

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 A¹, Beh Pajooch A², Shokoohi Yekta M², Ghobari Bonab B², Arjmandnia A³

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. Today, 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.

طراحی برنامه بازی درمانی شناختی- 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 دکتری 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.
 *رایانامه نویسنده مسئول: Abbas.mot@gmail.com

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

چکیده

زمینه و هدف: امروزه برخی پژوهش‌های حوزه درمان اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بر درمان‌های غیردارویی و رویکردهای خانواده‌محور متمرکز شده است. با توجه به این مهم، پژوهش حاضر با هدف طراحی برنامه بازی درمانی شناختی- رفتاری خانواده‌محور برای دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و اثربخشی آن بر نشانه‌های این اختلال انجام شد.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع مداخله‌ای با طرح شبه‌آزمایشی و پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را دانش‌آموزان دوره دوم ابتدایی با نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی تشکیل دادند. نمونه آماری عبارت بود از ۳۴ دانش‌آموز پسر با نوع ترکیبی این اختلال که به صورت در دسترس از دو مدرسه انتخاب شدند. دانش‌آموزان یک‌مدرسه به‌طور تصادفی در گروه آزمایشی و دانش‌آموزان مدرسه دیگر به‌شکل تصادفی در گروه گواه قرار گرفتند. پس از طراحی برنامه بازی درمانی توسط پژوهشگر، مادران دانش‌آموزان گروه آزمایشی هفت جلسه آموزش بازی‌های شناختی- رفتاری را دریافت کردند و به مدت شانزده جلسه در منزل روی فرزند خود اجرا نمودند؛ اما برای گروه گواه هیچ آموزشی ارائه نشد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که برنامه حاضر می‌تواند نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی را به‌طور معناداری کاهش دهد ($p < 0/05$). این پژوهش همچنین مشخص کرد که تأثیر برنامه در یک‌دوره سه‌ماهه به‌قوت خود باقی مانده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان از برنامه بازی درمانی شناختی- رفتاری حاضر به‌عنوان ابزاری خانواده‌محور برای کاهش علائم اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی سود جست.

کلیدواژه‌ها: اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، طراحی برنامه بازی درمانی شناختی- رفتاری، خانواده‌محور.

بررسی اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر علائم کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی ۷ تا ۹ ساله، اثربخشی این روش را تأیید کردند.

مشارکت اعضای خانواده در فرایند درمان کودکانی با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی از اهمیت زیادی برخوردار است؛ زیرا والدین احساس مسئولیت بیشتری در درمان خواهند داشت و در نتیجه پایبندی بهتری به اصول اولیه درمان نشان می‌دهند. از سوی دیگر 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 عهده 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 بیش‌فعالی-تکانشگری نشان داد که آموزش والدین و کودکان به‌صورت هم‌زمان و مداخلات خانواده‌محور شیوه مؤثرتری برای درمان نشانه‌های بیش‌فعالی-تکانشگری است.

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

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مداخله‌ای با طرح شبه‌آزمایشی و نمونه‌گیری در دسترس با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری را دانش‌آموزان دوره دوم ابتدایی با نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی شهرستان یزد در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ تشکیل دادند. نمونه آماری این پژوهش عبارت بود از تعداد ۳۴ دانش‌آموز پسر دوره دوم ابتدایی (کلاس‌های چهارم و پنجم و ششم) با نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی از نوع ترکیبی که به‌صورت در دسترس از دو مدرسه ابتدایی دولتی با جمعیت حدود ۱۰۰۰ نفر انتخاب شدند (با مجوز آموزش و پرورش ناحیه دو یزد به شماره ۱۳-۳۴۷۰۱ مورخ ۹۶/۱۰/۲). نحوه انتخاب به این صورت بود که ابتدا جلسه‌های جداگانه با معلم‌های مدرسه شهیدمشکی باف و مدرسه حاج محمود 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 پرسشنامه علائم مرضی کودک (فرم معلم) را درباره آن‌ها تکمیل کنند. در مرحله بعدی پرسشنامه‌های فرم والدین کامل شد و در ادامه هم مصاحبه تشخیصی به‌منظور احراز

امروزه اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به‌عنوان یکی از اختلال‌های رایج دوران کودکی مطرح می‌شود که با توجه 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 زمینه تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر اختلال‌های روانی و رفتاری نگاشته شده است که در میان آن‌ها اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی نیز به‌چشم می‌خورد (۱).

کاربرد درمان شناختی-رفتاری برای افراد با اختلال‌های عصبی-تحولی 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 کارایی درمان شناختی-رفتاری باید به دو نکته توجه کرد: اول اینکه هدف این روش بهبود کنترل خود یا خودنظم‌دهی بوده که از اهداف عمده 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). در واقع کودکان مبتلا به این اختلال در درمان شناختی-رفتاری یاد می‌گیرند که از خودآموزی (۴)، خودنظارتی و تقویت خود (۵)، حل مسئله (۶) و خودکنترلی (۷) در زمینه توجه و رفتارهای تکانشی استفاده کنند.

یکی از موضوعاتی که در کاربرد درمان شناختی-رفتاری 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 شناختی-رفتاری توانایی‌های لازم را ندارند و حتی بعضی نوجوانان نیز فنون درمان شناختی-رفتاری را مانند درمان‌های گفت‌وگو‌محور چندان جذاب نمی‌دانند و در نتیجه تمایل بیشتری به درمان‌های تجربی و بازی‌محور نشان می‌دهند (۸).

بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر مبنای درمان شناختی برای کودکان با اختلال‌های رفتاری و عاطفی قرار دارد و درمان‌گرانی که از بازی‌درمانی شناختی-رفتاری استفاده کرده، معتقدند که در ۸۰ درصد بیماران، درمان موفق داشته‌اند (۹). کادوسن (۱۰) بازی‌درمانی شناختی-رفتاری 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 شناختی-رفتاری بر شدت نشانه‌های اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی در دانش‌آموزان پسر پایه‌های سوم و چهارم دبستان پرداختند. نتایج نشان داد که هشت جلسه ۳۰ تا ۴۵ دقیقه‌ای این درمان را می‌توان به‌عنوان روش درمانی مؤثری برای کودکان و نوجوانان با اختلال مذکور پیشنهاد کرد. همچنین، عبداللهیان و همکاران (۱۱) در پژوهشی با

تمامی ملاک‌ها انجام پذیرفت. در پایان، دانش‌آموزان مدرسه حاج‌محمود سهیلی، با تعداد ۲۵ دانش‌آموز به‌صورت تصادفی در گروه آزمایشی و دانش‌آموزان مدرسه شهیدمشکی‌باف با ۲۵ دانش‌آموز به‌شکل تصادفی در گروه گواه قرار گرفتند. دانش‌آموزان هر دو گروه براساس سطح تحصیلات والدین و وضعیت اقتصادی اجتماعی 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: دریافت نکردن خدمات روان‌شناسی و مشاوره هم‌زمان با شرکت در پژوهش توسط مادر یا کودک؛ وجود نداشتن اختلال عمده روان‌پزشکی در مادر. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از یک جلسه مادر در جلسه‌های آموزشی و انصراف رسمی مادر از شرکت در پژوهش و نداشتن سواد خواندن و نوشتن بود.

در پژوهش حاضر ابزارهای زیر به‌کار رفت.

– پرسشنامه جمعیت‌شناختی: به‌منظور بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی والدین و کودک مانند سن والدین، تحصیلات، شغل، میزان درآمد، منطقه زندگی، سن دقیق کودک و غیره از این ابزار محقق ساخته استفاده شد. این ابزار با هجده سؤال به ارزیابی متغیرهای جمعیت‌شناختی گروه نمونه می‌پردازد.

– پرسشنامه نشانه‌های مرضی کودک: جهت تشخیص اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، پرسشنامه 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 سه‌گانه 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 نمره بهتر برش ۴ و ۵ و ۷ برای اختلال‌های کاستی توجه و بیش‌فعالی و لجاج‌بازی 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. همه خرده‌مقیاس‌های هر دو فرم ابزار، روایی محتوایی داشتند. نمره‌گذاری پرسشنامه به‌صورت لیکرت چهاردرجه‌ای انجام می‌شود. دامنه نمره‌های ابزار در فرم معلم از ۰ تا ۲۳۴ و در فرم والد از ۰ تا ۳۳۰ در نوسان است.

– پرسشنامه جمعیت‌شناختی: به‌منظور بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی والدین و کودک مانند سن والدین، تحصیلات، شغل، میزان درآمد، منطقه زندگی، سن دقیق کودک و غیره از این ابزار محقق ساخته استفاده شد. این ابزار با هجده سؤال به ارزیابی متغیرهای جمعیت‌شناختی گروه نمونه می‌پردازد.

– پرسشنامه نشانه‌های مرضی کودک: جهت تشخیص اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، پرسشنامه 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 سه‌گانه 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 نمره بهتر برش ۴ و ۵ و ۷ برای اختلال‌های کاستی توجه و بیش‌فعالی و لجاج‌بازی 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. همه خرده‌مقیاس‌های هر دو فرم ابزار، روایی محتوایی داشتند. نمره‌گذاری پرسشنامه به‌صورت لیکرت چهاردرجه‌ای انجام می‌شود. دامنه نمره‌های ابزار در فرم معلم از ۰ تا ۲۳۴ و در فرم والد از ۰ تا ۳۳۰ در نوسان است.

– پرسشنامه 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 مصاحبه 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.

برنامه مداخله‌ای طی نه مرحله و به‌شرح زیر طراحی و اجرا شد.

مرحله اول: بررسی نظریه‌های موجود در زمینه درمان شناختی-رفتاری در این مرحله انجام شد؛

مرحله دوم: در این مرحله به بررسی پیشینه پژوهش‌های انجام‌شده درباره درمان شناختی-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؛

مرحله سوم: در مرحله سوم، نیازسنجی مشکلات رفتاری، از طریق 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 خودجوش نبودن کودک در امور تحصیلی تعیین شد؛

مرحله چهارم: در این مرحله، محتوای برنامه بازی‌درمانی با توجه 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؛

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

مطالب آموزشی مادران به‌صورت زیر بود؛

– جلسه اول: آشنایی با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی؛

– جلسه دوم: آشنایی با درمان شناختی-رفتاری؛

– جلسه سوم: آشنایی با بازی‌درمانی شناختی-رفتاری اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی؛

– جلسه چهارم تا هفتم: آموزش بازی‌های جلسه اول تا شانزدهم.

مرحله ششم: برای مشخص شدن اشکالات محتوای برنامه از دید شرکت‌کنندگان و همچنین مشکلات موجود در اجرا، برنامه طراحی‌شده به‌صورت مطالعه مقدماتی روی چهار مادر دارای کودک با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی اجرا شد؛

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

مرحله 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؛

مرحله نهم: تعیین پایایی برنامه مداخله از طریق روش‌های آماری، در مرحله آخر انجام پذیرفت.

جدول ۱. محتوای بازی درمانی شناختی- رفتاری خانواده‌محور برای دانش‌آموزان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی (محقق ساخته)

جلسه	هدف	نام بازی	شرح بازی
اول	خودکنترلی	بازی چشم در چشم	مادر سؤالاتی با موضوع درسی و غیردرسی می‌پرسد و تا وقتی که دست‌های او را فشار نداده است، نباید پاسخ بدهد (۱۹).
	حل مسئله	بازی گلوله‌های برف	در این بازی مادر سؤالی را درباره چگونگی کنترل عصبانیت می‌پرسد و کودک هر پاسخی را که به ذهنش می‌رسد، نوشته و گلوله می‌کند و در سبیدی می‌ریزد.
دوم	خودکنترلی	بازی زنگ را بزن	در این بازی از کودک خواسته می‌شود که به مدت ده دقیقه با استفاده از تعدادی بلوک ساختمانی، حتی با وجود ایجاد حواس‌پرتی توسط مادر، به ساختن یک برج بپردازد (۲۰).
سوم	تنش‌زدایی	بازی تهیه نوار قلب	مادر از کودک می‌خواهد ضربان قلب خود را در دو حالت تنفس سریع و آرام به صورت نمودار روی کاغذ رسم کند و آن‌ها را مقایسه نماید (۲۱).
	خودآموزی	بازی راهنمایی	از کودک خواسته می‌شود که حل یک مسئله ریاضی را مرحله‌به‌مرحله روی کاغذهای کوچک بنویسد و در مرحله دوم براساس مراحل نوشته‌شده روی کاغذ عمل کند.
چهارم	خودکنترلی	بازی زنگ را بزن	در این بازی از کودک خواسته می‌شود که به مدت ده دقیقه با استفاده از تعدادی بلوک ساختمانی، حتی با وجود ایجاد حواس‌پرتی توسط مادر، به ساختن یک برج 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 مرحله 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 نشان دادن به کودک، او باید بلافاصله متضاد آن را بگوید (۲۲).
	تنش‌زدایی	بازی گلوله‌های برف شل/آهنی	در این بازی مادر سؤالی را درباره چگونگی کنترل عصبانیت می‌پرسد و کودک هر پاسخی را که به ذهنش می‌رسد، نوشته و گلوله می‌کند و در سبیدی می‌ریزد.
ششم	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).
	خودآموزی	بازی هم‌کلاسی‌ها	در این بازی مادر و کودک با استفاده از دو عروسک انگشتی نقش یک‌دانش‌آموز حاضر در جلسه آموزش درسی و یک‌دانش‌آموز غایب را بازی می‌کنند. هدف آموزش انجام یک تمرین ریاضی یا نوشتن یک پاراگراف دیکنه است (۲۳).
هفتم	حل مسئله	بازی گلوله‌های برف	در این بازی مادر سؤالی را درباره چگونگی کنترل عصبانیت می‌پرسد و کودک هر پاسخی را که به ذهنش می‌رسد، نوشته و گلوله می‌کند و در سبیدی می‌ریزد.
هشتم	خودبازبینی	بازی رنگ‌آمیزی یک‌مار	تصویر یک‌مار ترسیم می‌شود که از نقطه الف شروع شده و به نقطه ب می‌رسد. در طول انجام یک تکلیف ۴۵ دقیقه‌ای که به سه قسمت تقسیم شده است، در پایان هر پانزده دقیقه به شرطی که تکلیف آن را انجام داده باشد یک قسمت مار را رنگ‌آمیزی می‌کند.
	تنش‌زدایی	بازی تهیه نوار قلب	مادر از کودک می‌خواهد ضربان قلب خود را در دو حالت تنفس سریع و آرام به صورت 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 نصب شده در اتاق کودک می‌گذارد. در پایان هر روز کودک بعد از انجام دادن آن کار می‌تواند یکی از بازی‌های خودتقویتی را انجام بدهد.
	خودتقویتی	بازی پیدا کردن گنج	مادر در ازای همکاری کودک در بازی صندوق‌پستی، نقشه‌ای ساده از مسیر پیدا کردن جایزه‌ای را که در منزل مخفی کرده است، در اختیار کودک قرار می‌دهد.
دهم	بهبود	بازی زندگی	کودک از رنگ‌های متفاوت به‌عنوان نماد احساسات مختلف استفاده می‌کند. در مرحله

مهارت‌های هیجانی	را رنگی کن	آخر کودک تشویق می‌شود درباره 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 قرمز رنگ می‌نویسد و کودک باید برای آن‌ها پنج دلیل و پنج راهکار اصلاحی روی کاغذ سبز رنگ نوشته و به مادر تحویل دهد. در مرحله دوم کودک باید این کار را انجام دهد. در مرحله سوم مادر و کودک دلایل و راهکارهای طرف مقابل را از رفتار خود بحث و بررسی می‌کنند (۲۴).
یازدهم	خودبازبینی	بازی سه سوت
تنش‌زدایی	بازی حباب‌سازی	در این بازی ابتدا کودک باید یک تکلیف درسی خود را که ماهیت خواندنی دارد، انتخاب کرده و شروع به یادگیری و حفظ آن بکند. بعد از گذشت هر ده دقیقه کودک یک سوت کوچک را به نشانه اینکه حواسش را در این مدت جمع نموده و تمرکز داشته به صدا درمی‌آورد. 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 یک فیلم
خودتقویتی	بازی پیداکردن گنج	کودک یک رفتار بد خود را از طریق 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 درباره رفتار بهتر می‌نویسند و بعد از بررسی آن، رفتار خوب اجرا و ضبط می‌شود. مادر در ازای همکاری کودک در بازی ساختن یک فیلم، نقشه‌ای ساده از مسیر پیداکردن جایزه‌ای را که در منزل مخفی کرده است، در اختیار کودک قرار می‌دهد.
سیزدهم	بهبود مهارت‌های هیجانی	مادر داستانی را درباره خود می‌گوید که در قسمت‌های مختلف آن احساسات مثبت و منفی داشته است و در حین توضیح این موقعیت احساسی، یک مکعب را روی نام آن احساس می‌گذارد. در مرحله 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 قرمز رنگ می‌نویسد و کودک باید برای آن‌ها پنج دلیل و پنج راهکار اصلاحی روی کاغذ سبز رنگ نوشته و به مادر تحویل دهد. در مرحله دوم کودک باید این کار را انجام دهد. در مرحله 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
خودارزیابی	بازی آزمون	دو صندلی چیده می‌شود و کودک و پدر و مادر با پخش آهنگ به دور صندلی‌ها می‌چرخند و هم‌زمان با قطع شدن آهنگ روی صندلی‌ها می‌نشینند (۲۵). 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 در صورتی که حداقل به سه سؤال پاسخ درست داده باشد، می‌تواند بازی آشنی را انجام بدهد.
پانزدهم	بهبود مهارت‌های هیجانی	بازی آشپزی
حل مسئله	بازی زندگی‌ت را رنگی کن	کودک از رنگ‌های متفاوت به عنوان نماد احساسات مختلف استفاده می‌کند. در مرحله آخر کودک تشویق می‌شود درباره رنگ‌هایی که کشیده و احساسات مرتبط با آن‌ها صحبت کند (۲۰).
شانزدهم	حل مسئله	بازی هر که زودتر رسید
تنش‌زدایی	بازی حباب‌سازی	در این بازی مادر به عنوان یک تیم و کودک به عنوان تیم دوم هرکدام با تعدادی موقعیت حل مسئله روبه‌رو می‌شوند و در صورت دادن پاسخ‌های درست از نقطه شروع که توسط پدر روی کاغذ مشخص شده است، بعد از ارائه پنج پاسخ درست به نقطه برنده می‌رسند. 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).

برنامه بازی درمانی ارائه شده در این پژوهش در جدول ۱ آمده است. همچنین در ابتدای هر جلسه، جهت برقراری رابطه درمانی بین مادر و کودک، بازی‌هایی مانند نون بیار کباب ببر و پشت‌نویسی نیز انجام شد.

۳ یافته‌ها

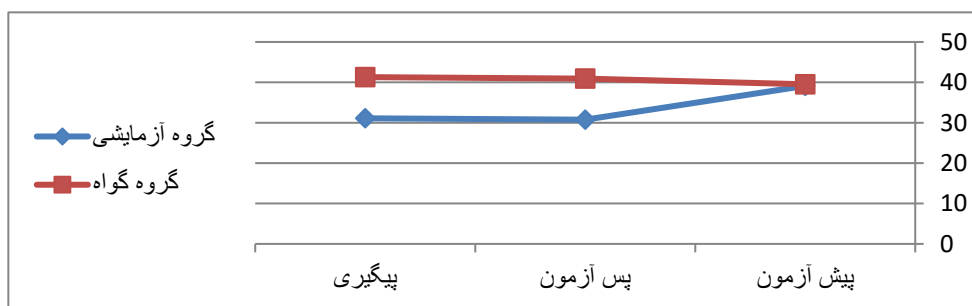
به منظور ارزیابی تأثیر برنامه بازی درمانی شناختی-رفتاری خانواده‌محور برای دانش‌آموزان دوره دوم ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بر نشانه‌های این اختلال از دید والدین، از روش آماری تحلیل واریانس یک‌راهه با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در جدول ۲ مشخصات توصیفی متغیر اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به همراه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر گزارش شده است.

به منظور کنترل فرایند درمان، تمامی مادران از یک تا دو جلسه ملاقات خانگی پژوهشگر استفاده کردند. پیگیری‌های لازم توسط پژوهشگر و مدیر مدرسه در جلسه اولیا و مربیان و همچنین به شکل 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 همه مادران، مدیر مدرسه، مربی بهداشت و همچنین درمانگر و کمک‌درمانگر تشکیل شد. جلسه پیگیری درمان در اواسط اجرای مادران برگزار گردید و مشکلات موجود در روند ارائه درمان بررسی و به سؤال‌ها پاسخ داده شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی و برقراری تساوی بین گروه‌های آزمایشی و گواه، بسته آموزش بازی درمانی برای گروه گواه نیز دقیقاً شبیه به گروه آزمایشی اجرا گردید.

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

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

مطابق با یافته‌های گزارش شده در جدول ۲ مشخص می‌شود که بین دو گروه آزمایشی و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.001$). در نمودار ۱ تغییر نمرات دو گروه آزمایشی و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری



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

همان‌طور که در نمودار ۱ دیده می‌شود، در ابتدای مطالعه نمرات هر دو گروه تقریباً مساوی است؛ اما در پس‌آزمون و پیگیری نمرات گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه کاهش پیدا کرده است. در واقع برنامه حاضر توانست نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی را کاهش دهد. به منظور بررسی دقیق‌تر تفاوت معنادار واریانس‌ها، نتایج هر مرحله به صورت زوجی مقایسه و در جدول ۳ گزارش شده است.

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

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

این یافته همچنین با نتایج پژوهش ملک‌پور و همکاران (۱۴) همسوست.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت که به دلیل کم شدن حجم نمونه امکان حذف دانش‌آموزان مصرف‌کننده دارو وجود نداشت. محدودیت دیگر شرکت نکردن 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 مدرسه 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 بازی درمانی و با امکان مشاهده یک‌طرفه مادر و کودک انجام پذیرد تا فرایندهای جاری در درمان بیشتر در تبیین نتایج کمک‌کننده باشد. توصیه می‌گردد مهارت‌های شناختی-رفتاری در قالب‌های مختلف، در برنامه درسی کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی قرار گیرد. باتوجه به نقش آموزش و پرورش در تشخیص دانش‌آموزان با نیازهای ویژه و آموزش آن‌ها، پیشنهاد می‌شود طرح‌های جامع‌کشوری به منظور غربالگری و ارائه 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 شناختی-رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی استفاده کرد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی مادران شرکت‌کننده و مسئولان محترم سه مدرسه 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 مقاله حاضر دارای تضاد منافع نیست.

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 ($p < 0.001$). در واقع، میانگین نمرات پس‌آزمون (۳۰/۷۶) و پیگیری (۳۱/۱۱) از میانگین نمرات پیش‌آزمون (۳۹/۱۱) به‌طور معناداری کمتر است که اثربخشی برنامه حاضر را نشان می‌دهد. همچنین بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری به‌لحاظ آماری تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود که بیانگر ماندگاری تأثیر درمان است ($p = 0.951$)؛ درحالی‌که میانگین نمرات گروه گواه در هر سه مرحله تغییر ناچیزی داشته است (جدول ۲).

۴ بحث

این پژوهش با هدف طراحی برنامه بازی‌درمانی شناختی-رفتاری خانواده‌محور برای دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و اثربخشی آن بر نشانه‌های این اختلال انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد که برنامه بازی‌درمانی شناختی-رفتاری می‌تواند تأثیرات معنادار و پایتایی 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 شناختی-رفتاری به دو دسته رفتاری و شناختی تقسیم می‌شوند: شیوه‌های رفتاری به این منظور طراحی شده‌اند که به کودک و والدین کمک شود تا دانش کسب‌شده در جلسه 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 منجر به تغییر در رفتار خواهد شد. یافته‌های این پژوهش باتوجه به طراحی خاص برنامه 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. نکته 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.

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](https://doi.org/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.

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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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.iuums.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 Psychiatric Association. 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](https://doi.org/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 Pajoooh A, Afroz 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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 Psychology. 2007;1(3):18–28. [Persian] <https://www.sid.ir/FileServer/JF/27613860302.pdf>