MEJDS. 2019; 9:86.

Published online 2019 Nov. **Research Article**

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

Zarandi A[1], *Ghodrati S[2], Vatankhah HR[2]

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.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.10.2]

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):۸۶.

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی آموزش بازی مبتنی بر روش شناختی‌رفتاری بر تکانشگری کودکان مبتلا به ADHD

امینه زرندی[۱]، *سیما قدرتی[۲]، حمیدرضا وطن‌خواه[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی‌ارشد مشاوره و راهنمایی، گروه روان‌شناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

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

*رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول: sima.ghodrati17@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۳۱شهریورماه۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۲شهریورماه ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: بیش‌فعالی، یک اختلال عصبی‌رشدی است که با الگوهای رفتاری مداومی چون بی‌توجهی یا بیش‌فعالی‌تکانشگری شناسایی می‌شود. هدف پژوهش تعیین اثربخشی آموزش بازی مبتنی بر روش شناختی‌رفتاری بر تکانشگری کودکان مبتلا به نقص تمرکز/بیش‌فعالی بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه گواه و گمارش تصادفی بود. جامعهٔ پژوهش شامل تمام دانش‌آموزان پسر ۷ تا ۱۰سالهٔ مقطع ابتدایی دارای اختلال نقص تمرکز و بیش‌فعالی منطقهٔ سه کرج بودند. از این میان، ۲۴ نفر به‌روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گواه (۱۲ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش به‌مدت ۸ جلسهٔ ۳۰دقیقه‌ای، بازی مبتنی بر روش شناختی‌رفتاری را دریافت کرد. هر دو گروه در دو مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون به پرسش‌نامهٔ والدین کانرز پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری‌شده به‌وسیلهٔ تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۰ در سطح خطای (۰/۰۱) تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد بین میانگین مشکلات سلوک، مشکلات یادگیری، مشکلات روان‌تنی، تکانشگری و اضطراب‌انفعال گروه آزمایش و گواه در مرحلهٔ پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که آموزش بازی مبتنی بر روش شناختی‌رفتاری، تکانشگری و عدم توجه کودکان مبتلا به نقص تمرکز/بیش‌فعالی را بهبود بخشید.

کلیدواژه‌ها: بازی‌درمانی شناختی، اختلال نقص تمرکز، بیش‌فعالی، تکانشگری.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، 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.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.10.2]

۱ مقدمه

اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی[1] 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 نقص‌توجه/بیش‌فعالی شایع‌ترین اختلال رفتاری دوران کودکی است. شیوع این اختلال بین ۳ تا ۵درصد 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 بیش‌فعال‌ـ تکانشگر و نوع مرکب. کودکان مبتلا به این اختلال علاوه بر سه نشانهٔ اساسی نقص توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری[2] ، اغلب به‌عنوان کودکان تحریک‌پذیر، مداخله‌جو، پرجنب‌وجوش، نامرتب، پرخاشگر، پرتنش و هیجانی مشخص می‌شوند و انواع مشکلات ثانویهٔ 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، تمرکزنداشتن بر فعالیت در دست اقدام و نداشتنِ برنامه‌ریزی و تفکر و بخشی از یک الگوی رفتاری و نه یک اقدام منفرد تعریف شده است (۵).

از طرفی، نیگ 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. بازی‌درمانی یک زبان ارتباطی برای کودک است و به‌عنوان یک ارتباط بین فردی پویا بین کودک و درمانگر آموزش‌دیده در فرایند بازی‌درمانی توصیف می‌شود که رشد ارتباط امن را برای کودک تسهیل می‌کند تا کودک به‌طور کامل خود را بیان کند. کودک از طریق بازی‌درمانی می‌تواند مهارت‌های خودکنترلی را بهتر فراگیرد (۷).

از جمله روش‌های مؤثر بازی‌درمانی، بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری است. پیش‌فرض مورداستفاده آن است که واکنش کودک به یک رویداد، متأثر از معانی و مضامینی است که به رویداد نسبت می‌دهد. به‌بیان 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 بازی‌درمانی را بر طیف گسترده‌ای از اختلالات روان‌شناختی تأیید کرده‌اند (۱۶ـ۹).

در این راستا برخی از پژوهشگران نشان داده‌اند بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری بر اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی تأثیر دارد (۲۰ـ۱۷)؛ با این حال کمتر پژوهشی در ایران تأثیر بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری را بر تکانشگری اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی بررسی کرده است. حال با توجه به تمامی مطالب گفته‌شده دربارهٔ مشکلات گستردهٔ تحصیلی، شغلی، اجتماعی و خانوادگی برای کودکان مبتلا به اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی (۲۱) و اهمیتی که بازی‌درمانی در بیان افکار و احساسات کودکان دارد، این تحقیق بر آن شد تا به تعیین اثربخشی آموزش بازی مبتنی بر روش شناختی‌رفتاری بر تکانشگری کودکان مبتلا به نقص تمرکز/بیش‌فعالی بپردازد.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه گواه و گمارش تصادفی بود. جامعهٔ آماری این پژوهش تمام دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی با گروه سنی ۷ تا ۱۰ سالهٔ دارای اختلال نقص تمرکز و بیش‌فعالی بودند که در مدارس منطقهٔ سه کرج در سال تحصیلی ۱۳۹۷ـ۱۳۹۶ 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 منطقهٔ سه کرج که ۱۱۰۰ نفر بودند، با استناد به فرمول کوکران، ۲۸۳ نفر به‌صورت تصادفی به‌عنوان نمونهٔ اولیه انتخاب شدند و پرسش‌نامهٔ مقیاس کانرز (والدین) بین دانش‌آموزان اجرا شد که از این میان، ۲۴ نفر نمراتشان در تکانشگری، دو انحراف‌معیار بالاتر از میانگین کل بود که به‌صورت تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش (هر گروه ۱۲ نفر) قرار گرفتند.

گروه آزمایش، فنون بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری را به‌مدت ۸ جلسهٔ ۳۰دقیقه‌ای، هر هفته یک جلسه دریافت کرد؛ اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. قبل از اجرای جلسات بازی‌درمانی 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 مشاورهٔ رازی کرج به‌منظور اجرای روند درمان حضور یابند. شیوهٔ اجرا به این صورت بود که ابتدا همهٔ 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 بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری به‌صورت گروهی انجام شده است. در ادامه، در جدول ۱ خلاصه‌ای از بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری ارائه شده است. در این پژوهش از یک پرسش‌نامه برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده است.

- پرسش‌نامهٔ والدین کانرز (CPRS)[3]: این مقیاس را کانرز تهیه کرده است (۲۲). پرسش‌نامهٔ کانرز بر اساس علائم تشخیصی نظام تشخیص‌طبقه‌بندی انجمن روان‌پزشکی آمریکاست و ۴۸ سؤال دارد. این فرم درجه‌بندی توسط والدین کودک پر می‌شود. محدودهٔ 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 ویژهٔ

[1]. Hyperactivity-deficit attention disorder

[2]. impulsivity

[3]. Conners parent rating scale

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.10.2]

والدین بر اساس تحلیل عوامل به این شرح است. (۲۴ گویه تحت عوامل زیر دسته‌بندی شده است): ۱. مشکلات سلوک با هشت گویه؛ ۲. مشکلات یادگیری با چهار گویه؛ ۳. مشکلات روان‌تنی با چهار گویه؛ ۴. بیش‌فعالی تکانشگری با چهار گویه؛ ۵. اضطراب‌انفعال با چهار گویه.

جدول ۱. فهرست فعالیت‌های جلسات بازی

جلسات	اهداف هر جلسه	بازی‌های مورداستفاده
اول	ایجاد رابطه‌درمانی، تقویت دقت دیداری	بازی‌های مدادکاغذی 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 خواندن کتاب با صدای بلند
پنجم	افزایش تمرکز	بازی شمع و بازی کتاب
ششم	کنترل بدن، رفتار و بهبود تمرکز	بالاوپایین‌رفتن از پله با لیوان پر از آب، شمارش معکوس اعداد، بازی سایه‌ها
هفتم	تقویت شنیداری	بازی کلمات متوالی بازی شنیداری، خوب گوش کن، بازی بادکنک
هشتم	تقویت دقت و حافظه و تمرکز، کاهش تکانشگری	بازی توپ تخم‌مرغی بازی نوبتی

روایی و پایایی مقیاس در مطالعات متنوع در کشورهای مختلفی گزارش شده است (۲۲). گویت، کانرز و اولریچ (۲۳) هم‌بستگی درونی را بین ۰/۴۱ تا ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند. پایایی بازآزمایی را معادل ۰/۸۳ و هم‌سانی درونی بین زیرمقیاس‌های مختلف را از ۰/۵۲ تا ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (۲۴). در ایران، شهاییان برای بررسی روایی، تحلیل عوامل با مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس به منظور پی‌بردن به ساختارهای زیربنایی آزمون انجام داد که چهار عامل مشکلات سلوک، مشکلات اجتماعی، اضطراب خجالتی و روان‌تنی به دست آمد. به‌منظور محاسبهٔ پایایی، از روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ و پایایی بین نمره‌گذاران استفاده شد. ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۵۸ برای نمرهٔ کل و از ۰/۴۱ برای زیرمقیاس مشکلات اجتماعی تا ۷۶ برای زیرمقیاس مشکلات سلوک متغیر بود. ضرایب آلفای کرونباخ برای نمرهٔ کل، معادل ۰/۷۳ و از ۰/۵۷ برای زیرمقیاس مشکلات اجتماعی تا ۰/۸۶ برای زیرمقیاس اضطراب‌خجالتی متغیر بود (۲۲).

در ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، نظیر میانگین و انحراف‌معیار، به توصیف وضعیت عمومی توزیع داده‌های پژوهش پرداخته می‌شود. از آزمون t دو جامعهٔ مستقل، برای مقایسهٔ 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 نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۰ در سطح خطای (۰/۰۱) تجزیه‌وتحلیل شد.

۳ یافته‌ها

در جدول ۲، آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف‌معیار نمرات سن آزمودنی‌ها به‌تفکیک برای گروه گواه و گروه آزمایش نشان داده شده است. همان طور که ملاحظه می‌شود، میانگین سن افراد گروه گواه برابر با ۸/۲ با انحراف‌معیار ۲/۹۹ و میانگین سن گروه آزمایش برابر با ۸/۵ با انحراف‌معیار ۳/۵۶ است. با توجه به بزرگ‌تربودن مقدار احتمال از مقدار ۰/۰۵، می‌توان نتیجه گرفت اختلاف آماری معناداری در سن دو گروه وجود نداشت.

جدول ۲. مقایسهٔ میانگین سن شرکت‌کنندگان دو گروه گواه و آزمایش

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

در جدول ۳ یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف‌معیار) هریک از متغیرها گزارش شده است.

همان طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس، یعنی آزمون همگنی واریانس (لون) و همگنی شیب‌ها در تمامی خرده‌مقیاس‌ها در سطح خطای ۱ درصد معنادار نبود. به‌عبارت دیگر، تساوی واریانس‌ها برقرار است و اثر متقابل بین متغیر تصادفی کمکی (پیش‌آزمون) و متغیر گروه (یعنی عامل) در پیش‌بینی متغیر وابسته معنادار نبود؛ بنابراین تحلیل کوواریانس انجام شد.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.10.2]

جدول ۳. نتایج میانگین و انحراف‌معیار متغیرهای مطالعه

شاخص‌های آماری گروه‌ها		مراحل	میانگین	انحراف‌معیار
مشکلات سلوک	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۶/۰۸	۴/۱۰
		پس‌آزمون	۱۲/۹۱	۳/۲۳
	گواه	پیش آزمون	۱۶/۹۱	۳/۷۰
		پس‌آزمون	۱۶/۵۰	۰/۵۸
مشکلات یادگیری	آزمایش	پیش آزمون	۵/۲۵	۳/۰۴
		پس‌آزمون	۳/۱۶	۲/۵۱
	گواه	پیش آزمون	۵/۳۳	۲/۶۷
		پس‌آزمون	۵/۴۱	۲/۷۱
مشکلات روان‌تنی	آزمایش	پیش‌آزمون	۵/۵۰	۲/۵۴
		پس‌آزمون	۳/۵۰	۱/۴۴
	گواه	پیش آزمون	۵/۰۰	۲/۲۹
		پس‌آزمون	۵/۱۶	۲/۰۸
بیش‌فعالی‌تکانشگری	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۰/۴۱	۱/۴۴
		پس‌آزمون	۶/۳۳	۲/۶۷
	گواه	پیش‌آزمون	۱۰/۳۳	۱/۵۵
		پس‌آزمون	۹/۸۳	۱/۵۲
اضطراب‌انفعال	آزمایش	پیش‌آزمون	۸/۶۶	۱/۸۲
		پس‌آزمون	۵/۹۱	۲/۲۷
	گواه	پیش‌آزمون	۸/۳۳	۲/۰۵
		پس‌آزمون	۸/۴۱	۲/۴۲

جدول ۴. نتایج آزمون همگنی واریانس و همگنی شیب‌ها

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

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.10.2]

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس

شاخص‌های آماری گروه‌ها		تحلیل کوواریانس		
		آمارهٔ آزمون	مقدار p	اندازهٔ اثر
مشکلات سلوک	پیش‌آزمون پس‌آزمون	۲۴/۸۳	<۰/۰۰۱	۰/۵۴۲
مشکلات یادگیری	پیش‌آزمون پس‌آزمون	۹/۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۳۰۹
مشکلات روان‌تنی	پیش‌آزمون پس‌آزمون	۱۶/۸۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۴۵
بیش‌فعالی‌تکانشگری	پیش‌آزمون پس‌آزمون	۱۹/۵۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۷۵
اضطراب‌انفعال	پیش‌آزمون پس‌آزمون	۱۸/۷۱	<۰/۰۰۱	۰۳۴۷۱

مقدار احتمال مقادیر آمارهٔ آزمون (F) محاسبه‌شده در تحلیل کوواریانس، به‌ترتیب برای مشکلات سلوک ($p<۰/۰۰۱$)، مشکلات یادگیری ($p<۰/۰۰۱$)، مشکلات روان‌تنی ($p<۰/۰۰۱$)، بیش‌فعالی‌تکانشگری ($p<۰/۰۰۱$) و اضطراب‌انفعال ($p<۰/۰۰۱$) نشان داد بین دو گروه اختلاف معناداری وجود دارد. به‌طور کلی نتایج نشان‌دهندهٔ کاهش معنادار نمرات گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در پس‌آزمون بود.

۴ بحث

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری در بهبود مشکلات سلوک، مشکلات یادگیری، مشکلات روان‌تنی، بیش‌فعالی‌تکانشگری و اضطراب‌انفعال کودکان مبتلا به نقص تمرکز/بیش‌فعالی تأثیر معناداری دارد.

درمانگران، از فعالیت‌های بازی به‌عنوان وسیله‌ای برای تغییر و اصلاح رفتار بهره می‌گیرند تا رفتارهای سازگارانه را تقویت کنند یا از موقعیت‌های بازی استفاده کنند تا مهارت‌های حل مسئله و سازگاری را آموزش دهند (۹). بدین ترتیب در جریان بازی‌درمانی، کودک ناچار است در اسباب‌بازی‌ها، ابزارها و زمان بازی، با درمانگر یا دیگران شریک شود. البته بازی درمانگر نیز به کودک کمک می‌کند به دیگران احترام بگذارد و آن‌ها را اذیت نکند. کودک می‌فهمد که جروبحث‌کردن و اذیت‌کردن دیگران و سرکش‌بودن زمان‌بر است و از فرصتش برای توضیح آنچه انجام داده است، می‌کاهد؛ بدین ترتیب این کودکان که تحت آموزش بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری قرار گرفته‌اند، با یادگیری و کسب مهارت‌های اجتماعی و احترام به دیگران و همین طور یادگیری نحوهٔ حل مسائل اجتماعی، توانسته‌اند از رفتارهای گستاخانه، زودرنج‌بودن، خراب‌کاری و مشاجره پرهیز کنند و این‌ها در کاهش مشکلات سلوک مؤثر است. همین طور کودک می‌تواند شیوه‌های ناسازگارانهٔ مقابله را با راه‌های سازگارانه‌تر جایگزین کند و بدین‌سان توانایی بیشتری برای سازگاری با محیط داشته باشد و در نتیجه احساس کنترل و پیش‌بینی‌پذیری در وی ایجاد شود؛ در نهایت وی می‌تواند نگرانی و تشویش و اضطراب خود را بهتر کنترل کند.

همین طور در جریان بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری، مؤلفه‌های حافظه، از جمله حافظهٔ کلامی و حافظهٔ بینایی‌فضایی، با استفاده از اشکال، حروف و اعداد، برای کودکان اجرا و تقویت می‌شود (۱۲)؛ بنابراین می‌توان اظهار داشت این نوع بازی‌ها که در راستای تقویت حافظه و موجب تقویت حافظهٔ بینایی شده است، در نهایت موجب بهبود عملکردهای شناختی می‌شود. گفتنی است توانایی‌های شناختی همچون داشتن حافظهٔ بهتر می‌تواند روند یادگیری را تسهیل کند و به بهبود فرایند یاددهی‌یادگیری، به‌خاطرسپاری و یادآوری بهتر منجر شود. از دیگر سو، تخلیهٔ هیجانی و بروز عواطف منفی و ترس‌ها حین بازی، می‌تواند به‌عنوان پالایش روانی عمل کند و در نهایت مشکلات روان‌تنی را کم کند. در این راستا به نظر می‌رسد بازی‌هایی همانند نوشتن پنهانی، ممکن است زمینه را برای تسهیل ابراز هیجانات سرکوب‌شده فراهم کند و این کودکان با بروز هیجانات سرکوب‌شدهٔ خود، کمتر نشانه‌های روان‌تنی را بروز خواهند داد و این موارد نیز می‌تواند از شدت اضطراب ایشان بکاهد. همچنین در فرایند بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری، کودک به‌واسطهٔ مشارکت در بازی از طریق توجه‌کردن به موضوعاتی چون کنترل، تسلط و پذیرش مسئولیت در قبال تغییر رفتار شخصی خویش، ایجاد می‌شود (۲۳)؛ بنابراین با همراهی کودک در فرایند بازی‌درمانی، مشکلات کودکان با بیش‌فعالی کاهش می‌یابد.

محدودبودن جامعهٔ پژوهش به دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی منطقهٔ سه کرج و همین طور پیگیری‌نکردن اثرات درمان، از محدودیت‌های این پژوهش است. با توجه به نتایج پیشنهاد می‌شود وزارت آموزش‌وپرورش با آموزش گستردهٔ مشاوران در زمینهٔ بازی‌درمانی، از این روش در مدارس استفاده کند تا بتوان به‌طور گسترده اختلالات روان‌شناختی از جمله بیش‌فعالی/نقص‌توجه را در دانش‌آموزان کاست. همین طور مدیران مدارس با مشورت با مشاوران و روان‌شناسان صاحب‌نظر، محیط مدارس را طوری طراحی کنند که بتوان محیط را برای بازی‌های ارتقادهندهٔ توانایی‌های شناختی و بهبوددهندهٔ سلامت روان و کاهش‌دهندهٔ اختلالات روانی همچون بیش‌فعالی/نقص توجه، گسترش داد و از بازی بیش از پیش استفاده شود.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.10.2]

۵ نتیجه‌گیری

به‌طور کلی نتایج نشان‌دهندهٔ 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
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
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
7. Porter ML, Hernadez-Reif M, Jessee P. Play therapy: a review. Early child Developmental and care. 2009;179(8):1025-40. doi: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
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
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
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
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
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

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.10.2]

21. Cardoso-Moreno MJ, Tomas-Aragones L, Rodriguez-Ledo C. Socio-emotional intervention in attention deficithyperactive disorder. European Journal of Education and Psychology. 2015;8(2):53-9. doi: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
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

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.10.2]