیارهای ورود کودکان به پژوهش عبارت بود از: داشتن اختلال نقص توجه‌ـ بیش‌فعالی و تأیید روان‌پزشک؛ محدودهٔ سنی۶تا۹ سال؛ استفاده‌نکردن از روش‌های درمانی دیگر مانند رفتاردرمانی؛ استفاده از دارویی به‌غیر از ریتالین. همهٔ کودکان، مصرف‌کنندهٔ داروی ریتالین به‌صورت ۵ میلی‌گرم ریتالین خوراکی، دو بار در روز بودند و مصرف دارویی کاملاً یکسان داشتند. ملاک‌های خروج کودکان از پژوهش شامل غیبت در یک جلسه بازی‌درمانی و تکمیل‌نکردن پرسش‌نامه در طول پژوهش بود. هریک از خانواده‌ها فرم رضایت‌نامهٔ شرکت در پژوهش را تکمیل کردند.

برای انجام پژوهش ابزارها و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

ـ مقیاس تکانشگری بارت[3]: این پرسش‌نامه توسط پاتون و همکاران در سال ۱۹۹۵ ساخته شد (۱۸). دارای سی پرسش است که سه عامل تکانشگری شناختی (سؤالات ۵، ۶، ۹، ۱۱، ۲۰، ۲۴، ۲۶، ۲۸) و تکانشگری حرکتی (سؤالات ۲، ۳، ۴، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۳۰) و بی‌برنامگی (سؤالات ۱، ۷، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۷، ۲۹) را ارزیابی می‌کند. پرسش‌ها به‌صورت طیف لیکرت چهاردرجه‌ای از به‌ندرت=۱ تا همیشه=۴ نمره‌گذاری می‌شود. کمترین و بیشترین نمرهٔ آزمودنی به‌ترتیب ۳۰ و ۱۲۰ است. روش اجرا و نمره‌گذاری در پرسش‌نامه بدین‌صورت است که آزمودنی به سی پرسش پاسخ می‌دهد و سپس نمرات جمع می‌شود. نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ تکانشگری بیشتر آزمودنی است (۱۸). سازندگان این مقیاس پایایی درونی آن را به‌روش آلفای کرونباخ برای نمرهٔ کل از ۰/۷۶تا۰/۸۳ و روایی درونی و پایایی به‌روش آلفای کرونباخ را به‌ترتیب برای تکانشگری شناختی ۰/۸۴ و ۰/۷۸، تکانشگری حرکتی ۰/۷۹ و ۰/۶۵ و بی‌برنامگی ۰/۸۲ و ۰/۶۱ گزارش کردند (۱۸). در مطالعهٔ داخل کشور، جاوید و همکاران اعتبار کل پرسش‌نامهٔ تکانشگری را با دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی تحلیل کردند و به‌ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ به‌دست آمد. آن‌ها بیان کردند، درمجموع نتایج این پژوهش حمایت تجربی کافی برای استفاده از مقیاس مذکور را در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی در ایران، فراهم می‌کند (۱۹).

ارزیابی اولیهٔ هر بیمار، روز اول و به‌مدت ۱/۵ ساعت صورت پذیرفت. همچنین پروندهٔ بیمار و اطلاعاتی مانند درمان‌های انجام‌شده تاکنون، تکمیل شد؛ درضمن قبل از انجام درمان، والدین کودکان شرکت‌کننده در پژوهش، فرم رضایت‌نامهٔ شرکت در پژوهش را امضا کردند. سپس از افراد نمونهٔ دو گروه آزمون مقیاس تکانشگری بارت (۱۸) گرفته شد و ثبت نتایج در پروندهٔ بیمار صورت گرفت.

در جلسات بعدی که طبق برنامهٔ زمانی با افراد نمونه هماهنگ شده بود، افراد گروه مداخله طی چهار هفته در هشت جلسه بازی‌درمانی گروهی را هفته‌ای دوبار دریافت کردند؛ اما برای گروه گواه بازی‌درمانی انجام نشد. پروتکل درمانی استفاده‌شده در این پژوهش برای هر بیمار هشت جلسه بازی‌درمانی گروهی نوددقیقه‌ای بود که شرح جلسات در جدول ۱ آمده است. در این مطالعه جلسات بازی‌درمانی به‌شیوهٔ گروهی از *راهنمای مشاوره با کودکان با روش بازی‌درمانی* کاترین گلدراد و دیوید گلدراد تنظیم شد که از نظر محتوایی به‌تأیید سه نفر از متخصصان رسید (۱۴).

جدول ۱. محتوای جلسات بازی‌درمانی گروهی

| جلسه | محتوای جلسه |
|---|---|
| اول | آشنایی درمانگر با کودکان ازطریق ارتباطی گرم و دوستانه و آشنایی کودکان با یکدیگر، ارائهٔ قوانین و وظایف هر عضو و فعالیت‌های جلسات گروهی |
| دوم | پذیرش کودک به‌طور کامل آن‌گونه که است بدون‌تحسین و سرزنش، شناسایی احساسات کودکان و ایجاد شرایط لازم برای برون‌ریزی احساسات آن‌ها (بازی ایفای نقش، قصه‌گویی، شن‌بازی) |
| سوم | کمک به کودکان درجهت شناخت احساسات مثبت و منفی و افزایش مهارت مقابله با هیجان‌های منفی ازطریق ایجاد فضایی سهل‌گیرانه (برچسب‌های احساسات و هیجان‌ها، بازی حدس بزن چیه) |
| چهارم | آموزش شناسایی افکار منفی ازجمله پرخاشگری و برگرداندن آن‌ها به کودکان (بازی حدس بزن چیه، کوه آتشفشان) |
| پنجم | آموزش مهارت مهار خشم ازطریق رعایت اصل احترام به کودک (بازی ایفای نقش) |
| ششم | آشنایی کودک با رفتارهای پسندیده و رفتارهای ناپسند برای آموزش مهارت‌های اجتماعی (بازی پیداکردن یک احساس، پیش از پرش نگاه کنید) |
| هفتم | آموزش همکاری و ایجاد ارتباطات اجتماعی در کودکان (بازی‌هایی برای ایجاد دوستی و حل تعارض‌ها مانند آغازکردن گفت‌وگو و پیداکردن یک احساس) |
| هشتم | نتیجه‌گیری، مرور و تمرین، خداحافظی با کودکان |

[1]. Kathryn Geldard
[2]. David Geldard
[3]. Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11)

در پایان درمان، مقیاس تکانشگری بارت (۱۸) مجدد برای افراد نمونهٔ دو گروه اجرا شد و ثبت نتایج در پرسش‌نامهٔ بیمار صورت گرفت. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۱۷ و بااستفاده از آزمون تحلیل کوواریانس انجام پذیرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

## ۳ یافته‌ها

در این پژوهش، سی کودک دارای اختلال نقص توجه‌ـ بیش‌فعالی شرکت کردند. میانگین و انحراف معیار سنی افراد نمونه در گروه گواه (۰/۸۶۱±) ۷/۸۰ سال و در گروه مداخله (۰/۷۴۳±) ۷/۸۶ سال بود.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر تکانشگری به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس

| حیطه | پیش‌آزمون | | | پس‌آزمون | | مقایسهٔ پس‌آزمون | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | گروه | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | مقدار F | مقدار $p$ | اندازهٔ اثر |
| تکانشگری | مداخله | ۸۷/۳۱ | ۱۳/۵۸ | ۵۷/۴۲ | ۹/۰۸ | ۱۸/۳۴ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۱ |
| | گواه | ۸۱/۹۷ | ۱۱/۲۴ | ۸۲/۱۵ | ۱۲/۴۹ | | | |

باتوجه به جدول ۲، میانگین گروه مداخله در متغیر تکانشگری کمتر از گروه گواه بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد، با تعدیل اثر پیش‌آزمون بین گروه مداخلهٔ دریافت‌کنندهٔ بازی‌درمانی گروهی و گروه گواه بدون‌هیچ‌نوع مداخله‌ای در پس‌آزمون، در میانگین تکانشگری تفاوت معنادار وجود داشت ($p$<۰/۰۰۱)؛ یعنی این درمان باعث بهبود تکانشگری در کودکان دارای اختلال نقص توجه‌ـ بیش‌فعالی شد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، هشت جلسه بازی‌درمانی گروهی نوددقیقه‌ای بر تکانشگری کودکان دارای اختلال نقص توجه‌ـ بیش‌فعالی اثر داشته است. نتایج مربوط به اندازهٔ اثر نیز مشخص کرد، ۶۱درصد از تفاوت بین گروه مداخله و گروه گواه در مؤلفهٔ تکانشگری ناشی‌از اجرای بازی‌درمانی گروهی بود.

## ۴ بحث

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی بازی‌درمانی گروهی گلدراد همراه با کنترل دارویی بر تکانشگری کودکان دارای اختلال نقص‌توجه‌ـ بیش‌فعالی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد، بازی‌درمانی گروهی همراه با کنترل دارویی بر تکانشگری کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی‌ـ کمبود توجه تأثیر معناداری داشت و منجربه بهبود تکانشگری در این بیماران شد. نتایج این پژوهش با مطالعهٔ جعفری و همکاران در رابطه با تأثیر بازی‌درمانی بر کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، همسوست. آن‌ها دریافتند، استفاده از روش درمانی مذکور سبب کاهش نافرمانی در گروه آزمایش شده است (۱۵)؛ درضمن با نتایج پژوهش تیموری و همکاران همسوست. آن‌ها بیان کردند، بازی‌درمانی گروهی می‌تواند به‌عنوان روشی مکمل در کنار سایر روش‌های کاردرمانی رایج، در کاهش علائم مشکلات رفتاری هیجانی کودکان ۶تا۱۲ سال با اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه مفید باشد (۲۰).

استوارت و همکاران عنوان کردند بازی، تجربه‌ای هیجانی و خلاقانه است که سطح اکسی‌توسین را بالا می‌برد. هورمون اکسی‌توسین، احساس رفاه عاطفی و اعتماد را افزایش می‌دهد؛ بنابراین، اکسی‌توسین سبب تسهیل رابطهٔ درمانی بین بازی‌درمانگر و کودک می‌شود که به کودک کمک می‌کند از تخیل خود استفاده کند و او را برای تغییر رفتار آماده می‌سازد (۲۱). همچنین بازی، سبب فعال‌شدن نورون‌های آینه‌ای می‌شود که به درمانگر کمک می‌کند وضعیت عاطفی کودک را دقیق بخواند و با او ارتباط برقرار سازد. بازی‌درمانی تشکیل مدارهای عصبی جدید را تشویق می‌کند و باعث افزایش انعطاف‌پذیری عصبی می‌شود (۲۲).

انعطاف‌پذیری عصبی ناشی‌از بازی‌درمانی ازطریق چهار مسیر اصلیِ هماهنگی همدلانه، تحریک عاطفی، ادغام عاطفی و شناختی و روایت‌های غیرکلامی، خودشناسی و تغییرات را ایجاد می‌کند. هماهنگی همدلانه، محیط شیمیایی ایده‌آل را برای ایجاد مسیرهای عصبی جدید فراهم می‌آورد. تحریک عاطفی، مسیرهای عصبی را تحکیم و یکپارچه می‌کند. ادغام عاطفی و شناختی در ظهور خطوط عصبی پیچیده و ظریف کمک‌کننده است (۲۳). بازی‌درمانی به کودک این امکان را می‌دهد که عملکردهای خلاقانه و عاطفی و بیانی سمت راست مغز را با عملکردهای منطقی و قانون‌مدار و تحلیلی مغز چپ ادغام کند. مغز برای ایجاد سیناپسی جدید به چهارصد تکرار نیاز دارد. بازی به مغز کمک می‌کند برای هر ۱۰تا۲۰ تکرار یک سیناپس به‌وجود آورد (۲۱). بازی‌درمانگر فضای امنی را برای کودک ایجاد می‌کند. کودک باید قادر باشد احساسات و رفتارها را با توجه مثبت بی‌قیدوشرط منعکس کند. درمانگر محیطی آسان برای کودک فراهم می‌آورد که در آن هر چیزی می‌تواند بیان شود؛ درعین‌حال، درمانگر در مواقع لزوم برای اطمینان از محیط نگهداری مناسب، مرزها را تعیین می‌کند. بازی‌درمانگر مشکلات کودک را مشاهده و درک می‌کند. سپس، وی می‌تواند کودک را یاری دهد تا احساسات خود را کشف کند و با هرگونه ترومای حل‌نشده، با داربست‌دادن به کودک و دستاوردهای درمانی مقابله کند (۲۳). درمانگر از بازی برای کمک به کودکان برای تغییر جهت دادن رفتارهای نپذیرفتنی، کشف و تمرین

سازوکارهای مقابله‌ای جدید، شکل‌گیری مدارهای عصبی عملکردی جدید و سازوکارهای اپی‌ژنتیکی سالم‌تر استفاده می‌کند (۲۱).
جعفری و همکاران گزارش کردند،استفاده از بازی‌درمانی باعث کاهش علائم اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در کودکان پیش‌دبستانی می‌شود. بازی‌درمانی تکنیکی است که در طی آن به کودک فرصتی داده می‌شود در ایده‌آل‌ترین شرایط رشد را تجربه کند. بازی راهی طبیعی برای ابراز وجود کودکان است و فرصتی را برای آن‌ها فراهم می‌آورد تا به‌تدریج احساسات سرکوب‌شده و تنش‌ها، ناامیدی‌ها، احساس ناامنی، پرخاشگری و ترس از سردرگمی را رها کنند (۱۵). بلقان‌آبادی و عرفانی‌فر در پژوهش خود بیان کردند که با آزاد گذاشتن کودکان در انتخاب اسباب‌بازی، ابتکار عمل در اختیار کودکان قرار می‌گیرد تا اهداف مختلفی را در بازی دنبال کنند. به‌نظر می‌رسد این چارچوب‌زدایی از فعالیت‌ها و بازی‌های کودک در کاهش علائم تکانشگری مؤثر است. همچنین باید کودک تجربیات بسیاری را یک‌جا در آن تجربه کند تا کاربرد صحیح و کشف‌کردن را ازطریق آن بیاموزد. کودکی که از ابتدا در فضایی بسته زندگی کند و با نسخه‌های کلیشه‌ای عوام تربیت شود، آینده‌ای جز افسردگی و پرخاشگری نخواهد داشت (۱۷). همان‌گونه که گیاه به نور، آب و خاک قوی و مناسب برای رشد نیازمند است، کودک نیز به آزادی، احترام و استقلال نسبی احتیاج مبرم دارد تا از این رهگذر به حقوق حقیقی خود دست یابد و به کمال برسد. ابتکار عمل و آزادی انتخاب در نوع بازی برای کودکان دارای تکانشگری می‌تواند روشی برای کاهش تکانشگری آن‌ها باشد (۱۶). اوگاندل در پژوهشی عنوان کرد، بازی‌درمانی می‌تواند به کودک کمک کند درقبال رفتارهای خاص مسئولیت‌پذیرتر شود، راهبردهای مقابله‌ای را توسعه دهد، مهارت‌های حل مسئلهٔ خلاقانه را تقویت کند، احترام به خود را بیاموزد، به دیگران احترام بگذارد، احساسات را ابراز کند و به تقویت روابط خانوادگی بپردازد. بازی‌درمانی برای تخلیهٔ تنش کودک کمک‌کننده است و ارتباط بزرگسالان با دنیای درونی کودک را تسهیل می‌کند و منجربه کاهش رفتارهای تکانشگری در کودکان می‌شود (۲۴).

## ۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، هشت جلسه بازی‌درمانی گروهی نوددقیقه‌ای گلدراد منجربه بهبود تکانشگری کودکان دارای اختلال نقص‌توجه ـ بیش‌فعالی می‌شود؛ لذا می‌توان از بازی‌درمانی گروهی به‌عنوان درمان مکمل در کنار سایر روش‌های درمانی برای درمان مشکلات کودکان دارای اختلال نقص‌توجه ـ بیش‌فعالی استفاده کرد.


## ۶ تشکر و قدردانی

از کلینیک‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی شهرستان یزد و تمامی عزیزانی که در انجام پژوهش یاری کردند، سپاسگزاری می‌شود.


## ۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

از تمامی افراد حاضر در این پژوهش، رضایت‌نامه گرفته شد. همچنین دربارهٔ محرمانه‌ماندن اطلاعات آن‌ها اطمینان خاطر داده شد. این پژوهش دارای شناسهٔ کد اخلاق IR.IAU.TON.REC.1402.016 از کارگروه کمیتهٔ اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن است.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

در این پژوهش به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه است و تحلیل داده‌های آن‌ها به‌صورت گروهی انجام می‌شود؛ اما نویسندگان متعهد شدند امکان دسترسی به داده‌های اولیهٔ پژوهش را ازطریق لینک برای داوران و سردبیر محترم فراهم آورند.

تضاد منافع

این مقاله مستخرج از رسالهٔ مقطع دکتری روان‌شناسی است. تمامی منابع مالی این تحقیق توسط نویسندهٔ اول پژوهش و با هزینه‌های شخصی تأمین شده است.


منابع مالی

تمامی منابع مالی این تحقیق توسط نویسندهٔ اول پژوهش و با هزینه‌های شخصی تأمین شده است.


مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول همهٔ فرایندهای اجرای پژوهش را برعهده داشت و جمع‌آوری داده‌ها و آنالیز و تحلیل داده‌ها را انجام داد. نویسندهٔ دوم در طراحی مطالعه نقش داشت و تفسیر نتایج را انجام داد. نویسندهٔ سوم در طراحی مطالعه سهیم بود و جمع‌آوری داده‌ها و هماهنگی‌های لازم برای ارائهٔ آزمایش‌ها را انجام داد؛ به‌علاوه تفسیر و بررسی صحت داده‌ها و نتایج تحقیق را بر عهده و در آن همکاری داشت. همچنین همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

## References


1. Sayal K, Prasad V, Daley D, Ford T, Coghill D. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. Lancet Psychiatry. 2018;5(2):175–86. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30167-0
2. Dutta CN, Christov-Moore L, Ombao H, Douglas PK. Neuroprotection in late life attention-deficit/hyperactivity disorder: a review of pharmacotherapy and phenotype across the lifespan. Front Hum Neurosci. 2022;16:938501. https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.938501
3. Drechsler R, Brem S, Brandeis D, Grünblatt E, Berger G, Walitza S. ADHD: current concepts and treatments in children and adolescents. Neuropediatrics. 2020;51(05):315–35. https://doi.org/10.1055/s-0040-1701658
4. Rubia K, Westwood S, Aggensteiner PM, Brandeis D. Neurotherapeutics for attention deficit/hyperactivity disorder (adhd): a review. cells. 2021;10(8):2156. https://doi.org/10.3390/cells10082156

5. Jacobson LA, Crocetti D, Dirlikov B, Slifer K, Denckla MB, Mostofsky SH, et al. Anomalous brain development is evident in preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Int Neuropsychol Soc. 2018;24(6):531–9. https://doi.org/10.1017/s1355617718000103
6. Wigal S, Chappell P, Palumbo D, Lubaczewski S, Ramaker S, Abbas R. Diagnosis and treatment options for preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2020;30(2):104–18. https://doi.org/10.1089/cap.2019.0116
7. Lukito S, Norman L, Carlisi C, Radua J, Hart H, Simonoff E, et al. Comparative meta-analyses of brain structural and functional abnormalities during cognitive control in attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder. Psychol Med. 2020;50(6):894–919. https://doi.org/10.1017/S0033291720000574
8. Hoogman M, Bralten J, Hibar DP, Mennes M, Zwiers MP, Schweren LSJ, et al. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. Lancet Psychiatry. 2017;4(4):310–9. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30049-4
9. Caprioli D, Sawiak SJ, Merlo E, Theobald DEH, Spoelder M, Jupp B, et al. Gamma aminobutyric acidergic and neuronal structural markers in the nucleus accumbens core underlie trait-like impulsive behavior. Biol Psychiatry. 2014;75(2):115–23. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.07.013
10. Dalley JW, Everitt BJ, Robbins TW. Impulsivity, compulsivity, and top-down cognitive control. Neuron. 2011;69(4):680–94. https://doi.org/10.1016/j.neuron.2011.01.020
11. Saylor KE, Amann BH. Impulsive aggression as a comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2016;26(1):19–25. https://doi.org/10.1089/cap.2015.0126
12. Elbeltagi R, Al-Beltagi M, Saeed NK, Alhawamdeh R. Play therapy in children with autism: Its role, implications, and limitations. World J Clin Pediatr. 2023;12(1):1–22. https://doi.org/10.5409/wjcp.v12.i1.1
13. Koukourikos K, Tsaloglidou A, Tzeha L, Iliadis C, Frantzana A, Katsimbeli A, et al. An overview of play therapy. Mater Sociomed. 2021;33(4):293. https://doi.org/10.5455/msm.2021.33.293-297
14. Geldard K, Geldard D. Counseling children (a practical introduction). Arjmandi Z. (Persian translator). Tehran: Arjmand Pub; 2022. [Persian]
15. Jafari N, Mohammadi MR, Khanbani M, Farid S, Chiti P. Effect of play therapy on behavioral problems of maladjusted preschool children. Iran J Psychiatry. 2011;6(1):37–42.
16. Liao ST, Hwang YS, Chen YJ, Lee P, Chen SJ, Lin LY. Home-based DIR/Floortime™ intervention program for preschool children with autism spectrum disorders: preliminary findings. Phys Occup Ther Pediatr. 2014;34(4):356–67. https://doi.org/10.3109/01942638.2014.918074
17. Bolghan-Abadi M, Erfanyfar B. Effectiveness of floor time play therapy on the oppositional defiant and hyperactivity disorders on reducing of preschool children. Biannual Journal of Applied Counseling. 2022;11(2):1–20. [Persian]. https://jac.scu.ac.ir/article_17138.html?lang=en
18. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. J Clin Psychol. 1995;51(6):768–74. https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::aid-jclp2270510607>3.0.co;2-1
19. Javid M, Mohammadi N, Rahimi C. Psychometric properties of an Iranian version of the Barratt Impulsiveness Scale–11 (BIS–11). Psychological Models and Methods. 2012;2(8):23–34. [Persian] https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_1088.html?lang=en
20. Teimourian S, Mirzaei H, Pishyare E, Hosseinzadeh S. Effect of group play therapy on emotional/behavioral problems of children with attention deficit hyperactivity disorder aged 6-12 years. Archieves of Rehabilitation. 2020;21(3):390–405. [Persian] http://dx.doi.org/10.32598/RJ.21.3.3158.1
21. Stewart AL, Field TA, Echterling LG. Neuroscience and the magic of play therapy. International Journal of Play Therapy. 2016 Jan;25(1):4–13. https://doi.org/10.1037/pla0000016
22. Shirk SR, Karver MS, Brown R. The alliance in child and adolescent psychotherapy. Psychotherapy. 2011;48(1):17–24. https://doi.org/10.1037/a0022181
23. Jayne KM, Purswell KE, Stulmaker HL. Facilitating congruence, empathy, and unconditional positive regard through therapeutic limit-setting: attitudinal conditions limit-setting model (ACLM). International Journal of Play Therapy. 2019;28(4):238–49. https://doi.org/10.1037/pla0000101
24. Ogundele MO. Behavioural and emotional disorders in childhood: a brief overview for paediatricians. World J Clin Pediatr. 2018;7(1):9–26. https://doi.org/10.5409/wjcp.v7.i1.9