

Research Paper

Comparison of the Effectiveness of Individual and Group Play Therapy on Coping Behaviors in Primary School Students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder



Elahe Nayeibi¹, Reza Pasha^{*2}, Saeed Bakhtiyarpour³, Zahra Eftekhari Saadi³

1. Ph.D. Student of Psychology of Exceptional Children, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

2. Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Citation: Nayeibi E, Pasha R, Bakhtiyarpour S, Eftekhari Saadi Z. Comparison of the effectiveness of individual and group play therapy on coping behaviors in primary school students with attention deficit hyperactivity disorder. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2020; 7(2): 120-131.

 <http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.7.2.11>

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Individual play therapy,
group play therapy,
coping behaviors,
ADHD

Background and Purpose: Play therapy is an innovative psychotherapy technique in child therapy. This therapy can fulfill the needs of children in different ages and it can significantly affect their behavior change, adaptability, and social skills. Present study aimed to compare the effectiveness of individual and group play therapy on the coping behaviors of students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD).

Method: This study was an experimental research with pretest- posttest control group design. The study population included all the male and female students with ADHD in Tehran in the academic year 2018-2019. A sample of 60 students was selected by purposive sampling and then randomly assigned to either the experimental or control group (20 per group). The experimental group underwent ten 45-min sessions of individual play therapy and ten 60-min sessions of group play therapy, but the control group received no intervention. Oppositional Behaviors Questionnaire (Falahi et al., 2017) and Conner's ADHD Rating Scale (1999) were used to gather the data. Data were analyzed by ANCOVA.

Results: Findings showed that both individual and group play therapy were effective in increasing the component of problem coping ($F=217.93$), decreasing the component of solution aversion ($F=1153.09$) and destructive coping ($F=317.57$) in primary students with ADHD ($p<0.01$). Also, based on the findings of follow-up test, group play therapy was more effective than individual play therapy in terms of increasing the component of problem coping ($MD=-3.61$) and decreasing the components of solution aversion ($MD=4.65$) and destructive coping ($MD=3.66$) in primary school students with ADHD ($p<0.01$).

Conclusion: Individual and group play therapy are effective in increasing the coping behaviors of primary school students with ADHD but based on the results, group play therapy can be more effective in improving the mental and behavioral situation of children.

Received: 28 May 2019

Accepted: 2 Jun 2020

Available: 21 Sep 2020

* **Corresponding author:** Reza Pasha, Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
E-mail addresses: G.rpasha@yahoo.com

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی بازی درمانی انفرادی و گروهی بر رفتارهای مقابله‌ای در دانش‌آموزان دبستانی با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی

الهه نایی^۱، رضا پاشا^{۲*}، سعید بختیارپور^۳، زهرا افتخار صعادی^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی کودکان استثنایی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

بازی درمانی انفرادی،

بازی درمانی گروهی،

رفتارهای مقابله‌ای،

اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی

زمینه و هدف: بازی درمانی، روشی خلاقانه در روان‌درمانی کودک است و این درمان متناسب با سن، نیازهای کودکان در زمینه‌های سنی مختلف را برآورده کرده و بر تغییر رفتار، سازش‌یافتگی، و مهارت‌های اجتماعی آنها، اثر مهمی دارد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی بازی درمانی انفرادی و گروهی بر رفتارهای مقابله‌ای در دانش‌آموزان دبستانی با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی انجام شد. **روش:** طرح این پژوهش، تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی دانش‌آموزان دختر و پسر دبستانی با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بودند که تعداد ۶۰ دانش‌آموز با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۲۰ دانش‌آموز) جایدهی شدند. گروه‌های آزمایش تحت بازی درمانی انفرادی (۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای) و بازی درمانی گروهی (۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) قرار گرفتند؛ اما گروه گواه هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه رفتارهای مقابله‌ای فلاحی و همکاران (۱۳۹۶) و پرسشنامه تشخیصی اختلال فزون‌کنشی - نارسایی توجه کارنز (۱۹۹۹) استفاده شد و در پایان داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس، تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که بازی درمانی به هر دو شیوه انفرادی و گروهی بر افزایش مؤلفه کنارآمدن با مشکل ($F=217/93$) و کاهش مؤلفه‌های انحراف از مشکل ($F=1153/09$)، و کنارآمدن ویرانگر ($F=317/57$) دانش‌آموزان دبستانی با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی مؤثر است ($p<0/01$). همچنین بر اساس نتایج حاصل از آزمون تعقیبی، بازی درمانی به شیوه گروهی مؤثرتر از بازی درمانی انفرادی در افزایش مؤلفه کنارآمدن با مشکل ($MD=-3/61$)، و کاهش مؤلفه‌های انحراف از مشکل ($MD=4/65$) و کنارآمدن ویرانگر ($MD=3/66$) دانش‌آموزان دبستانی با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بود ($p<0/01$).

نتیجه‌گیری: بازی درمانی انفرادی و گروهی بر افزایش رفتارهای مقابله‌ای دانش‌آموزان دبستانی با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی اثربخش است، اما بر اساس نتایج به دست آمده از این مطالعه باید توجه داشت که اجرای این شیوه به صورت گروهی می‌تواند تأثیرات بیشتری بر بهبود وضعیت روانی و رفتاری کودکان داشته باشد.

دریافت شده: ۹۸/۰۳/۰۷

پذیرفته شده: ۹۹/۰۳/۱۳

منتشر شده: ۹۹/۰۶/۳۱

* نویسنده مسئول: رضا پاشا، دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

رایانامه: G.rpasha@yahoo.com

تلفن: ۰۶۱-۳۳۳۴۸۴۲۱

مقدمه

طبق گزارش سازمان جهانی سلامت، حدود ۲۰ درصد از کودکان و نوجوانان به انواع اختلالات روانی مبتلا هستند و این آمار هر سال در حال افزایش است. از شایع‌ترین مشکلات روانی می‌توان به مشکل در برقراری ارتباط با دیگران، اضطراب، و افسردگی اشاره کرد (۱). باید توجه داشت که درصد واقعی کودکان و نوجوانانی که با اختلالات روانی دست به گریبان هستند، از میزان رسمی اعلام شده توسط مؤسسه‌های آموزشی و پژوهشی بیشتر است. در این میان اختلالات یادگیری، خلقی، و نارسایی توجه/فزون‌کنشی از شایع‌ترین مشکلات دوره کودکی به حساب می‌آیند (۲). این اختلالات مانند اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی^۱، مشکلات بسیاری را برای کودکان مبتلا، خانواده، و معلمان آنها ایجاد می‌کنند.

سه ویژگی اصلی اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی عبارت از تکانشگری، نارسایی توجه، و فزون‌کنشی است. این سه ویژگی حداقل باید قبل از رسیدن به سن هفت سالگی و برای شش ماه و در دو محیط متفاوت منزل و مدرسه مشاهده شوند؛ به گونه‌ای که موجب آسیب جدی در حوزه‌های مهم زندگی از جمله ارتباطات اجتماعی و عملکرد تحصیلی فرد شوند (۳). از جمله علائم این اختلال عبارت‌اند از: مشکلات در تمرکز، تکانشگری، فزون‌کنشی، عدم تحمل کام‌نیافتگی، بی‌ثباتی خلقی، مورد طرد اطرافیان و دوستان واقع شدن، فراموشکاری، گم کردن وسایل، و کج خلقی (۴). بر اساس مطالعه انجام شده، شیوع این اختلال را در ایران حدود ۷/۲ درصد گزارش شده است (۵). همچنین بر اساس نتایج پژوهش‌های انجام شده، بیشتر افراد مبتلا به نارسایی توجه به مشکلات دیگری همانند نافرمانی از پدر و مادر یا بزرگ‌ترها، عدم موفقیت تحصیلی، مشکلات رفتاری، لج‌بازی، و پرخاشگری مبتلا هستند (۶).

از مشکلات شایع کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی می‌توان به اختلالات رفتاری مخرب^۲ اشاره کرد. این اختلالات شامل دو طبقه اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۳ و اختلال رفتار هنجاری^۴ است (۷). در حالی که نافرمانی مقابله‌ای، اختلالی نسبتاً جدید در کودکان است و

کودکان مبتلا به آن، ملاک‌های کامل اختلال رفتار هنجاری را ندارند، اما یکی از مهم‌ترین اختلالات بالینی در کودکان و نوجوانان محسوب می‌شود. سن بروز آن از ۳ تا ۱۷ سالگی در افراد گزارش شده است (۸). علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای شامل جر و بحث و رفتار نافرمانی، پرخاشگری، کینه‌ورزی، و خلق بی‌ثبات است که باید حدود ۶ ماه به طول بیانجامد (۹-۱۲).

روانشناسان و متخصصان برای کاهش و یا رفع علائم و مشکلات رفتاری متعدد کودکان مانند اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی شیوه‌های گوناگونی مانند دارودرمانی، آموزش والدین، مداخلات آموزشی، و روان‌شناختی کودک را پیشنهاد داده‌اند. بارزترین شیوه مداخلات آموزشی و روان‌شناختی کودک، بازی درمانی^۵ است (۱۳). کودکان در بازی درمانی، با استفاده از اسباب‌بازی‌ها و بازی‌های مختلف می‌توانند افکار، احساسات، و نگرانی‌هایی را که نمی‌توانند به خوبی نشان دهند، در چارچوب بازی‌های مختلف ابراز کنند. کودک در بازی به راحتی، بدون احساس خطر و با احساس امنیت، به بازنمایی نمادین و عینی اسباب‌بازی‌ها در دنیای درونی خود می‌پردازد و درمانگر این فرصت را دارد که با ورود به دنیای کودک، دغدغه‌های ذهنی آنها را تجربه کرده و به مشکلات وجودی کودک، رسیدگی کرده و به کودک کمک کند تا بتواند بر کمبود مهارت‌های هیجانی و اجتماعی خود غلبه کند (۱۴). به طور کلی، بازی درمانی، فعالیتی خلاقانه در روان‌درمانی کودک است و این درمان متناسب با سن، نیازهای کودکان در زمینه‌های سنی مختلف را برآورده کرده و بر تغییر رفتار، سازش‌یافتگی، و مهارت‌های اجتماعی کودکان، تأثیر مهمی دارد (۱۵). بازی درمانی، در دو نوع انفرادی و گروهی مورد استفاده درمانگران قرار می‌گیرد. در بازی درمانی به شیوه انفرادی، فرصتی برای ارتباط ایمن مابین کودک و درمانگر ایجاد می‌شود تا اینکه کودک بتواند خود را به طور کامل بیان کند (۱۶). درمانگر در طی بازی، به آموزش رفتارهای سازش‌یافته‌تر به کودکانی که از اختلال فزون‌کنشی رنج می‌برند و تمرکز و مهارت‌های اجتماعی یا عاطفی ضعیفی دارند، به طور هدفمند می‌پردازد (۱۷). کودک نیز در بازی درمانی انفرادی در طی

4. Conduct disorder (CD)
5. Play therapy

1. Attention deficit/ hyperactivity disorder (ADHD)
2. Disruptive behavioral disorders
3. Oppositional defiant disorder (ODD)

تعاملات بین فردی با درمانگر، به تجربه کاهش اثرات رنج آور، پذیرش تخلیه هیجانی، جهت‌دهی مجدد تکانه‌ها، و تجارب هیجانی خود می‌پردازد (۱۸). پژوهشگران بالینی، برای بهبود سازش‌یافتگی با محیط و روابط بین فردی، ادراک بی‌اختیاری، صدمه روانی و مشکلات گفتاری، اسکیزوفرنی، بهبود رفتارهای مخمل درسی، اضطراب، پرخاشگری، ترس، خموشی انتخابی، و کودکان مورد سوءاستفاده قرار گرفته، از بازی درمانی انفرادی استفاده می‌کنند (۱۹). در این راستا، پژوهش‌های مختلفی به اثربخش بودن بازی درمانی انفرادی اشاره دارند. برای مثال در یک مطالعه مشخص شد که بازی درمانی انفرادی موجب کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و مخمل درسی و مهارت‌های ضعیف در عملکرد تحصیلی کودکان می‌شود (۲۰). در یک مطالعه دیگر نیز، اثربخشی بازی درمانی در کاهش اضطراب کودکان با بیماری سرطان مورد تأیید قرار گرفته است (۲۱).

بر خلاف بازی درمانی انفرادی، بازی درمانی به شیوه گروهی، فرایندی اجتماعی و روان‌شناختی است که در آن کودک در یک اتاق بازی و در ارتباط با همسالان خود به آموختن مسائلی درباره خود می‌پردازد و از این جهت برای درمانگر، فرصتی برای حل تعارضات کودک فراهم می‌آید (۲۲). اهداف این درمان بر یادگیری، پذیرش خود و دیگران، خودمهارگری، حرمت خود، کاهش تنیدگی و اضطراب، بهبود مهارت‌های اجتماعی، ارتباطات بین فردی، و مسئولیت‌پذیری متمرکز است (۲۳). پژوهش‌های متعددی به اثربخش بودن روش بازی درمانی گروهی اشاره دارند. برای مثال، نتایج پژوهشی نشان داد بازی درمانی بر افزایش سازش‌یافتگی و کاهش علائم مشکلات روان‌شناختی کودکان مؤثر است (۲۴). در پژوهشی دیگر نتایج نشان داد که بازی درمانی گروهی در بهبود مهارت‌های اجتماعی-عاطفی کودکان اثربخش است (۲۵). در همین راستا در یک مطالعه مشخص شد که بهبود مشکلات رفتاری کودکان با بازی درمانی گروهی میسر می‌شود (۲۶). از دیگر مطالعات انجام شده درباره تأثیر بازی درمانی گروهی بر کاهش و درمان رفتارهای مقابله‌ای و روان‌شناختی کودکان می‌توان به پژوهش‌های مرشد، بابامیری، زمستانی و علیپور (۲۷)؛ علوی، رضوی و تهرانی (۲۸)؛ مرشد، داوودی و بابامیری (۲۹)؛ نیکپور، زارع پور و نیکپور (۳۰) و آریا پوران و اسکندری (۳۱)، اشاره کرد. در مطالعات مختلف،

شکل‌ها و روش‌های گوناگونی برای اجرای بازی درمانی به کار رفته است. برای مثال در پژوهشی نشان داده شد که بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری می‌تواند مشکلات رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی را کاهش داده و مهارت‌های اجتماعی آنها را بهبود بخشد (۳۲). یا در پژوهشی دیگر نشان داده شد که بازی درمانی گروهی مبتنی بر کنش‌های اجرایی بر بهبود بازداري پاسخ، برنامه‌ریزی، و حافظه کاری کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی تأثیر دارد (۳۳). بدین ترتیب همان‌طور که مشاهده می‌کنیم مطالعات اندکی درباره مقایسه دو شیوه بازی درمانی انفرادی و گروهی بر کاهش علائم اختلال نارسایی توجه فزون‌کنشی پرداختند؛ بنابراین با توجه به اثرات نامطلوب این اختلال و پیامدهای ناشی از آن، با تشخیص به موقع و با مداخلات مناسب توسط درمانگران می‌توان به بهبود شرایط نامطلوب ناشی از این اختلال و کاهش رفتارهای مقابله‌ای در این کودکان کمک مؤثری ارائه داد. در نتیجه مسئله اساسی پژوهش حاضر این است که آیا بین اثربخشی آموزش بازی درمانی انفرادی و بازی درمانی گروهی بر رفتارهای مقابله‌ای در دانش‌آموزان دبستانی با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، تفاوت وجود دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش پژوهش، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی دانش‌آموزان دختر و پسر پایه‌های چهارم، پنجم، و ششم دبستانی با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بودند. برای انتخاب نمونه ابتدا از بین مدارس دبستانی شهر تهران، به طور تصادفی، ده دبستان دخترانه و ده دبستان پسرانه انتخاب شدند. پس از کسب مجوزهای لازم و هماهنگی با مسئولان مدرسه و با راهنمایی معلمان کلاس‌های چهارم، پنجم و ششم، از بین تمامی دانش‌آموزان این سه پایه، دانش‌آموزانی را که مشکوک به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بودند، به تعداد ۲۵۲ نفر انتخاب شدند. سپس پرسشنامه تشخیص اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی کانرز (توضیح این آزمون در بخش ابزار گزارش شده است) توسط معلمان آنها تکمیل شد و

پرسشنامه رفتارهای مقابله‌ای کودکان (معرفی شده در بخش ابزار)، توسط خود دانش‌آموزان تکمیل شد. از این تعداد، ۱۰۴ دانش‌آموز دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی تشخیص داده شدند و همچنین دارای نمره پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه رفتارهای مقابله‌ای بودند. در مرحله از این تعداد، ۶۰ دانش‌آموز که دارای موافقت والدین جهت شرکت در پژوهش بودند و بر حسب شرایط ورود و خروج به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی بازی درمانی انفرادی (۲۰ نفر)، گروه آزمایشی بازی درمانی گروهی (۲۰ نفر)، و گروه گواه (۲۰ نفر) جایدهی شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش در این مطالعه شامل زندگی کردن کودک با هر دو والد، عدم وجود مشکلات جسمانی شدید، بر خورداری از بهره هوشی بهنجار؛ و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل دریافت همزمان بازی درمانی توسط کودک، وجود سایر اختلالات روان‌شناختی همبود در کودک مانند اختلال نافرمانی مقابله‌ای، و غیبت بیش از دو جلسه در درمان بود.

(ب) ابزار

۱. پرسشنامه رفتارهای مقابله‌ای: پرسشنامه رفتارهای مقابله‌ای کودکان^۱ توسط هرناندز^۲ (۲۰۰۸) برای کودکان ۱۰ تا ۱۶ سال ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۵۷ سؤال و سه مؤلفه انحراف از مشکل، کنار آمدن با مشکل برای بهبود مسئله، و کنار آمدن ویرانگر است. انحراف از مشکل به سمتی دیگر، شامل گویه‌هایی است که عادت‌ها و حمایت خانواده، تفکر مثبت، و حواس‌پرتی را می‌سنجد؛ کنار آمدن با مشکل، به منظور بهبود مشکل یا سعی در یافتن راه حل مسئله و بیان هیجان از طریق تمرکز بر آن انجام می‌شود؛ و کنار آمدن ویرانگر، بیشتر مربوط به پاسخ‌های کنار آمدن سازش‌نا یافته است. نمره‌گذاری گویه‌های این ابزار به صورت چهار گزینه‌ای شامل هرگز (۱)، برخی مواقع (۲)، بیشتر مواقع (۳)، و تقریباً همیشه (۴) است. هرناندز ضریب اعتبار کل پرسشنامه را ۰/۹۴ گزارش کرده است و روایی آن را با تحلیل عاملی مورد تأیید قرار داده است (به نقل از ۳۴). در ایران نیز، ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در بین دانش‌آموزان ۱۰ تا ۱۶ ساله ساکن استان گیلان بررسی شده است

و با انجام تحلیل عاملی، سه عامل شامل انحراف از مشکل، کنار آمدن با مشکل برای بهبود مسئله، و کنار آمدن ویرانگر مورد تأیید قرار گرفت که این سه عامل در مجموع بیش از ۶۰/۹ درصد کل واریانس گویه‌های پرسشنامه را تبیین می‌کنند (۳۴). همچنین برای برآورد همسانی درونی نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده که این شاخص برای نمره کل ۰/۸۹ و مؤلفه‌های انحراف از مشکل، کنار آمدن با مشکل، و کنار آمدن ویرانگر به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۲، ۰/۷۴ گزارش شده است (۳۴). لازم به ذکر است که در این مطالعه ضریب اعتبار پرسشنامه رفتارهای مقابله‌ای با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۶ به دست آمده است.

۲. پرسشنامه تشخیصی اختلال فزون‌کنشی - نارسایی توجه کانرز^۳: در این مطالعه پس از انجام مصاحبه با معلمان، از این پرسشنامه به منظور تشخیص قطعی اختلال نارسایی توجه - فزون‌کنشی در دانش‌آموزان استفاده شد. این مقیاس توسط کانرز و همکاران (۳۵) در سال ۱۹۹۹ تهیه شد و دارای ۲۶ گویه صفر تا سه امتیازی و پنج خرده‌مقیاس است. خرده‌مقیاس‌ها عبارت‌اند از: کم‌توجهی - مشکلات حافظه، بی‌قراری - فزون‌کنشی، بی‌ثباتی هیجانی - تکانه‌ای بودن، مشکلات با تصور کلی از خود، شاخص فزون‌کنشی - نارسایی توجه. هر یک از چهار خرده‌مقیاس اول، شامل پنج گویه هستند و شاخص نارسایی توجه - فزون‌کنشی مربوط به کل گویه‌ها می‌شود که بهترین غربال برای شناسایی افراد در معرض خطر اختلال است. نمرات خام هر خرده‌مقیاس با استفاده از جدول هنجاری، هنجار مناسب آن حوزه را نشان می‌دهند که احتمال بدنمایی یا اغراق در علائم را نیز مطرح می‌کند شاخص‌های روان‌سنجی این پرسشنامه توسط مؤلف این ابزار، مناسب و مطلوب گزارش شده است (۳۵). این پرسشنامه در ایران توسط عربگل و همکاران هنجاریابی شده است و نقطه برش آن را ۳۸ تعیین کرده‌اند (۳۶). لازم به ذکر است که در این مطالعه ضریب اعتبار پرسشنامه تشخیصی اختلال نارسایی توجه - فزون‌کنشی کانرز با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۰ به دست آمده است که مطلوب و رضایت‌بخش است.

(ج) برنامه مداخله: برنامه مداخله در این مطالعه شامل ۱۰ جلسه

بازی درمانی انفرادی ۴۵ دقیقه‌ای (۳۷) و ۱۰ جلسه بازی درمانی گروهی ۶۰ دقیقه‌ای (۳۸) بوده است. برنامه‌های مداخله‌ای توسط نویسنده

نخست این مقاله در مدارس دانش آموزان اجرا شده است. خلاصه جلسات بازی درمانی انفرادی و گروهی در جدول‌های ۱ و ۲ گزارش شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات بازی درمانی انفرادی

جلسه	عنوان بازی‌ها	اهداف هر جلسه
۱	هوش چین، کارت‌های توجه (کارت شلوغ)، تغییر جا به جا کردن اشیاء روی میز و حدس زدن این تغییر	وارسی کردن و توجه به اشیاء
۲	پازل، کارت‌های تکمیل دیداری و جورچین	توجه به جزء در ارتباط با کل، توجه به جزئیات، افزایش توجه دیداری و بالا بردن تمرکز
۳	نخ کردن مهره‌ها، قصه گویی، کارت تفاوت‌ها و شباهت‌ها	افزایش تمرکز، توجه و دقت در نظر گرفتن توالی و ترتیب
۴	موزاییک رنگی، مگنت، جورچین یا مینیاتور	توجه و تمرکز به الگو برداری و کار با اشیاء
۵	بازی هپ، نان بیار کباب ببر، یه مرغ دارم روزی چند تا تخم میداره، سنگ کاغذ قیچی، کلاغ پر گنجشک پر	توجه به گفتار و رفتار بزرگسالان و اجرای دستورالعمل‌ها
۶	جینگا، ریسمان گریز، دستمال پشت سری، پانتومیم	رعایت قوانین و رعایت نوبت، خودتنظیمی و خودمهارگری، و توانایی نشستن هنگام لزوم
۷	راننده و مسافر و نقاشی با انگشت روی مقوا به صورت گروهی	هماهنگ کردن حرکات خود با دیگران و رعایت قوانین و نوبت دیگران
۸	گرگی یخی، حدس بزن این چیه، شکلک درآوردن و سوزندان طرف مقابل	تشخیص هیجان دیگری و هماهنگ کردن خود با آن، مهار شدت بیان هیجانی هنگام برد، مهار شدت بیان هیجان هنگام شکست
۹	بازی کلمات، احساسات، بازی زندگی خود را رنگ بزن، میله‌های رنگی	ابراز هیجانات به طور کلامی و غیر کلامی
۱۰	کارت‌های توجه، دومینو عددی، پازل و جینگا	کاهش حواس‌پرتی و مهار رفتار و هیجان، مروری بر افزایش توجه

جدول ۲: خلاصه جلسات بازی درمانی گروهی

جلسه	عنوان بازی‌ها	اهداف هر جلسه
۱	بازی با عروسک و تامی اسکت	ایجاد تمرکز و دقت روی بازی‌ها و برقراری شروع ارتباط
۲	بازی استب رقص با موسیقی، تعریف یک قصه و اجرای آن به روش ایفای نقش، بشین پاشو	توجه به گفتار و رفتار بزرگسالان و افزایش توجه شنیداری و تمرکز
۳	قطار بازی با موسیقی، قصه گویی توسط تک تک بچه‌ها و به اجرا درآوردن یک قصه، بچه‌های گمشده	توجه به گفتار هم گروهی‌های خود و افزایش تمرکز حواس
۴	تولد بازی، تامی اسکت، پیک نیک رفتن، صندلی بازی، بشین پاشو	توجه و دقت روی مهار رفتار و توانایی نشستن به هنگام لزوم
۵	مسابقه کنترل کردن بادکنک روی مقوا، چرخاندن بادکنک به نوبت در دستان هم دیگر همراه موسیقی، مسابقه پرتاب توپ در سبد	توانایی رعایت قانون و رعایت نوبت و تعامل با دیگران
۶	ریسمان گریز، جینگا، پانتومیم، دستمال پشت سری	هماهنگ کردن حرکات خود با دیگران و افزایش تمرکز حواس و سرعت و عکس العمل دقت
۷	نقاشی با انگشت روی مقوا به صورت گروهی و راننده و مسافر	ابراز هیجانات به صورت غیر کلامی و حس تعامل و رقابت بین بچه‌ها
۸	شکلک درآوردن و سوزندان طرف مقابل، گرگی یخی و حدس بزن این چیه	تشخیص هیجان دیگران و هماهنگ کردن خود با دیگران
۹	والیبال بازی با بادکنک، صندلی بازی، فروشنده و مشتری و پزشک و بیمار	ابزار هیجانات به صورت کلامی و حس تعاون و همکاری، مهار شدت بیان هیجانات هنگام برد و شکست
۱۰	بشین و پاشو، والیبال بازی، دستمال پشت سری تامی اسکت	بازنگری رفتارها در کودکان و مرور جلسات گذشته

(د) روش اجرا: بعد از کسب مجوزهای لازم علمی و اخلاقی از

مؤسسه‌های مربوطه، افراد نمونه به شرحی که در بخش روند نمونه‌گیری

ارائه شده، انتخاب شده‌اند و پیش‌آزمون از همه آنها توسط ابزارهای معرفی شده به عمل آمد. سپس گروه آزمایش اول تحت مداخله اول در

والدین آنها، اخذ شد. در پایان داده‌های جمع‌آوری شده در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون با آزمون آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایش (۱. بازی درمانی انفرادی، ۲. بازی درمانی گروهی) و گواه در جدول ۳ ارائه شده است. در ضمن، آزمون شاپیرو-ویلکز برای تعیین نرمال بودن توزیع داده‌ها انجام شد که سطح معناداری آن برای تمام متغیرها بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت توزیع این متغیرها نرمال است ($p > 0/05$).

معرض ۱۰ جلسه هفتگی به صورت انفرادی و به مدت ۴۵ دقیقه، گروه آزمایش دوم تحت آموزش بازی درمانی گروهی در معرض ۱۰ جلسه هفتگی به صورت گروهی به مدت ۶۰ دقیقه شرکت کردند. این در حالی بود که گروه گواه تحت هیچ کدام از شکل‌های بازی درمانی انفرادی و گروهی قرار نگرفتند. بعد از اتمام جلسات آموزشی، از گروه‌های آزمایش و گواه در شرایط یکسان، پس‌آزمون به عمل آمد. در این مطالعه ملاحظات اخلاقی کاملاً رعایت شده است. برای مثال پس از برگزاری پس‌آزمون، به جهت رعایت اخلاق، با افراد گروه گواه نیز ۵ جلسه بازی درمانی گروهی انجام شد. همچنین به همه افراد مورد مورد مطالعه در این پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات خصوصی آنها محرمانه باقی خواهد ماند و رضایت کامل هم از دانش‌آموزان و هم از

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه (تعداد کل: ۴۵)

متغیر وابسته	وضعیت	بازی درمانی انفرادی		بازی درمانی گروهی		گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
انحراف از مشکل	پیش‌آزمون	۳۲/۹۳	۱/۲۲	۳۲/۸۷	۱/۱۹	۳۳	۱/۲۵
	پس‌آزمون	۲۸/۴۰	۱/۵۰	۲۳/۸۰	۱/۶۶	۳۲/۸۷	۱/۳۰
کنار آمدن با مشکل	پیش‌آزمون	۲۲/۹۳	۱/۳۳	۲۵/۶۷	۱/۱۱	۲۲/۸۰	۱/۱۵
	پس‌آزمون	۲۶/۴۷	۱/۲۴	۳۰	۱/۵۱	۲۲/۹۳	۱/۱۰
کنار آمدن ویرانگر	پیش‌آزمون	۳۳/۹۳	۱/۴۹	۳۳/۴۰	۱/۶۸	۳۳/۶۷	۱/۶۳
	پس‌آزمون	۲۹/۴۰	۱/۳۰	۲۵/۸۰	۰/۷۷	۳۳/۵۳	۱/۷۳

و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها برابر است ($\text{BOX } M = 3.16, F = 0/52, P > 0/05$). نتایج آزمون خی دو بارلت برای بررسی کروییت یا معناداری رابطه بین مؤلفه‌های رفتارهای مقابله‌ای نشان داد که رابطه بین این مؤلفه‌ها معنادار است ($X^2 = 18.92, d.f = 5, p < 0/05$). پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین سه گروه در مؤلفه‌های رفتارهای مقابله‌ای، تفاوت معناداری وجود دارد ($\text{Wilks Lambda} = 0.11, F_{6,74} = 104.55, p < 0/001$). در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری در مورد مؤلفه‌های رفتارهای مقابله‌ای ارائه شده است.

برای بررسی مقایسه روش‌های مداخله بر مؤلفه‌های رفتارهای مقابله‌ای (انحراف از مشکل، کنار آمدن با مشکل، و کنار آمدن ویرانگر) دانش‌آموزان دبستانی با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر وابسته در گروه‌های پژوهش نشان داد که شیب رگرسیون در گروه‌ها برابر است ($F = 1/813, P > 0/05$). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیر وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس مؤلفه‌های انحراف از مشکل ($F = 2/42, P > 0/05$)، کنار آمدن با مشکل ($F = 3/07, P > 0/05$) و کنار آمدن ویرانگر ($F = 1/89, P > 0/05$) در گروه‌ها برابر است. نتایج آزمون باکس برای برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌های آزمایش

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری مؤلفه‌های رفتارهای مقابله‌ای

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P	اندازه اثر	توان آزمون
انحراف از مشکل	گروه	۵۹۳/۵۹	۲	۲۹۶/۸۰	۱۱۵۳/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۹۸	۱
	خطا	۱۰/۰۴	۳۹	۰/۲۶				
کنار آمدن با مشکل	گروه	۳۶۲/۶۷	۲	۲۱۷/۹۳	۲۱۷/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱
	خطا	۳۲/۴۵	۳۹	۰/۸۳				
کنار آمدن ویرانگر	گروه	۴۳۴/۱۳	۲	۳۱۷/۵۷	۳۱۷/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۱
	خطا	۲۶/۶۶	۳۹	۰/۶۸				

با توجه به نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری، آماره F برای مولفه‌های انحراف از مشکل (۱۱۵۳/۰۹)، کنار آمدن با مشکل (۲۱۷/۹۳)، و کنار آمدن ویرانگر (۳۱۷/۵۷) معنادار است ($P < ۰/۰۱$). این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این مؤلفه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین اندازه اثر نشان می‌دهد که بازی درمانی انفرادی و بازی درمانی گروهی، ۹۸ درصد انحراف از مشکل، ۹۲ درصد کنار آمدن

با مشکل، و ۹۴ درصد کنار آمدن ویرانگر را تبیین می‌کند. برای بررسی اینکه کدام یک از روش‌های مداخله بازی درمانی انفرادی و بازی درمانی گروهی بر مؤلفه‌های رفتارهای مقابله‌ای مؤثرتر است، اثربخشی گروه‌های مداخله اثرات اصلی با اصلاح بونفرونی مورد بررسی قرار گرفت. در جدول ۵ نتایج اصلاح بونفرونی روی تفاضل میانگین‌ها گزارش شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون بونفرونی در مؤلفه‌های رفتارهای مقابله‌ای

متغیر	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌های تعدیل شده	خطای استاندارد	سطح معنی داری
انحراف از مشکل	گروه گواه	بازی درمانی انفرادی	۴/۴۲	۰/۱۹	۰/۰۰۱
	گروه گواه	بازی درمانی گروهی	۹/۰۷	۰/۱۹	۰/۰۰۱
	بازی درمانی انفرادی	بازی درمانی گروهی	۴/۶۵	۰/۱۹	۰/۰۰۱
کنار آمدن با مشکل	گروه گواه	بازی درمانی انفرادی	-۳/۴۷	۰/۳۴	۰/۰۰۱
	گروه گواه	بازی درمانی گروهی	-۷/۰۹	۰/۳۴	۰/۰۰۱
	بازی درمانی انفرادی	بازی درمانی گروهی	-۳/۶۱	۰/۳۵	۰/۰۰۱
کنار آمدن ویرانگر	گروه گواه	بازی درمانی انفرادی	۴/۰۸	۰/۳۱	۰/۰۰۱
	گروه گواه	بازی درمانی گروهی	۷/۷۴	۰/۳۱	۰/۰۰۱
	بازی درمانی انفرادی	بازی درمانی گروهی	۳/۶۶	۰/۳۲	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی بازی درمانی انفرادی و گروهی بر رفتارهای مقابله‌ای (انحراف از مشکل، کنار آمدن با مشکل، و کنار آمدن ویرانگر) در دانش‌آموزان دبستانی با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بود. نتایج پژوهش نشان داد که بازی درمانی انفرادی و بازی درمانی گروهی بر افزایش مؤلفه کنار آمدن با مشکل و کاهش مؤلفه‌های انحراف از مشکل، و کنار آمدن ویرانگر تأثیر معنادار داشتند. همچنین مقایسه‌های زوجی گروه‌ها در مؤلفه‌های رفتارهای مقابله‌ای نشان داد که بازی درمانی گروهی مؤثرتر از بازی درمانی انفرادی در

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، در مؤلفه‌های انحراف از مشکل، کنار آمدن با مشکل، و کنار آمدن ویرانگر بین بازی درمانی انفرادی و بازی درمانی گروهی، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). با توجه به میانگین گروه‌ها در مؤلفه‌های رفتارهای مقابله‌ای می‌توان نتیجه گرفت که بازی درمانی گروهی مؤثرتر از بازی درمانی انفرادی در افزایش مؤلفه کنار آمدن با مشکل ($MD = -۳/۶۱$)، و کاهش مؤلفه‌های انحراف از مشکل ($MD = ۴/۶۵$) و کنار آمدن ویرانگر ($MD = ۳/۶۶$) دانش‌آموزان دبستانی با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بود ($p < ۰/۰۱$).

افزایش مؤلفه کنار آمدن با مشکل، و کاهش مؤلفه‌های انحراف از مشکل و کنار آمدن ویرانگر دانش آموزان دبستانی با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی بود. این یافته‌ها با نتایج یافته‌های دیگر مطالعات انجام شده (۲۰، ۲۴، ۲۷-۳۱) که نشان داده‌اند بازی درمانی موجب کاهش رفتارهای مقابله‌ای و افزایش سازش‌یافتگی و مهارت‌های اجتماعی و هیجانی در کودکان می‌شود، همسو است.

در تفسیر نتایج این مطالعه می‌توان بیان کرد که در مطالعه حاضر در بازی صندلی‌ها، کودک دارای علایم فزون کنشی با افزایش مهارت‌های اجتماعی می‌تواند سطح علائم نافرمانی مقابله‌ای را در خود کاهش دهد. به طور معمول به دلیل پایین بودن سطح تفکر انتزاعی در کودکان، اغلب آنها قادر به بیان احساسات و هیجانات خود نیستند و مهم‌ترین تکنیکی که به کودکان این اجازه ارائه مسائلی رامی‌دهد که قادر به مطرح کردن آنها در محیط زندگی واقعیشان نیستند و همچنین هیجانات مخفی خود را نیز ابراز کنند، روش بازی درمانی است (۲۰). به طور کلی، از مزیت‌های بازی‌های به کار رفته در پژوهش حاضر، اجرایی و عملی بودن آنها است که به کودک اجازه بازیگری و کشف راه حل مناسب مسائل را، به جای صحبت کردن می‌دهند. تحول هیجانی و اجتماعی کودکان در رأس اهداف بازی درمانی واقع شده است؛ به گونه‌ای که بازی درمانی انفرادی، تخلیه عواطف و احساسات، استفاده از وسایل بازی، و امکان آزادی عمل در نحوه اجرای بازی را برای کودکان فراهم می‌آورد. از آن جایی که هیچ گونه حس رقابتی به واسطه حضور دیگر همسالان در بازی درمانی انفرادی وجود ندارد، این موضوع باعث می‌شود که کودک بر محیط خود سلطه یابد و از این راه به خودتنظیمی هیجانی می‌رسد (۲۴).

با گذر زمان و تمرین، کودک به این توانایی می‌رسد که خودتنظیمی، مهارت رفتار، و مهارت تمرکز حواس را یاد بگیرد. باید توجه داشت که در طی بازی درمانی گروهی، به کودک روش‌های تبادل نظر و همکاری با دیگر اعضای گروه و رعایت حقوق یکدیگر، فروتنی در هنگام برنده شدن، و بردباری به هنگام وقوع مشکلات در بازی آموخته می‌شود؛ بنابراین، بازی درمانی گروهی موجب بهبود تعامل بین فردی کودکان و رفتارهای مقابله‌ای در کودک خواهد شد. همچنین، بازی درمانی گروهی با تمرکز روی تکلیف خواسته شده از سوی گروه،

امکان طرد شدن از سوی همسالان به جهت پرخاشگری، رعایت نکردن حق تقدم، و عدم تمرکز بر بازی را کاهش می‌دهد و در نتیجه رفتار مقابله‌ای و خلق منفی کودک کاهش می‌یابد و در نهایت موجب تمرکز حواس بیشتر کودک بر روی فعالیت‌های خود می‌شود. کودکان در طی فرایند بازی درمانی گروهی یاد می‌گیرند که رفتارشان به نوعی یک انتخاب است که عواقب خاصی را پیش‌بینی می‌کند (۲۹)؛ بنابراین این روش درمانی باعث تقویت رفتار خودتنظیمی و خودمهارگری در کودکان فزون کنش می‌شود. به طور کلی، بازی بازتابی از درون کودک را به نمایش می‌گذارد و بیشتر ناشی از انگیزه‌های درونی فرد است تا انگیزه‌های بیرونی او. کودک از طریق بازی، احساسات و ارتباطات درونی خود را بیان کرده و از این جهت، موجبات افزایش سازش‌یافتگی با محیط اطراف و مهارت‌های کلامی و ارتباطی و شادی کودک فراهم می‌شود. می‌توان این گونه نتیجه گرفت که بازی موقعیتی مناسب برای تشخیص و درمان اختلالات کودکان محسوب می‌شود و در نتیجه برای کودکان بسیار مفید است (۲۷).

همچنین، نتایج این پژوهش نشان داد تفاوت میانگین گروه بازی درمانی گروهی با گروه گواه، بیشتر از تفاوت بازی درمانی انفرادی با میانگین گروه گواه است. این یافته نشان می‌دهد که روش آموزشی بازی درمانی گروهی اثربخشی بیشتری به نسبت بازی درمانی انفرادی بر کاهش رفتارهای مقابله‌ای (انحراف از مشکل، کنار آمدن با مشکل، و کنار آمدن ویرانگر) داشته است که با نتیجه دیگر پژوهش‌ها مانند (۲۷)، همسو است. به طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که از بازی درمانی می‌توان به عنوان روشی اثربخش در کنار سایر روش‌های درمانی برای کاهش نشانه‌های رفتاری اختلال فزون کنشی کودکان بهبود رفتارهای مقابله‌ای آنها بهره جست. این نتیجه در راستای نظریه یادگیری اجتماعی قابل توجیه است. بر اساس این نظریه، رفتار افراد، حاصل مشاهده، الگوبرداری از دوستان و همسالان است. بازی درمانی گروهی موجب یادگیری ارتباطات بین فردی و مهارت‌های اجتماعی در فرد می‌شود و اجرای تکنیک‌های بازی درمانی به صورت گروهی، نقش عمده‌ای در افزایش این مهارت‌ها داشته است. همچنین اجرای گروهی تکنیک‌های بازی درمانی توانسته است به افزایش حس همکاری بین کودکان و کاهش مشاجره بین کودک و بزرگسال منجر

شود (۲۳). از سویی دیگر در بازی‌هایی مانند بازی صندلی‌ها، بازی بادکنک خشم، و بازی کلمات احساسی، کودکان باید در اجرای بازی از درمانگر تبعیت کنند و همین تبعیت به احتمال زیاد، موجب کاهش میزان نافرمانی در آنها شده است. به طور کلی، بازی درمانی به بیان درونی‌ترین مشکلات و تعارضات کودکان کمک می‌کند و بازی مهم‌ترین تکنیکی است که به کودکان اجازه می‌دهد احساسات خودشان را به صورت طبیعی نشان دهند (۲۴)؛ به گونه‌ای که کودکان با بازنمایی مکرر مسائل و مشکلات تجربه شده در فضای بازی، می‌توانند هیجان‌های خود را برون‌ریزی کرده و در نتیجه به شناخت جدیدی از مسائل و وقایع اطراف خود برسند.

در پایان می‌توان به این نکته اشاره کرد که گاهی اوقات، تفاوت دو گروه مورد بررسی، از نظر بالینی معنادار نیست، اما از نظر آماری معنادار است. همان طوری که نتایج این مطالعه نشان داد، تفاوت اثربخشی بازی درمانی انفرادی و گروهی از نظر آماری معنادار است؛ به این معنی که تفاوت مشاهده شده حاصل از نتایج دو درمان، حاصل از شانس نبوده است؛ به عبارتی، تفاوت مشاهده شده از نظر متخصص بالینی، تفاوت ناچیزی را نشان می‌دهد، اما به دلیل اینکه تفاوت در بیشتر افراد نمونه وجود داشته است، نمی‌توان آن را ناشی از شانس دانست. ه عبارت دیگر، ضمن قبول تبیین‌هایی که برای برتری بازی درمانی گروهی برای

کودکان فزون‌کنش عنوان شد، باید پذیرفت که از نظر متخصص بالینی تفاوت اثربخشی دو بازی درمانی انفرادی و گروهی، ناچیز است. این پژوهش با محدودیت‌هایی همچون عدم کنترل دقیق متغیرهای تأثیرگذار بر نتایج پژوهش، عدم استفاده از روش نمونه‌گیری کاملاً تصادفی در تمامی مراحل انتخاب نمونه، و عدم کنترل وضعیت تحصیلی والدین را نام برد. بی‌تردید انجام مطالعات گسترده‌تر با رفع این محدودیت‌ها می‌تواند در نهایت به دقت و تعمیم‌دهی نتایج، کمک کند. بر اساس نتایج به دست آمده در این مطالعه پیشنهاد می‌شود هر دو شیوه بازی درمانی انفرادی و گروهی در کلینیک‌ها و مراکز توانبخشی و درمانی برای بهبود وضعیت رفتاری و روان‌شناختی کودکان با اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی استفاده شود.

تشکر و قدردانی: این مقاله برگرفته از رساله دکترای خانم الهه نایی با کد ۱۰۶۲۰۷۰۶۹۷۲۱۱۰ و تاریخ دفاع ۹۸/۶/۲۰ است. در پایان از همکاری استادان راهنما و مشاور این رساله، مربیان و کادر اداری مدارس منتخب، و همچنین افراد نمونه و والدین آنها، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منفعی نداشته است.

References

1. Gosch EA. Treating a Child with Anxiety and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? Don't Rule Out Cognitive-Behavioral Therapy. 2018. [\[Link\]](#)
2. Groenman AP, Schweren LJ, Weeda W, Luman M, Noordermeer SD, Heslenfeld DJ, Franke B, Faraone SV, Rommelse N, Hartman CA, Hoekstra PJ. Stimulant treatment profiles predicting co-occurring substance use disorders in individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European child & adolescent psychiatry*. 2019 Feb 5;1-0. [\[Link\]](#)
3. Mohr-Jensen C, Steen-Jensen T, Bang-Schnack M, Thingvad H. What do primary and secondary school teachers know about ADHD in children? Findings from a systematic review and a representative, nationwide sample of Danish teachers. *Journal of attention disorders*. 2019 Feb; 23(3):206-19. [\[Link\]](#)
4. MacLeod C. Current Range of Treatments and Therapies in Children and Adolescents Diagnosed With ADHD; A Systematic Review of the Literature. 2018. [\[Link\]](#)
5. Alizadeh H, Armion E, Coolidge FL, Flores ZD, Sutton CE. The prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder among primary school students in an Iranian rural region. *Psychology*. 2015 Feb 12; 6(03):263. [\[Link\]](#)
6. Eiraldi R, Mautone JA, Khanna MS, Power TJ, Orapallo A, Cacia J, Schwartz BS, McCurdy B, Keiffer J, Paidipati C, Kanine R. Group CBT for externalizing disorders in urban schools: Effect of training strategy on treatment fidelity and child outcomes. *Behavior therapy*. 2018 Jul 1; 49(4):538-50. [\[Link\]](#)
7. Niec LN, Barnett ML, Prewett MS, Shanley Chatham JR. Group parent-child interaction therapy: A randomized control trial for the treatment of conduct problems in young children. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2016 Aug; 84(8):682. [\[Link\]](#)
8. Booker JA, Capriola-Hall NN, Dunsmore JC, Greene RW, Ollendick TH. Change in maternal stress for families in treatment for their children with oppositional defiant disorder. *Journal of child and family studies*. 2018 Jul 1; 27(8):2552-61. [\[Link\]](#)
9. Golubchik P, Shalev L, Tsamir D, Manor I, Weizman A. High pretreatment cognitive impulsivity predicts response of oppositional symptoms to methylphenidate in patients with attention-deficit hyperactivity disorder/oppositional defiant disorder. *International clinical psychopharmacology*. 2019 May 1; 34(3):138-42. [\[Link\]](#)
10. Juárez-Treviño M, Esquivel AC, Isida LM, Delgado DÁ, de la O Cavazos ME, Ocañas LG, Sepúlveda RS. Clozapine in the treatment of aggression in conduct disorder in children and adolescents: a randomized, double-blind, controlled trial. *Clinical psychopharmacology and neuroscience*. 2019Feb; 17(1): 43. [\[Link\]](#)
11. Sadek J. ADHD and Oppositional Defiant Disorder (ODD). In *Clinician's Guide to ADHD Comorbidities in Children and Adolescents 2019* (pp. 37-45). Springer, Cham. [\[Link\]](#)
12. Laezer KL. Effectiveness of psychoanalytic psychotherapy and behavioral therapy treatment in children with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*. 2015 Apr 3; 14(2):111-28. [\[Link\]](#)
13. Swank JM, Smith-Adcock S. On-task behavior of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Examining treatment effectiveness of play therapy interventions. *International Journal of Play Therapy*. 2018 Oct; 27(4):187. [\[Link\]](#)
14. Bagherizadeh H, Nasab HM, Goudarzvand R. The effect of play therapy on symptoms of oppositional defiant disorder in boys aged 5 to 10 years old. *Int J Learn Develop*. 2015; 5(2):48-55. [\[Link\]](#)
15. Ho RT, Lai AH, Lo PH, Nan JK, Pon AK. A Strength-Based Arts and Play Support Program for Young Survivors in Post-Quake China: Effects on Self-Efficacy, Peer Support, and Anxiety. *The Journal of Early Adolescence*. 2017 Jun; 37(6):805-24. [\[Link\]](#)
16. Palmer CG, Boudreault P, Berman BA, Wolfson A, Duarte L, Venne VL, Sinsheimer JS. Bilingual approach to online cancer genetics education for Deaf American Sign Language users produces greater knowledge and confidence than English text only: A randomized study. *Disability and health journal*. 2017 Jan 1; 10(1):23-32. [\[Link\]](#)
17. Seymour JW. Resilience-enhancing factors in play therapy. *Play Therapy Interventions to Enhance Resilience*. 2015 May 4. [\[Link\]](#)
18. Ariel S. *Integrative Play Therapy with Individuals, Families and Groups*. Routledge; 2019 May 13. [\[Link\]](#)
19. Pittala ET, Saint-Georges-Chaumet Y, Favrot C, Tanet A, Cohen D, Saint-Georges C. Clinical outcomes of interactive, intensive and individual (3i) play therapy for children with ASD: a two-year follow-up study. *BMC pediatrics*. 2018 Dec; 18(1):165. [\[Link\]](#)
20. Meany-Walen KK, Teeling S. Adlerian play therapy with students with externalizing behaviors and poor

- social skills. *International Journal of Play Therapy*. 2016 Apr; 25(2):64. [\[Link\]](#)
21. Mahmood alilo M, Hashemi Nosratabad T, Farshbaf Manisfat F. The effectiveness of play therapy according levy approach in reduction of anxiety in children with diagnosed cancer. *J Holist Nurs Midwifery*. 2015; 25 (1):54-62. [\[Link\]](#)
 22. Meany-Walen KK, Kottman T. Group Adlerian play therapy. *International Journal of Play Therapy*. 2019 Jan; 28(1):1. [\[Link\]](#)
 23. Kwon YJ, Lee K. Group child-centered play therapy for school-aged North Korean refugee children. *International Journal of Play Therapy*. 2018 Oct; 27(4):256. [\[Link\]](#)
 24. Phipps CB. The Effect of Child-Centered Play Therapy on the Externalizing Behaviors of Low Income Male Preschoolers during Group Instructional Time and Center Time: A Single-Case Design Study. ProQuest LLC. 2017. [\[Link\]](#)
 25. Cheng YJ, Ray DC. Child-centered group play therapy: Impact on social-emotional assets of kindergarten children. *The Journal for Specialists in Group Work*. 2016 Jul 2; 41(3):209-37. [\[Link\]](#)
 26. Ojiambo D, Bratton SC. Effects of group activity play therapy on problem behaviors of preadolescent Ugandan orphans. *Journal of Counseling & Development*. 2014 Jul; 92(3):355-65. [\[Link\]](#)
 27. Morshed N, Babamiri M, Zemestani M, Alipour N. A Comparative Study on the Effectiveness of Individual and Group Play Therapy on Symptoms of Oppositional Defiant Disorder among Children. *Journal of the Korean Academy of Family Medicine*. 2019 Jan 9. [\[Link\]](#)
 28. Alavi S, Razavi V, Tehrani M. Group Play Therapy on Behavioral Disorders in Preschool Children. 2018, 7-3/26-31. [\[Link\]](#)
 29. Morshed N, Davoodi I, Babamiri M. Effectiveness of group play therapy on symptoms of oppositional defiant among children. *J Educ Community Health*. 2015 Dec 15; 2(3):12-8. [\[Link\]](#)
 30. Nikpour G, Zare poor M, Nikpour F. The Effect of Play Therapy with Cognitive Behavioral Approach on Reducing Oppositional Defiant Disorder Symptoms in Children Aged 8 to 11 Years. *TB*. 2018; 17 (1):62-72. [\[Link\]](#)
 31. Ariapooran S, Eskandari A. Effectiveness of Group Play Therapy on Symptoms of Oppositional Defiant and Behavior Disorder in 6-9 Age Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *JPEN*. 2016; 2 (4):44-50. [\[Link\]](#)
 32. Ashori M, Dallalzadeh Bidgoli F. The Effectiveness of Play Therapy Based on Cognitive-Behavioral Model: Behavioral Problems and Social Skills of Pre-School Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Jrehab*. 2018; 19 (2) :102-115 [\[Link\]](#)
 33. Asgari Nekah S M, Abedi Z. The Effectiveness of Executive Functions based Play Therapy on improving Response Inhibition, planning and working memory in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *JCP*. 2014; 2 (1) :41-51 [\[Link\]](#)
 34. Fallahi M, Kafie Masuleh M, Khoustro Javid M, Karimi Lie Chahei R, Eskandari B. [A Preliminary Evaluation of the Psychometric Properties of the Children's Coping Behavior Questionnaire (CCBQ) (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2018; 23(4):494-509. [\[Link\]](#)
 35. Conners, C. K., Erhardt, D., Epstein, J. N., Parker, J. D. A., Sitarenios, G., Sparrow, E. Self-ratings of ADHD symptoms in adults I: Factor structure and normative data. *J Atten Disord*, 1999 3, 141-151. [\[Link\]](#)
 36. Arabgol F, Hayati M, Hadid M. Prevalence of hyperactivity disorder / attention deficit group of students. *J new cogn sci*. 6(1), (2003), pp 34-51. [Persian]. [\[Link\]](#)
 37. Soleimany AS, Sadeghi HA, Zerehpoush A, Rabie M, Abedi A, Esmaeeli S. Effectiveness of rhythmic games on social skills of children with attention deficit hyperactive disorder. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2016; 18(2): 91-96. [\[Link\]](#)
 38. Yazdanipur N, Yazdkhasti F. The effectiveness of group play on social skills of preschool children in Isfahan, Iran. *Journal of research in behavioural sciences* 2012, 10(3): 221 - 228. [\[Link\]](#)