

Research Paper

The Impact of Play Therapy Based on Cognitive-Behavioral Model on the
Social Skills of Preschool Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

Mohammad Ashori¹, Sogand Ghasemzadeh^{*2}, Fatemeh Dallalzadeh Bidgoli³

1. Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, University of Tehran, Iran
3. M.A. Student of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Iran



Citation: Ashori M, Ghasemzadeh S, Dallalzadeh Bidgoli F. The impact of play therapy based on cognitive-behavioral model on the social skills of preschool children with attention deficit/hyperactivity disorder. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2019; 6(2): 27-39.

doi <http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.6.2.3>

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Attention deficit
hyperactivity disorder
(ADHD),
play therapy,
cognitive-behavioral
model,
social skills,
behavioral problems

Background and Purpose: Most pre-school children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) lack the appropriate social skills and face essential problems in being adapted to different environments and making friendships. Some experts believe that play therapy based on cognitive-behavioral model can help the children with ADHD to acquire social skills and reduce their behavioral problems. Therefore, the present study was conducted to investigate the effectiveness of play therapy based on cognitive-behavioral model on the social skills of preschool boys with ADHD.

Method: The present research was an experimental study with pretest-posttest control group design. The participants were thirty 5 to 6- year-old boys with ADHD who were selected by convenience sampling from the pre-school centers of Aran va Bidgol city over the academic year 2017-2018 and then divided into the experimental and control groups, each one consisting of 15 individuals. The experimental group received 12 sessions of 40-minute play therapy based on cognitive-behavioral model, whereas the control group received no therapy. *Social Skills Rating System (SSRS)* (Gresham & Elliot, 1990) was the instrument used in this research. Data collected by the questionnaires at pretest and post-test stages were analyzed by using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) and version 23 of SPSS software.

Results: Analysis of the collected data by MANCOVA showed that after the intervention, the mean score of the social skills in the experimental group was significantly higher than the control group ($P < 0.0001$, $F = 57.77$). Also, the mean scores on the subscales of cooperation ($P < 0.0001$, $F = 64.30$), self-assertiveness ($P < 0.0001$, $F = 54.48$), and self-control ($P < 0.0001$, $F = 39.09$) were significantly higher in the experimental group compared to the control group.

Conclusion: Based on the results of this study, it can be concluded that play therapy based on cognitive-behavioral model improves the social skills, cooperation, self-assertiveness, and self-control in the pre-school children with ADHD. Since the play therapy based on cognitive-behavioral model mainly uses the emotional, practical and non-verbal activities and is theoretically based on individual-environment interactions; hence, it has shown to be effective in improving the social skills of children with ADHD.

Received: 22 Feb 2018

Accepted: 1 Mar 2019

Available: 10 Aug 2019

* **Corresponding author:** Sogand Ghasemzadeh, Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, University of Tehran, Iran.

E-mail addresses: S.ghasemzadeh@ut.ac.ir

2476-5740/ © 2019 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

مقاله پژوهشی

تأثیر بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش دبستانی با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی

محمد عاشوری^۱، سوگند قاسم‌زاده^{۲*}، فاطمه دلال‌زاده بیدگلی^۳

۱. استادیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، ایران

چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی، بازی درمانی، مدل شناختی رفتاری، مهارت‌های اجتماعی، مشکلات رفتاری

زمینه و هدف: بیشتر کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی، مهارت‌های اجتماعی مناسبی ندارند و در سازش با محیط‌های مختلف و دوست‌یابی، دارای مشکلات اساسی هستند. برخی متخصصان معتقدند که بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری می‌تواند به کودکان مبتلا به این اختلال در یادگیری مهارت‌های اجتماعی کمک کند و برخی مشکلات رفتاری آنها را کاهش دهد. بدین ترتیب پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی پسران پیش دبستانی با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی انجام شد.

روش: پژوهش حاضر، یک مطالعه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بود. در این پژوهش ۳۰ پسر با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی ۵ تا ۶ ساله شرکت داشتند که به روش نمونه‌گیری در دسترس از مراکز پیش دبستانی شهرستان آران و بیدگل در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۶ انتخاب شده‌اند و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه، جایدهی شدند. گروه آزمایش، بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری را در ۱۲ جلسه ۴۰ دقیقه‌ای دریافت کردند، در حالی که به گروه گواه این آموزش ارائه نشد. ابزار استفاده شده در این پژوهش، مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی گرشام و الیوت (۱۹۹۰) بود. داده‌های به دست آمده از پرسشنامه در قبل و بعد از مداخله با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و نسخه ۲۳ نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: تحلیل داده‌های به دست آمده با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که پس از مداخله، میانگین نمرات مهارت‌های اجتماعی گروه آزمایش به طور معناداری بیشتر از گروه گواه بود ($F=57/77$ و $P<0/001$). همچنین میانگین نمرات همه خرده‌مقیاس‌های مشارکت ($F=64/30$ و $P<0/001$)، ابراز وجود ($F=54/48$ و $P<0/001$)، و مهار خود ($F=39/09$ و $P<0/001$) در گروه آزمایش به طور معناداری بیشتر از گروه گواه بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به دست آمده در این مطالعه، بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری باعث بهبود مهارت‌های اجتماعی، مشارکت، ابراز وجود، و مهار خود در کودکان پیش دبستانی با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی شد. با توجه به این که در این شیوه مداخله، از فعالیت‌های هیجانی، عملی، و غیرکلامی استفاده می‌شود و از لحاظ نظری، تأکید بر تعامل فرد و محیط است، بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی موثر واقع شده است.

دریافت شده: ۹۶/۱۲/۰۳

پذیرفته شده: ۹۷/۱۲/۱۰

منتشر شده: ۹۸/۰۵/۱۹

* نویسنده مسئول: سوگند قاسم‌زاده، استادیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران.

پست الکترونیکی: S.ghasemzadeh@ut.ac.ir

تلفن: ۰۲۱-۶۱۱۱۷۴۱۵

مقدمه

کودکان استثنایی یا کودکان با نیازهای ویژه، افرادی هستند که برای دستیابی به بیشترین توان بالقوه خود به آموزش ویژه و خدمات مرتبط نیاز دارند. معمولاً آنها به ۱۱ گروه تقسیم می‌شوند (۱) که کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی^۱ یکی از این گروه‌ها هستند. اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، اختلالی در بازداری رفتار است که با توانایی انتظار کشیدن، متوقف کردن پاسخ، یا عدم پاسخ به رویدادها ارتباط دارد؛ به بیان دیگر، اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، شرایطی عصبی تحولی و زیست‌شیمیایی مزمن است که به مشکلات مربوط به توانایی فردی به منظور تنظیم و بازداری رفتار و توجه پایدار در تکالیف اشاره دارد. همچنین بازداری شامل بازداری حرکتی، به تأخیر انداختن لذت‌ها، و تغییر توجه نسبت به محرک‌های محیطی می‌شود (۲). اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی ۵ تا ۱۰ درصد از کودکان و نوجوانان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲ و ۳). این اختلال باعث می‌شود که افراد مبتلا مهارت‌های اجتماعی را مانند همسالان خود یاد نگیرند (۴) و در تحول شناختی و رفتاری با چالش‌های بیشتری مواجه شوند (۵). به طور کلی، اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی یک اختلال مزمن و شایع است که با سطح فعالیت نامناسب تحولی، تحمل پایین محرومیت، ناتوانی در حفظ توجه و تمرکز، تکانشگری^۲ و رفتارهای کمتر سازمان‌یافته، و آشفتگی بالا، مشخص می‌شود. معمولاً کودکان با این اختلال در مهارت‌های اجتماعی^۳ با چالش‌های زیادی مواجه هستند (۶).

مهارت‌های اجتماعی مجموعه‌ای از توانایی‌هایی هستند که باعث می‌شوند کودک بتواند روابط اجتماعی مثبت و مفید را آغاز و حفظ کند و دوستی و صمیمیت با دیگران را گسترش دهد تا خود را با شرایط سازش دهد و تقاضاهای محیط اجتماعی را بپذیرد (۷ و ۸). مهارت‌های اجتماعی به عنوان مهارت‌های ضروری برای انطباق با نیازهای اجتماعی و حفظ روابط بین فردی رضایت‌بخش تعریف می‌شود (۹). یادگیری مهارت‌های اجتماعی بخشی از مسئله اجتماعی شدن در کودکان است و اجتماعی شدن جریانی است که در آن هنجارها، مهارت‌ها، انگیزه‌ها، نگرش‌ها، و رفتار فرد شکل می‌گیرد (۱۰). مهارت‌های اجتماعی بیانگر

مجموعه پیچیده‌ای از مهارت‌ها است که شامل ارتباط، حل مسئله، تصمیم‌گیری، خودمدیریتی، جرئت‌ورزی، تعامل با همسالان، و گروه می‌شود و سه مؤلفه مشارکت، ابراز وجود، و مهار خود را شامل می‌شود (۱۱). افراد با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در زمینه مهارت‌های اجتماعی با مشکلات عمده‌ای مواجه هستند (۱۲). آنها نسبت به همسالان بهنجار خود در حوزه مسائل تحصیلی احساس ناامیدی بیشتری می‌کنند، در ارتباط با خواهران و برادران مشکلات بیشتری دارند و مشکلات رفتاری آنها بسیار زیاد است. کودکانی که مهارت‌های اجتماعی مطلوبی داشته و مشکلات رفتاری عمده‌ای ندارند در ایجاد رابطه با همسالان و یادگیری در محیط آموزشی موفق‌تر از کودکانی هستند که فاقد این مهارت هستند (۱۳)، زیرا مهارت‌های اجتماعی ناکافی و مشکلات رفتاری عمده سبب ایجاد روابط بین فردی ضعیف و رشد اجتماعی نامطلوب می‌شود (۱۴).

با این که درمان دارویی در صف اول درمان کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی قرار دارد و تأثیر چشمگیری بر میزان توجه و کاهش مشکلات رفتاری دارد ولی تأثیر آن کوتاه‌مدت است و عوارضی از قبیل بی‌اشتهایی، بی‌خوابی، و کاهش وزن هم به دنبال دارد (۱۵) و مهم‌تر این که بر یادگیری مهارت‌های تحصیلی و بهبود مهارت‌های اجتماعی تأثیری ندارد؛ در حالی که درمان‌های رفتاری و شناختی این عوارض را ندارند و مهارت‌های اجتماعی را بهبود می‌بخشند (۱۶). بازی درمانی^۴ از جمله روش‌هایی است که در بین انواع روش‌های توان بخشی به لحاظ تربیتی، درمانی، آموزشی و به ویژه کاهش مشکلات رفتاری و کسب مهارت‌های اجتماعی، ارزش زیادی دارد (۱۷). همچنین، بازی سبب تسهیل فرایندهای یادگیری و افزایش خلاقیت در کودکان می‌شود (۱۸). بازی درمانی روشی است که به کودک کمک می‌کند تا فشارها و احساسات خویش را مهار کند. این نوع درمان در مورد تعلیم و تربیت کودکان استثنایی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است (۱۹). یکی از برجسته‌ترین روی آوردهای بازی درمانی که برای کودکان پیش دبستانی و دبستانی طراحی شده است بازی درمانی با روی آورد شناختی رفتاری است. در این روی آورد بر مشارکت کودک در درمان

3. Social skills

4. Play therapy

1. Children with attention deficit hyperactivity disorder

2. Impulsiveness

پژوهش غیاثی‌زاده (۲۷) همسو است. از دیگر مطالعات انجام شده می‌توان به پژوهش‌های رشیدی‌ظفر، جان‌بزرگی و شقاقی (۲۸)، فؤادالدینی و بیدختی (۲۹)، ورنوسفادرائی، ادیب‌سرشکی و موللی (۳۰)، و بیابانگرد (۳۱) اشاره کرد.

بدین ترتیب بازی درمانی روی آوردی ساختارمند است که فرایندهای یادگیری و ارتباط طبیعی کودکان را پایه‌ریزی می‌کند (۳۲). درمانگران از طریق بازی به کودکانی که مشکلات رفتاری زیادی دارند یا مهارت‌های اجتماعی آنها ضعیف است رفتارهای سازش‌یافته‌تری را می‌آموزند (۳). از آنجایی که کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به وسیله سایر همسالان خود به عنوان افرادی غیراجتماعی، نگران، مضطرب، و عصبی توصیف می‌شوند، این مشکلات تا حدی ناشی از عوامل مختلفی مانند عدم توانایی در برقراری ارتباط مؤثر و کاربرد مهارت‌های اجتماعی است (۳۳). بخشی از مشکلات کودکان با این اختلال که منجر به خودناتوان‌سازی آنها می‌شود با رفتارهای آنها ارتباط دارد (۳۴). این کودکان در تعامل با دیگران به آموزش مستقیم نیاز دارند (۳۵). اگر آنها به نحو مطلوبی آموزش ببینند در حوزه مهارت‌های اجتماعی پیشرفت قابل توجهی خواهند داشت (۳۶ و ۳۷). از سویی دیگر، بازی درمانی مانند روان‌درمانی و مشاوره برای بزرگسالان عمل می‌کند (۱۹). با توجه به این که آموزش بازی‌های مبتنی بر مدل شناختی رفتاری به کودکان، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است و در آموزش و پرورش کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی نقش عمده‌ای دارد، بنابراین انجام پژوهش‌های گسترده‌تر و دقیق‌تر بسیار ضروری است. اگرچه اخیراً در حوزه اثربخشی بازی درمانی پژوهش‌هایی انجام شده است ولی در بیشتر موارد به بررسی تأثیر بازی درمانی با روی آورد رفتاری بر مشکلات رفتاری یا رفتار سازشی کودکان پرداخته‌اند؛ در واقع پژوهش‌های اندکی به بررسی تأثیر آموزش بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی پرداخته‌اند. در این مطالعه تأثیر آموزش بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری را بر مهارت اجتماعی و همچنین مؤلفه‌های آن از جمله مشارکت، ابراز وجود، و مهار خود به طور همزمان بررسی شده است. در این ارتباط مسئله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی

تأکید می‌شود. در بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری این موضوع از طریق مورد توجه قرار دادن مواردی مانند مهار خود و دیگران، تسلط و پذیرش مسئولیت در برابر تغییر رفتار، و اکتساب مهارت‌های اجتماعی، عملیاتی می‌شود. در این نوع بازی درمانی از روش‌هایی مانند خودنظارتی و فنون مدیریت وابستگی از جمله تقویت مثبت، شکل‌دهی، خاموش‌سازی، و سرمشق‌دهی استفاده می‌شود (۳ و ۱۹). علاوه بر این، در بازی درمانی با روی آورد شناختی رفتاری به روشی که کودکان جهان را تفسیر می‌کنند، توجه زیادی می‌شود (۲۰). مشارکت در این نوع بازی درمانی سبب تقویت و بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان می‌شود (۲۱).

مطالعات مختلفی درباره تأثیر آموزش بازی درمانی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان در گروه‌های مختلف انجام شده است. در این راستا، یافته‌های پژوهش هوشینا، هوری، گیانوپولو و سوگایا (۱۷) نشان داد که بازی درمانی دیجیتالی باعث افزایش توجه و مهارت‌های اجتماعی کودکان می‌شود. احقر، احمدی و قنبری (۱۴) نیز در نتایج پژوهش خود گزارش کردند که قصه‌گویی در بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان تأثیر چشمگیری دارد. همچنین یافته‌های مطالعه استانتن-چاپمن و اسنل (۲۱) نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی و اصلاح رفتار باعث بهبود برقراری روابط با دیگران و مهارت‌های مربوط به بازی کردن در کودکان استثنایی پیش‌دبستانی می‌شود. نتایج پژوهش لندرت، ری و براتون (۲۲) و کارمیخیایل (۲۳) بیانگر آن بود که بازی درمانی تأثیر مثبتی بر روی رفتار و هیجانات کودکان دارد و یکی از مؤثرترین مداخلات در حیطه مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان و آموزش مهارت‌های اجتماعی به آنان است. در این رابطه جیندال-اسنایپ و ویتزینو (۲۴) در پژوهشی اظهار داشتند که بازی‌های مبتنی بر تکنیک‌های نمایشی باعث افزایش و بهبود مهارت‌های اجتماعی و هیجانی در افراد با نیازهای خاص می‌شود. یافته‌های مطالعه براتون، ری، رهینی و جونز (۲۵) نیز بیانگر آن بود که بازی درمانی نتایج مطلوبی در کسب مهارت‌های اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری دارد. باینسکی، میلز و بانسل (۲۶) در نتایج مطالعه خود عنوان کردند بازی درمانی گروهی سبب مشخص شدن پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی در خانه می‌شود و در بهبود مهارت‌های اجتماعی آنها مؤثر است که با یافته‌های

رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های آن در کودکان پیش‌دبستانی با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی تأثیر دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: در این پژوهش که از نوع پژوهش‌های آزمایشی است از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی شهرستان آران و بیدگل در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۶ بود (در حدود ۲۰۰ نفر). نمونه آماری شامل ۳۰ پسر با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی ۵ تا ۶ ساله بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس از مراکز پیش‌دبستانی برترین‌ها و گل‌های دانش به روش در دسترس انتخاب شدند. هر یک از این مراکز به ترتیب ۱۸ و ۱۹ پسر با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی از نوع ترکیبی داشتند که توسط یکی از پژوهشگران (دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی و دارای سابقه کار در مراکز پیش‌دبستانی) تشخیص داده شدند. بر اساس ملاک‌های ورود و خروج پژوهش، ۱۵ نفر از هر یک از این مراکز پیش‌دبستانی انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند.

به دلیل استفاده از روش پژوهش آزمایشی، حجم مطلوب برای هر یک از گروه‌ها ۱۵ نفر است (۳۸). از نظر دلاور نیز حداقل حجم نمونه در پژوهش‌های آزمایشی ۱۵ نفر است (۳۹). ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل دارا بودن اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی از نوع ترکیبی بر اساس مقیاس درجه‌بندی کانرز والدین و مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های پنجمین راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی، عدم همبودی اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی با سایر اختلالات، دامنه هوشی بهنجار، جنسیت مذکر با دامنه سنی ۵ تا ۶ سال، حضور در مرکز پیش‌دبستانی، تمایل به شرکت در پژوهش، و زندگی با والدین بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز داشتن هرگونه اختلال یا کم‌توانی دیگر غیر از اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی مانند ناشنوایی، نابینایی و کم‌توانی ذهنی بر اساس پرونده تحصیلی، عدم شرکت همزمان در برنامه‌های مداخلاتی مشابه، و غیبت بیش از یک جلسه در برنامه

مداخلاتی بود. به طور کلی سن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش با میانگین و انحراف استاندارد ۵/۴۰ و ۰/۳۷ و در گروه گواه با میانگین و انحراف استاندارد ۵/۳۳ و ۰/۲۹ بود.

ب) ابزار

۱. مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی^۱: این مقیاس توسط گرشام و الیوت در سال ۱۹۹۰ ساخته شد و دارای سه فرم والدین، معلمان، و دانش‌آموزان است که برای سه دوره تحصیلی پیش‌دبستانی، دبستان، و راهنمایی-دبیرستان طراحی شده است و برای افراد با نیازهای ویژه از جمله کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به کار می‌رود. در این پژوهش از فرم معلمان مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی ویژه دانش‌آموزان پیش‌دبستانی استفاده شد. این مقیاس شامل سه خرده‌مقیاس همکاری، ابراز وجود، و مهار خود است که هر خرده‌مقیاس ۱۰ گویه دارد و به کمک مقیاس سه درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود، به طوری که به گزینه «هرگز» نمره صفر، به گزینه «بعضی اوقات» نمره یک، و به گزینه «بیشتر اوقات» نمره دو تعلق می‌گیرد. از مجموع نمره‌های خرده‌مقیاس‌های هر فرد، نمره مهارت‌های اجتماعی وی به دست می‌آید. حداکثر نمره در این مقیاس ۶۰ و نمرات بالاتر بیانگر مهارت اجتماعی بهتر هستند. ضریب اعتبار این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش شده است (۴۰). موللی، جلیل‌آبکنار و عاشوری با اجرای این مقیاس بر روی کودکان کم‌شنوای ایرانی، ضریب پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و همچنین روایی آن را از طریق تحلیل عاملی ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند (۳۲). در مطالعه حاضر، ضریب پایایی و روایی مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۸۲ به دست آمد.

ج) برنامه مداخله‌ای: برنامه بازی درمانی با روی آورد شناختی رفتاری در این مطالعه شامل ۱۲ جلسه آموزشی ۴۰ دقیقه‌ای بود که توسط یک دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی دارای سابقه کار با کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در مرکز پیش‌دبستانی، در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۷ آموزش داده شد. این برنامه با استفاده از کتاب‌های کلیات بازی درمانی محمد اسماعیل (۱۹)، راهبردهای ارائه شده توسط موللی و همکاران (۳۲) و با همکاری دو نفر از متخصصان

آموزش و روان‌شناسی کودکان با نیازهای ویژه با توجه به روی آورد شناختی رفتاری تهیه شده است. هدف و محتوای جلسات آموزشی برای گروه آزمایش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: هدف و محتوای جلسات آموزش بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری

جلسات	هدف	محتوای جلسات
۱	آشنایی با ساختار جلسات، ترغیب به همکاری و افزایش خودمهارگری	نمایش کارتون و نقاشی تخیلی
۲		بازی با مدارنگی، آبرنگ، آینه، تخته سیاه و دومینوی گروهی
۳		بازی با نخ و تسبیح و خمیربازی، ساختن پازل انسان به صورت گروهی
۴	آگاه‌سازی نسبت به فعالیت‌های مختلف به صورت فردی و گروهی	کار با شن، ساختن مجسمه‌های شنی و بازی با مکعب‌های چوبی
۵	تقویت حواس مختلف و آموزش مهارت خودآگاهی	بازی با قوطی تمیز شنیداری، خمیربازی گروهی و موزیک
۶		بازی با لگو به صورت گروهی، عروسک انگشتی، قصه و بازی با توپ و سطل
۷		بازی تقلید صدا، کاردستی گروهی، دارت و پازل اعداد و حروف
۸	تقویت مهارت‌های تقلیدی، یادگیری پاسخ‌های سازش یافته و ایفای نقش	بازی نقش با بچه‌ها، کپی اشکال هندسی، کپی اشکال پنهان و بازی با اشیای درون کسبه
۹		حباب بازی گروهی، کارت‌های آموزشی، پازل گروهی و دومینو فردی
۱۰	تقویت مهارت‌های خودنظارتی و مشارکت در کارهای گروهی	بازی با بادکنک، مهره نخ کردن و داستان‌گویی از روی تصویر به صورت گروهی
۱۱		رنگ آمیزی با انگشت، ساختن داستان، قصه‌گویی و توپ بازی گروهی
۱۲	بهبود مهارت حل مسئله، مدیریت وابستگی و برقراری ارتباط	خمیربازی گروهی، لگو با الگو و بازی با آهنگ

(د) روش اجرا: جهت انجام پژوهش از مدیریت آموزش و پرورش شهرستان‌های آران و بیدگل، معرفی‌نامه دریافت و با مدیریت مراکز پیش‌دبستانی مورد نظر، هماهنگی لازم انجام شد و اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر برای مدیر مراکز بیان شد. آزمودنی‌ها بر اساس ملاک‌های ورود و خروج پژوهش انتخاب و در در گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. در اولین مرحله پژوهش مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی به‌عنوان پیش‌آزمون در مراکز پیش‌دبستانی منتخب اجرا شد و در مرحله بعدی، بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی رفتاری توسط یک روان‌شناس آموزش‌دیده در ۱۲ جلسه آموزشی ۴۰ دقیقه‌ای طی تقریباً دو ماه و هفته‌ای دو جلسه به صورت گروهی به گروه آزمایش در مراکز پیش‌دبستانی منتخب، آموزش داده شد ولی به گروه گواه این نوع آموزش ارائه نشد.

در اجرای برنامه به ویژگی‌های رفتاری و شناختی کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی توجه شد. با توجه به محدودیت آنها در حوزه توجه و شناخت، مطالب به زبان ساده و بر اساس محتوای فعالیت‌های کمک آموزشی (پیش‌نیاز آموزش دبستانی) در دوره

پیش‌دبستانی انتخاب شدند. در جلسه اول، پژوهشگر قوانین و فعالیت‌های جلسه‌های بازی درمانی را با کودکان در میان گذاشت. همچنین موضوع مهارت‌های اجتماعی کودکان با توجه به ابعاد شناختی و رفتاری با استفاده از نمایش کارتون، نقاشی تخیلی و کار گروهی ادامه یافت. در جلسات بعدی با استفاده از بازی‌های گوناگون که به‌طور مختصر در جدول ۱ معرفی شده‌اند، با تأکید بر انجام گروهی آنها و مشارکت آزمودنی‌ها، پیگیری شد. در حین جلسات از روش‌های نمایشی، ایفای نقش، و روش مشارکتی استفاده شد. مداخله‌های شناختی و رفتاری به کار گرفته شده شامل خودنظارتی، فنون مدیریت وابستگی شامل تقویت مثبت، شکل‌دهی، خاموش‌سازی، و سرمشق‌دهی بود.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، از والدین آزمودنی‌ها رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات استخراج شده و نام آزمودنی‌ها به صورت محرمانه باقی می‌ماند. همچنین به منظور حفظ اسرار شخصی و عدم تجاوز به حریم خصوصی شرکت‌کنندگان نتایج حاصل از پژوهش در سطح کلی گزارش شد تا برای پیشبرد اهداف پژوهش در اختیار روان‌شناسان، متخصصان، و مدیران مراکز پیش‌دبستانی

یافته‌ها

در ابتدا برای بررسی اثر متغیرهای کنترل پژوهش از جمله سن آزمودنی‌ها از آزمون آماری t مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که بین گروه آزمایش و گواه از نظر سن تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$) و $t_{(28)} = 1/08$. میانگین و انحراف معیار متغیر مهارت‌های اجتماعی و مولفه‌های آن (مشارکت، ابراز وجود، مهار خود) در دو گروه آزمایش و گواه در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

قرار گیرد. علاوه بر این پس از پایان پژوهش کارگاهی دو روزه برای گروه گواه گذاشته شد و یک جزوه آموزشی درباره برنامه مداخلاتی به والدین آنها داده شد. در پایان جلسات آموزش، هر دو گروه به عنوان پس‌آزمون با استفاده از مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی بار دیگر مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های به دست آمده از این دو موقعیت (پیش‌آزمون و پس‌آزمون)، برای دو گروه با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری مورد تحلیل قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از نسخه ۲۳ نرم‌افزار آماری SPSS استفاده شد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار مهارت‌های اجتماعی گروه آزمایش و گواه

متغیرها	موقعیت	گروه آزمایش		گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مشارکت	پیش‌آزمون	۷/۰۴	۲/۳۱	۷/۱۱	۲/۶۱
	پس‌آزمون	۱۱/۶۷	۱/۹۱	۷/۶۸	۲/۵۴
ابراز وجود	پیش‌آزمون	۸/۲۲	۱/۹۸	۸/۲۱	۲/۳۳
	پس‌آزمون	۱۲/۶۶	۲/۵۰	۸/۲۷	۲/۳۷
مهار خود	پیش‌آزمون	۶/۹۴	۲/۸۴	۷/۰۱	۲/۵۳
	پس‌آزمون	۱۰/۵۳	۲/۴۵	۷/۱۱	۲/۶۸
مهارت‌های اجتماعی کلی	پیش‌آزمون	۲۲/۲۰	۳/۳۷	۲۲/۳۳	۴/۰۸
	پس‌آزمون	۳۴/۸۶	۳/۸۲	۲۳/۰۶	۳/۴۷

قرار گرفت که نتایج در جدول ۲ گزارش شده است ($P > 0/05$). مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون نیز مورد بررسی قرار گرفت و حاکی از آن بود که تعامل بین شرایط و پیش‌آزمون معنادار نیست ($P < 0/33$) و $F = 5/74$. همچنین نتایج آزمون لون نشان دهنده برقراری فرض همگنی واریانس‌ها بود ($P < 0/11$ و $F = 0/41$)؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کواریانس تک‌متغیری برقرار است که نتایج این آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

برای تعدیل اثر پیش‌آزمون و بررسی اثر یک متغیر مستقل (بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری) بر یک متغیر وابسته (مهارت‌های اجتماعی) از آزمون آماری تحلیل کواریانس تک‌متغیری (آنکوا) و همچنین بررسی اثر همان متغیر مستقل بر مؤلفه‌های متغیر وابسته (مشارکت، ابراز وجود، مهار خود) از آزمون آماری تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) استفاده شد. برای تعیین اثربخشی برنامه مداخلاتی بر مهارت‌های اجتماعی، ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌های با استفاده از آزمون آماری کالموگروف-اسمیرنوف مورد بررسی و تأیید

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری نمره پس‌آزمون مهارت‌های اجتماعی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذور آتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۶۲/۳۸	۱	۶۲/۳۸	۴/۱۵	۰/۰۲	۰/۲۸	۰/۸۱
گروه	۸۶۷/۵۲	۱	۸۶۷/۵۲	۵۷/۷۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۰/۹۴
خطا	۴۰۵/۵۴	۲۷	۱۵/۰۲				

در این تحلیل، متغیر پیش‌آزمون به دلیل همبستگی با پس‌آزمون تعدیل شده است. با توجه به نتایج جدول ۳، گروه، اثر معناداری بر نمرات پس‌آزمون مهارت‌های اجتماعی داشت ($P < 0/0001$ و $F = 57/77$). بر اساس مجذور اتا می‌توان عنوان کرد که ۶۱ درصد تغییر متغیر مهارت‌های اجتماعی به علت اثر مداخله یا شرکت در برنامه بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری است.

برای تعیین اثربخشی برنامه مداخلاتی بر مولفه‌های مشارکت، ابراز وجود، و مهار خود، نرمال بودن توزیع داده‌های مربوط به این متغیرها با استفاده از آزمون آماری کالموگروف-اسمیرنوف مورد بررسی و تأیید قرار گرفت ($P > 0/05$). آزمون باکس فرض همگنی واریانس-کوواریانس را تأیید کرد که برابر با ($Box's M = 19/06$ و $P = 0/13$) بود. همچنین مفروضه شیب خط رگرسیون برای متغیرها و خطی بودن

رابطه متغیرها برقرار بود. آزمون کرویت بارتلست حاکی از وجود همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته بود؛ به بیان دیگر همبستگی بین متغیرهای وابسته در دامنه ۰/۳۹ تا ۰/۵۸ معنادار بود ($P = 0/0001$). نتایج آزمون لون بیانگر برقراری فرض همگنی واریانس‌ها در همه متغیرها بود ($P > 0/05$). نتیجه این که مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری برقرار است و می‌توان جهت تحلیل داده‌ها از این آزمون استفاده کرد. به این منظور، متغیرهای مشارکت، ابراز وجود، و مهار خود در گروه آزمایش و گواه در پیش‌فرض آماری بزرگ‌ترین ریشه روی مورد محاسبه قرار گرفت ($P = 0/0001$ و $F_{(3, 23)} = 2/97$)، بنابراین گروه آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معناداری دارند. به منظور پی‌بردن به این تفاوت، از آزمون آماری مانکوا استفاده شد که نتایج هر یک در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴: نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای مشارکت، ابراز وجود، و مهار خود با حذف اثر پیش‌آزمون

منابع تغییر	متغیرهای وابسته	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	نسبت F	سطح معناداری	مجدور اتا
گروه	مشارکت	۱۶۶/۰۵	۱	۱۶۶/۰۵	۶۴/۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹
	ابراز وجود	۱۲۳/۶۴	۱	۱۲۳/۶۴	۵۴/۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸
	مهار خود	۵۱/۹۲	۱	۵۱/۹۲	۳۹/۰۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲

در این تحلیل، متغیر پیش‌آزمون به دلیل همبستگی با پس‌آزمون تعدیل شده است. با توجه به نتایج جدول ۴، گروه اثر معناداری بر نمرات پس‌آزمون مشارکت ($F = 64/30$)، ابراز وجود ($F = 54/48$)، و مهار خود ($F = 39/09$) داشته است ($P < 0/0001$). با توجه به مجذور اتا می‌توان بیان کرد به ترتیب ۶۹، ۵۸، و ۵۲ درصد تغییرات هر یک از متغیرهای مشارکت، ابراز وجود، و مهار خود ناشی از شرکت کودکان پیش‌دبستانی با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در برنامه بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی انجام شد. نخستین یافته پژوهش حاضر حاکی از آن بود که مداخله انجام شده به بهبود مهارت‌های اجتماعی افراد شرکت‌کننده منجر شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های هوشینا و همکاران

(۱۷) مبنی بر اثربخشی بازی درمانی دیجیتالی بر افزایش توجه و مهارت‌های اجتماعی کودکان؛ احقر و همکاران (۱۴) مبنی بر تأثیر قصه‌گویی در بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان؛ استانتن-چاپمن و اسنل (۲۱) درباره ارتباط آموزش مهارت‌های اجتماعی، اصلاح رفتار و مهارت‌های مربوط به بازی کردن در کودکان استثنایی پیش‌دبستانی؛ جیندال-اسنایپ و ویترو (۲۴) و فؤادالدینی و بیدختی (۲۹) مبنی بر اثربخشی بازی‌های نمایشی در بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی خفیف، همخوانی دارد. علاوه بر این، با نتایج پژوهش‌های براتون و همکاران (۲۵)، باینسکی و همکاران، (۲۶) رشیدی‌ظفر و همکاران (۲۸) مبنی بر اثربخشی بازی درمانی در بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان، همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد که به نظر می‌رسد اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در اکتساب مهارت‌های اجتماعی کودکان تأثیر نامطلوبی داشته باشد و کودکان با این اختلال در مقایسه با همسالان خود، از سطح تحمل شکست پایین‌تری برخوردار باشند (۴). همچنین در

برخی پژوهش‌ها گزارش شده که اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی با ناهماهنگی در تحول شناختی، رفتاری، و اجتماعی همراه است (۵ و ۳۳). با توجه به این که در بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی رفتاری بیشتر از فعالیت‌های هیجانی، عملی، و غیر کلامی استفاده می‌شود و از لحاظ نظری، تأکید بر تعامل فرد و محیط است و اکتساب مهارت‌های اجتماعی محصول تعامل ویژگی‌های فرد و ماهیت رویدادهایی است که فرد با آن مواجه است، به همین دلیل این درمان بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی موثر بوده است.

از سویی دیگر، بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی رفتاری بر این فرض استوار است که رفتار افراد به روشی که جهان را تفسیر می‌کنند، بستگی دارد (۲۰)؛ به بیان دیگر، ادراک و تفسیر فرد از موقعیت، پاسخ هیجانی و رفتاری او را به موقعیت تعیین می‌کند. برای آن که بازی درمانی با این دیدگاه مؤثر باشد باید فعالیت‌ها ساختاریافته و هدف‌گرا باشد و کودک را برانگیزاند. در همین راستا، مداخله حاضر هم این ویژگی‌ها را داشت؛ یعنی فعالیت‌ها ساختارمند و هدف‌گرا بودند. پس احتمال می‌رود که در چنین شرایطی، مهارت‌های اجتماعی کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بهبود یابد.

دومین یافته پژوهش حاضر بیانگر آن بود که بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری منجر به بهبود مشارکت کودکان پیش‌دبستانی با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های احقر و همکاران (۱۴) مبنی بر تأثیر قصه‌گویی در بهبود میزان مشارکت کودکان؛ جیندال-اسنایپ و ویتزینو (۲۴) و فؤادالدینی و بیدختی (۲۹) مبنی بر اثربخشی بازی‌های نمایشی در بهبود مشارکت کودکان کم‌توان ذهنی خفیف، همخوانی دارد. همچنین با نتایج پژوهش‌های ورنوسفادرانی و همکاران (۳۰) مبنی بر اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر میزان همکاری و مشارکت دانش‌آموزان پسر کم‌شنوا؛ و بیابانگرد (۳۱) درباره اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر میزان همکاری و مشارکت، همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد کم‌توجهی یا فزون‌کنشی باعث محدودیت در میزان همکاری و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی می‌شود (۶) که در این ارتباط بازی موجب بهبود فرایندهای یادگیری از جمله مشاهده، تجربه‌آموزی، حل مسئله، و خلاقیت در

کودکان می‌شود (۱۸). نکته دیگر این که تجربه هیجان‌های مختلف در بازی درمانی می‌تواند در نهایت امنیت و آرامش، از راه نمادهای خیالی و اسباب‌بازی‌ها بیان شوند. همچنین بازی روشی است که در آن، کودک احساسات خود را نشان می‌دهد، روابط خود را می‌گستراند، تجربیاتش را می‌نمایاند، آرزوهایش را آشکار می‌سازد، و به خود شکوفایی می‌رسد (۳)؛ در واقع با شرایطی که در بازی برای کودک فراهم می‌شود رفتارها و افکاری وی به چالش کشیده می‌شود و چون جنبه تمرین و بازی دارد در فعال‌تر شدن او موثر است. پس دور از انتظار نیست که بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر میزان مشارکت کودکان پیش‌دبستانی با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی تأثیر قابل توجهی داشته باشد.

سومین یافته پژوهش حاضر حاکی از آن بود که بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری منجر به بهبود ابراز وجود در کودکان پیش‌دبستانی با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های جیندال-اسنایپ و ویتزینو (۲۴) و فؤادالدینی و بیدختی (۲۹) مبنی بر تأثیر بازی‌های نمایشی در بهبود ابراز وجود کودکان کم‌توان ذهنی خفیف، همسو است. همچنین با نتایج پژوهش ورنوسفادرانی و همکاران (۳۰) مبنی بر اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر ابراز وجود دانش‌آموزان پسر کم‌شنوا؛ و نتایج پژوهش‌های براتون و همکاران (۲۵)، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در مهارت‌های ارتباطی و ابراز وجود با مشکلاتی مواجه هستند که نتیجه آن احساس تنهایی، انزوا، ناامیدی، و وابستگی است (۴). علاوه بر این، تهیه و اجرای یک راهنمای کاربردی و عملی برای این کودکان دشوار است (۵). این کودکان در برخی از جنبه‌های تحول، به ویژه در زمینه ابراز وجود دچار مشکل هستند و نسبت به کودکان بهنجار چالش‌های بیشتری را تجربه می‌کنند و در بسیاری از اوقات عامل اصلی مشکلات آنها در برقراری ارتباط مؤثر و انطباق با محیط پیرامونی و ضعف در ابراز وجود است. از این رو، متخصصین در زمینه بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری برای بهبود ابراز وجود کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی تأکید ویژه‌ای دارند (۶). لازم به ذکر است که در مداخله انجام شده در این مطالعه، مهارت‌های اجتماعی با توجه به ابعاد شناختی و رفتاری با

استفاده از نمایش کارتون، نقاشی تخیلی، و کار گروهی آموزش داده شد و در حین جلسات از روش‌های نمایشی، ایفای نقش، و مشارکتی استفاده شد. همچنین برای افزایش خودمهارگری کودک، نسبت به نشانه‌های رفتارهای اجتماعی و یادگیری پاسخ‌های سازش‌یافته، تمرکز ویژه‌ای شد. بدیهی است که این موارد بر ابراز وجود در کودکان موثر است و به شناسایی مشکلات کمک می‌کند. از جهت دیگر، هرچه قدر زودتر و سریع‌تر بتوان مشکلات ارتباطی و ابراز وجود کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی را شناخت و با استفاده از روش‌های آموزشی و توانبخشی آنها را بهبود بخشید، امکان بیشتری هست تا در زمینه ابراز وجود برجسته‌تر شوند.

چهارمین یافته پژوهش حاضر نشان داد که بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری منجر به بهبود مهار خود در کودکان پیش‌دبستانی با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های احقر و همکاران (۱۴) مبنی بر تأثیر قصه‌گویی در بهبود ابراز وجود کودکان؛ جیندال-اسنایپ و ویتزینو (۲۴) و فؤادالدینی و بیدختی (۲۹) مبنی بر اثربخشی بازی‌های نمایشی در بهبود ابراز وجود کودکان کم‌توان ذهنی خفیف، همخوانی دارد. همچنین با نتایج پژوهش‌های ورنوسفادرانی و همکاران (۳۰) مبنی بر اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر ابراز وجود دانش‌آموزان پسر کم‌شنوا؛ و نتایج پژوهش‌های براتون و همکاران (۲۵)، همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد که اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی تأثیر نامطلوبی بر شرایط زندگی می‌گذارد (۴) و با سطح فعالیت نامناسب تحولی، تحمل پایین محرومیت، ناتوانی در حفظ توجه، تکانشگری و رفتارهای آشفته همراه است و کودکان با این اختلال در مهار رفتارهای خود با مشکلات زیادی مواجه هستند (۶)؛ این در حالی است که بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری شامل خودنظارتی، فنون مدیریت وابستگی شامل تقویت مثبت، شکل‌دهی، خاموش‌سازی، و سرمشق‌دهی بر حل این مشکلات تمرکز می‌کند (۳۲). علاوه بر این، این نوع بازی درمانی راه‌های جامعه‌پذیری را برای افراد با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی مهیا می‌کند، به نحوی که آنها به عنوان یک عضو مفید و سالم وارد جامعه شوند و از گرایش به رفتارهای انحرافی مصون بمانند؛ بدین معنا که کودکان با این اختلال یاد می‌گیرند چگونه تصمیم‌گیری کنند، تفکر

خلاق و انتقادی داشته باشند، چگونه احساس مسئولیت‌پذیری را در خود افزایش دهند، و از همه مهم‌تر چگونه نحوه رفتار مناسب با همسالان را یاد بگیرند (۱۹). همچنین کودکان از طریق مشارکت در این نوع بازی درمانی می‌توانند مسائل خود را حل کنند و فرصت می‌یابند تا احساسات آزار دهنده خود را بروز دهند و در معرض نمایش بگذارند (۱۸). پس دور از انتظار نیست که بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر توانایی مهار خود در کودکان پیش‌دبستانی با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی تأثیر قابل توجهی داشته باشد.

به‌طور کلی، بخش عمده‌ای از مشکلات کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی که منجر به خودناتوان‌سازی در آنان می‌شود، در ارتباط با عملکرد و رفتار در زندگی شخصی و اجتماعی آنها است. این کودکان به این دلیل که نمی‌توانند به‌طور خودبه‌خودی و بدون کمک دیگران، مهارت‌های اجتماعی را بیاموزند (۳۴) نیازمند نشانه‌های موقعیتی، فهم اهداف و مشارکت در تعاملات زندگی و شرایط اجتماعی هستند (۳۵). آنها فقط در صورت برخورداری از آموزش مناسب خواهند توانست همانند سایر همسالان خود به برخی از سطوح اکتسابی مهارت‌های اجتماعی دست یابند (۳۶ و ۳۷)؛ زیرا آموختن از طریق بازی شامل نظم‌بخشی به عاطفه، مهارت‌های روانی، برقراری ارتباط، مهارت‌های احساس‌ها، و خودمهارگری می‌شود و از طرفی ساختار ارزشی، تحول اخلاقی، و خودکارآمدی را شامل می‌شود و تحول اجتماعی، هیجانی، و شناختی را تسهیل می‌کند و در نهایت، موجب کاهش مشکلات رفتاری و بهبود رفتارهای اجتماعی می‌شود. نتیجه این که بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری در کسب مهارت‌های اجتماعی کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی نقشی حساس و مهمی دارد و همچنین ارتقای سطوح مهارت‌های اجتماعی در این کودکان، دور از انتظار نخواهد بود. محدودیت‌هایی را که این پژوهش با آن مواجه بوده است عبارت‌اند از: محدود بودن دامنه سنی افراد نمونه به ۵ تا ۶ سال، مطالعه فقط نوع ترکیبی اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، عدم کنترل متغیرهایی مانند سواد والدین و وضعیت اجتماعی و اقتصادی آنها، عدم بررسی ویژگی‌های شخصیتی کودکان مورد مطالعه، و عدم پیگیری نتایج به دست آمده به علت محدودیت زمانی. در این راستا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، این مطالعه

مدارس خاص کودکان با نیازهای ویژه به صورت غیرمستقیم و رایگان اجرا شود تا مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کاهش یافته و مهارت‌های اجتماعی آنان ارتقا یابد.

تشکر و قدردانی: این مطالعه به صورت مستقل اجرا شده است و حاصل پایان‌نامه یا طرح پژوهشی مصوب نیست و مجوز اجرای آن بر روی افراد نمونه از سوی سازمان آموزش و پرورش شهرستان آران و بیدگل با شماره مجوز ۱۳۹۶/۴۶۷۱/ب در تاریخ ۱۳۹۶/۹/۱۶ صادر شد. بدین وسیله از تمامی کودکان پیش‌دستانی شرکت‌کننده در این مطالعه و والدین آنها، و همچنین کادر اداری و آموزشی مراکز آموزشی تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

در مورد پسرها و دخترها به صورت مجزا انجام شود؛ پژوهش در گروه‌های سنی مختلف انجام گیرد و نتایج با هم مقایسه شوند؛ ویژگی‌های خاص روانی کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و همچنین وضعیت اجتماعی و اقتصادی والدین کودکان، مورد توجه قرار گیرد. همچنین تا حد امکان میزان ماندگاری نتایج مداخله در بلندمدت مورد مطالعه قرار گیرد تا بتوان با دقت بیشتری درباره اتبار این شیوه مداخله، اظهار نظر کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که آموزش بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر روی سایر گروه‌های کودکان استثنایی انجام شود تا تعمیم‌دهی اثربخشی این پروتکل، فزونی یابد. با توجه به اثربخش بودن بسته آموزشی به کار گرفته شده در این مطالعه پیشنهاد می‌شود این برنامه آموزشی در مدارس آموزش عمومی و

References

1. Ashori M, Pourmohamadreza-Tajrishi M, Jalil-Abkenar SS, Fallah AM, Azimi Garoosi S. Effectiveness of mental immunization program training on social competency and personality traits of individuals with cerebral palsy. *Archives of Rehabilitation*. 2017; 18(2):98-109. [Persian]. [Link]
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Washington, DC: Author; 2013. [Link]
3. Azarnioshan B, Beh-Pajoo A, Ghobary Bonab B. The effectiveness of cognitive behavior-based play therapy on the behavioral problems among primary students with intellectual disabilities. *Journal of Exceptional Children*. 2012; 12(2): 5-16. [Persian]. [Link]
4. Hall CL, Taylor JA, Newell K, Baldwin L, Sayal K, Hollis C. The challenges of implementing ADHD clinical guidelines and research best evidence in routine clinical care settings: Delphi survey and mixed-methods study. *BJPsych Open*. 2016; 2(1): 25-31. [Link]
5. Dalsgaard S, Østergaard SD, Leckman JF, Mortensen PB, Pedersen MG. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *Lancet*. 2015; 385(9983): 2190-2196. [Link]
6. Afrooz GA, Ashori M. *Psychology of behavior management of restless and hyperactive children*. University of Tehran Press; 2015, pp: 12-13. [Persian].
7. Sadri M, Zare Bahramabadi M, Ghiasi M. Effectiveness of attachment-oriented therapy on the quality of attachment and social skills in children with oppositional defiant disorder. *Journal of Child Mental Health*. 2016; 3(2): 21-30. [Persian]. [Link]
8. Barzegar Bafrooei K, Amogadiri M. The impact of playing with Lego on social skills of preschool children. *Journal of Child Mental Health*. 2017; 4(3): 130-142. [Persian]. [Link]
9. Heiman T, Berger B. Parents of children with Asperger syndrome or with learning disabilities: family environment and social support. *Res Dev Disabil*. 2008; 29(4): 289-300. [Link]
10. Jalil-abkenar SS, Ashori M, Afrooz GH. The effect of social behaviors training on improvement of the social skills of adolescents with intellectual disability. *Archives of Rehabilitation*. 2013; 14(3): 31-40. [Persian]. [Link]
11. Turner NE, McDonald J, Somerset M. Life skills, mathematical reasoning and critical thinking: A curriculum for the prevention of problem gambling. *J Gambl Stud*. 2008; 24(3): 367-380. [Link]
12. Pitts M, Mangle L, Asherson P. Impairments, diagnosis and treatments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in UK adults: Results from the Lifetime impairment survey. *Arch Psychiatr Nurs*. 2015; 29(1): 56-63. [Link]
13. Caci H, Doepfner M, Asherson P, Donfrancesco R, Faraone SV, Hervas A, et al. Daily life impairments associated with self-reported childhood/adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder and experiences of diagnosis and treatment: results from the European Lifetime Impairment Survey. *Eur Psychiatry*. 2014; 29(5): 316-323. [Link]
14. Ahghar GH, Ahmadi A, Ghanbari L. The impact of storytelling on social skills. *Journal of American Science*. 2013; 9(4): 105-112. [Link]
15. Fridman M, Banaschewski T, Sikirica V, Quintero J, Chen KS. Access to diagnosis, treatment, and supportive services among pharmacotherapy-treated children/adolescents with ADHD in Europe: data from the Caregiver Perspective on Pediatric ADHD survey. *Neuropsychiatry Dis Treat*. 2017; 13: 947-958. [Link]
16. Cooper M, Watson JC, Hoeldampf D. *Person-centered and experiential therapies work: A review of the research on counseling, psychotherapy and related practices*. Ross-On-Wye, UK: PCCS Books; 2010. [Link]
17. Hoshina A, Horie R, Giannopulu I, Sugaya M. Measurement of the effect of digital play therapy using biological information. *Procedia Comput Sci*. 2017; 112: 1570-1579. [Link]
18. Boyd Webb N. Play therapy for bereaved children: Adapting strategies to community, school, and home settings. *Sch Psychol Int*. 2011; 32(2): 132-143. [Link]
19. Mohammad-Esmail E. *Play therapy, theories, methods and clinical application*. 1st edition. Tehran: Danzhe; 2008, pp: 92-95. [Persian].
20. Jalil-Abkenar SS, Ashori M, Pourmohammadreza-Tajrishi M. Investigation of the effectiveness social competence instruction on the adaptation behavior in boy students with intellectual disability. *Archives of Rehabilitation*. 2013; 13: 104-113. [Persian]. [Link]
21. Stanton-Chapman TL, Snell ME. Promoting turn-taking skills in preschool children with disabilities: The effects of a peer-based social communication intervention. *Early Child Res Q*. 2011; 26(3): 303-319. [Link]

22. Landreth GL, Ray DC, Bratton SC. Play therapy in elementary schools. *Psychol Sch.* 2009; 46(3): 281–289. [\[Link\]](#)
23. Carmichael KD. Play therapy: an introduction. Glenview, IL: Prentice Hall; 2006, pp: 124-127. [\[Link\]](#)
24. Jindal-Snape D, Vettraino E. Drama techniques for the enhancement of social-emotional development in people with special needs: Review of research. *Int J Spec Educ.* 2007; 22(1): 107-117. [\[Link\]](#)
25. Bratton SC, Ray D, Rhine T, Jones L. The efficacy of play therapy with children: a meta-analytic review of treatment outcomes. *Prof Psychol Res Pr.* 2005; 36(4): 376–390. [\[Link\]](#)
26. Babinski DE, Mills SL, Bansal PL. The effects of behavioral parent training with adjunctive social skills training for a preadolescent girl with ADHD and borderline personality features. *Clin Case Stud.* 2018; 17(1): 21-37. [\[Link\]](#)
27. Ghyasizadeh M. The effect of play therapy with a cognitive approach - behavioral Mayknbam reduce shyness and social withdrawal malekshahy city school students. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences.* 2013; 21(6): 96-105. [Persian]. [\[Link\]](#)
28. Rashidi Zafar M, Jan Bozorgi M, Shaghaghi F. Positive social behavior efficacy of play therapy on progress of pre-school children's. *International Journal of Behavioral Sciences.* 2012; 6(1): 69–77. [Persian]. [\[Link\]](#)
29. Foadodini M, Beydokhti H. The effect of drama therapy base on social skill adjusting behavior of mental retarded girls (IQ=55-70, 14-30 years old). *Journal of Research in Rehabilitation Sciences.* 2012; 8(5): 913–918. [Persian]. [\[Link\]](#)
30. Wernofaderani AM, Adibsereshki N, Movallali G. The effectiveness of life skills training on enhancing the social skills of hearing impaired boy secondary school students in inclusive schools. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences.* 2012; 8(3): 477–488. [Persian]. [\[Link\]](#)
31. Biabangard E. A comparison of social skills between blind, deaf and normal high school female student in Tehran. *Journal of Exceptional Children.* 2005; 5(1): 55-68. [Persian]. [\[Link\]](#)
32. Movallali G, Jalil-Abkenar SS, A'shouri M. The efficacy of group play therapy on the social skills of pre-school hearing-impaired children. *Archives of Rehabilitation.* 2015; 16(1): 76-85. [Persian]. [\[Link\]](#)
33. Kirk S, Gallagher G, Coleman MR. Educating exceptional children (14th Ed). Cengage Learning, Printed in the United States of America; 2015, pp: 221-222. [\[Link\]](#)
34. 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]. [\[Link\]](#)
35. Hallahan DP, Kauffman JM, Pullen PC. Exceptional learners: an introduction to special education (14th Ed). Published by Pearson Education, Inc; 2018, pp: 161-162. [\[Link\]](#)
36. Esbjørn BH, Normann N, Christiansen BM, Reinholdt-Dunne ML. The efficacy of group metacognitive therapy for children (MCT-c) with generalized anxiety disorder: An open trial. *J Anxiety Disord.* 2018; 53: 16-21. [\[Link\]](#)
37. Janatian S, Nouri A, Shafiti A, Molavi H, Samavatyan H. 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.* 2009; 6(2): 109-118. [Persian]. [\[Link\]](#)
38. Gall M, Borg W, Gall J. Quantitative and qualitative methods of research in psychology and educational science. Nasr A, Arizi H, Abolghasemi M, Pakseresht MJ, Kiamanesh A, Bagheri Kh, et al, editor. 1st edition. Tehran: Samt. 2003; pp: 189-190. [Persian].
39. Delavar A. Research methods in psychology and educational sciences. Tehran: Virayesh. 2010. [Persian].
40. Gresham FM, Elliott SN. Social skills rating system manual. Circle Pines. MN: American Guidance Services; 1990, pp: 63-67. [\[Link\]](#)