

نشریه توانمندسازی کودکان استثنائی

انجمن علمی کودکان استثنائی ایران

سال دهم، شماره ۳(۳۲)، پاییز ۱۳۹۸

صص ۱-۱۳

DOI: 10.22034/CECIRANJ.2019.188531.1214

مقایسه اثربخشی بازی‌درمانی انفرادی و گروهی بر تاب‌آوری در دانش‌آموزان دبستانی مبتلا به نقص توجه - بیش‌فعالی

الهه نابی*

رضا پاشا**

سعید بختیارپور***

زهرا سعادی افتخاری***

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی بازی‌درمانی انفرادی و گروهی بر تاب‌آوری در دانش‌آموزان دبستانی مبتلا به نقص توجه- بیش‌فعالی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دبستانی (۲۵۲ نفر؛ ۱۰۱ دختر و ۱۵۱ پسر) مبتلا به نقص توجه- بیش‌فعالی شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۶۰ نفر از آنان انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۲۰ دانش‌آموزان) قرار گرفتند. به‌منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه تاب‌آوری کونور- دیویدسون (CD-RISC) استفاده شد. روش پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. گروه‌های آزمایش تحت بازی‌درمانی انفرادی (۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای) و بازی‌درمانی گروهی (۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که بازی‌درمانی انفرادی و گروهی بر افزایش تاب‌آوری دانش‌آموزان دبستانی مبتلا به نقص توجه- بیش‌فعالی اثربخش بودند ($p < 0/01$)، اما بازی‌درمانی انفرادی، دارای تأثیر بیشتری بر بهبود تاب‌آوری دانش‌آموزان دبستانی مبتلا به نقص توجه- بیش‌فعالی بود ($p < 0/01$). همچنین نتایج نشان داد که از بازی‌درمانی انفرادی و گروهی، می‌توان در افزایش تاب‌آوری در دانش‌آموزان ADHD، بهره برد. پیشنهاد می‌شود در مدارس از این دو نوع درمان برای کودکان استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: بازی‌درمانی انفرادی، بازی‌درمانی گروهی، تاب‌آوری و نقص توجه- بیش‌فعالی

Email: g.rpasha@yahoo.com

*دانشجوی دکتری روان‌شناسی کودکان استثنائی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، خوزستان، ایران

**نویسنده مسؤؤل: دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، خوزستان، ایران

***استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، خوزستان، ایران

تغذیه نامناسب، اثر برخی داروها و وجود سرب در محیط زندگی فرد اشاره کرد (کمپ، اسپرلیچ و هولمبرگ، ۲۰۱۴).

کودکان و نوجوانان ADHD، علاوه بر تکانشگری و تمرکز روی مسائل و موضوعات تحصیلی، اجتماعی و یا بازی از تاب‌آوری^۲ پایینی نیز برخوردارند (ژیا، ۲۰۱۸)؛ به طوری که نتایج پژوهش برنارد-براک، روبرتس و والنزوتلا (۲۰۱۸) نشان داد نوجوانان بیش‌فعال تاب‌آوری پایینی در امتحان داشته و احتمال شکست آن‌ها در امتحانات بیشتر از همسالان عادی می‌باشد. کوپرولو و همکاران (۲۰۱۵) نیز، در پژوهشی به این یافته رسیدند که تاب‌آوری پایین در نوجوانان بیش‌فعال، موجب گرایش به اعتیاد در آن‌ها می‌شود. از آنجایی که رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر در سال‌های اخیر، با هدف بهبود توانمندی‌ها و استعداد‌های انسان، توجه خود را روی شناسایی سازه‌هایی قرار داد که بیشترین تطابق را با نیازهای زندگی داشته و موجب افزایش شادکامی و بهزیستی افراد شوند (ماستوراس، ساکولفسک، اسپوئین و کلایم، ۲۰۱۸)؛ بنابراین سازه تاب‌آوری، جایگاه ویژه‌ای به‌خصوص در حوزه‌های بهداشت روانی، روان‌شناسی تحولی و خانواده پیدا کرد و به‌عنوان یک توانایی با هدف سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط محیطی، با وجود تهدیدآمیزبودن محیط اشاره داشت (بایات و جامینا، ۲۰۱۹). از تاب‌آوری به‌عنوان سازگاری مثبت در مقابل شرایط ناگوار یاد می‌شود. فردی که از ویژگی تاب‌آوری برخوردار می‌باشد، به‌عنوان مشارکت‌کننده فعال و سازنده در محیط پیرامون خود شناخته می‌شود که قادر است تا تعادل زیستی، روانی و معنوی را در برابر شرایط تهدیدآمیز برقرار نماید (مک‌کرا، گاترین و بولاندا، ۲۰۱۶). از کاهش میزان تاب‌آوری در برابر رویدادها و شرایط زندگی، به‌عنوان عللی جهت به‌وجود آمدن فشار روانی، اضطراب و افسردگی یاد شده است. در حالی که تاب‌آوری موجب تشکیل سطوح عواطف مثبت شده و به‌این ترتیب، با تقویت عزت‌نفس و خودکارآمدی به‌عنوان مکانیسم‌های واسطه‌ای، به انطباق‌پذیری مثبت و سلامت روانی فرد منجر گردیده است؛ بنابراین افرادی که از سلامت روانی بالاتری بهره‌مند باشند، در مقابل کسانی است که از این ویژگی برخوردار نیستند، توانایی سازگاری بیشتری را با مشکلات دارند (استاورو و کورتاس، ۲۰۱۷). نتایج

از مشکلات مطرح در حوزه روان‌شناسی کودک، اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه^۱ (ADHD) است که تا بزرگسالی نیز ادامه می‌یابد. از جمله خصوصیات این اختلال، می‌توان به ناتوانی در توجه به جزئیات و نبود تمرکز به هنگام بازی و فعالیت اشاره کرد (سلا، ری، لوکانجی، کارنولدی و لمایر، ۲۰۱۹). اختلال ADHD، به‌عنوان اختلالی عصبی-تحولی شناخته می‌شود که با سه ویژگی اصلی تکانشگری، بیش‌فعالی و نقص توجه تعیین می‌گردد. به‌گونه‌ای که برای تشخیص‌گذاری این ویژگی‌ها، حداقل باید در دو محیط متفاوت منزل و مدرسه و قبل از رسیدن به سن هفت‌سالگی و برای شش‌ماه مشاهده شود و موجب آسیب جدی در حوزه‌های مهم زندگی از جمله عملکرد تحصیلی و ارتباطات اجتماعی گردد (موهر-جنسن، استین-جنسن، بانگ-اسچانک و تاینگواد، ۲۰۱۹). این کودکان، به‌هنگام صحبت مستقیم و رودررو با کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی، به‌نظر می‌رسد که بر روی گفته‌ها تمرکز نداشته و گوش نمی‌دهند و حتی قادر به پیگیری فرامین از سوی دیگران یا به اتمام‌رساندن کارها نبوده و در اغلب موارد فراموش می‌کنند تا تکالیف خود را انجام دهند و یا وسایل خود را کجا می‌گذارند (مک‌لئود، ۲۰۱۸). برطبق اعلام انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۱۳)، میزان شیوع این اختلال در کودکان حدود ۵ درصد و در بزرگسالان حدود ۲/۵ درصد می‌باشد. فراوانی اختلال بیش‌فعالی در پسران، دو الی سه برابر بیشتر از دختران اعلام شده است. این کودکان در سنین مدرسه حدوداً ۷-۳ درصد از مبتلایان را به‌خود اختصاص می‌دهند. بنابراین، می‌توان انتظار داشت که متوسط یک یا دو دانش‌آموز بیش‌فعال در هر کلاس حضور داشته باشند (ووفورد و اوهرت، ۲۰۱۸). پژوهش‌ها نشان داده است که این اختلال جنبه ارثی دارد. به‌گونه‌ای که در صورت ابتلای پدر و مادری به اختلال ADHD، ۵۷ درصد احتمال دارد که فرزندان آن‌ها نیز به این اختلال مبتلا شوند. کمبود انتقال‌دهنده‌های عصبی مانند دوپامین در قشر جلویی مغز، از جمله علل شناخته شده است که باعث ایجاد اختلال در کارکردهای اجرایی مغز مبتلایان به بیش‌فعالی می‌شود (اگومورا و همکاران، ۲۰۱۹). علل دیگری که می‌توان برای ایجاد ADHD عنوان کرد عبارتند از: عوارض هنگام تولد،

۲۰۱۵). به این ترتیب، بازی درمانی انفرادی به عنوان رابطه میان فردی پویا مابین یک درمانگر آموزش دیده و یک کودک تعریف می شود و درمانگر با فراهم آوردن محیطی راحت برای کودک به همراه ابزار مناسب، به کشف ناخودآگاه کودک مبادرت نموده و شرایط را برای حالات طبیعی کودک در بازی ایجاد می کند (پست، فایس، کمپ و گرایبوش، ۲۰۱۹) و کودک در طی تعاملات بین فردی با درمانگر، به تجربه کاهش اثرات رنج آور، تجربه هیجانی، پذیرش تخلیه هیجانی و جهت دهی مجدد تکانه ها می پردازد (آریل، ۲۰۱۹). می توان از بازی درمانی انفرادی، در جهت بهبود رفتارهای مخل درسی، درمان کودکان مورد سوءاستفاده قرار گرفته، پرخاشگری، شب ادراری، ترس، لالی انتخابی، سازگاری با محیط و روابط بین فردی، اسکیزوفرنی، اضطراب، عزت نفس، صدمه روانی و مشکلات گفتاری استفاده کرد (پیتالا و همکاران، ۲۰۱۸). پژوهش های مختلفی به اثربخش بودن روش بازی درمانی انفرادی اشاره دارند. برای مثال، محمودعلیلو، هاشمی نصرت آباد و فرشباغ مانی صفت (۱۳۹۴)، در پژوهشی به اثربخشی بازی درمانی در کاهش اضطراب کودکان سرطانی پی بردند. همچنین، نتایج پژوهش آبرزک، جوهری، محمود، زولبیر و جوهان (۲۰۱۸)، نشان داد بازی درمانی انفرادی، موجب افزایش تاب آوری در کودکان بیش فعال می شود. کارنل، لین و اندرسون (۲۰۱۸) و کستنبائوم و همکاران (۲۰۱۶)، نیز در پژوهش های مشابه به اثربخشی این روش درمانی در بهبود تاب آوری کودکان بیش فعال اشاره داشتند. همچنین، مانی - والن و تیلینگ (۲۰۱۶) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که بازی درمانی انفرادی، موجب کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و مخل درسی و مهارت های ضعیف در عملکرد تحصیلی کودکان می گردد. فلوستینا و همکاران (۲۰۱۵) و موجی (۲۰۱۵)، در پژوهش های جداگانه به اثرات مثبت بازی درمانی انفرادی در افزایش تاب آوری در کودکان بیش فعال پی بردند.

در حالی که بازی درمانی گروهی^۱، نوعی فرایند روان شناختی و اجتماعی است که در آن کودکان در یک اتاق بازی و در ارتباط با یکدیگر به آموختن مسائلی درباره خود می پردازند و از این جهت درمانگر، فرصتی برای حل تعارضات کودک فراهم می آورد

پژوهش ها نشان داده است که تاب آوری از طریق تعدیل و کم رنگ کردن عواملی همچون افسردگی، اضطراب و استرس، تضمین کننده سلامت روانی افراد می باشد. بنابراین، برای افزایش سطح شایستگی و تاب آوری کودکانی که از اختلال بیش فعالی رنج می برند، می بایست بر راهبردهایی برای اصلاح و جبران این اختلال تمرکز نمود (بلائوستین و کینیبورگ، ۲۰۱۸).

به طور کلی، کودکان بیش فعال ممکن است در یادگیری دچار ناتوانی نباشند، اما در عملکردهایی از قبیل سازماندهی، توجه و تمرکز، ضعیف عمل کنند. دانش آموزان بیش فعالی که به موقع درمان مناسبی را دریافت نمایند، با افزایش احتمال پیشرفت تحصیلی پایین، نبود سازگاری اجتماعی و هیجانی، مردود شدن و اخراج از مدرسه مواجه می شوند و در صورت درمان نشدن موجب می شود تا در سنین نوجوانی و بزرگسالی نیز با ضعف تاب آوری به ضعف در فعالیت های آموزشی، شکست در زمینه کاری، پرخاشگری، اضطراب و افسردگی و روی آوردن به سوء مصرف مواد و الکل منجر شود (آرودا، آرودا، گوئیدی و بیگال، ۲۰۱۹).

درمان های مختلفی برای رفع یا کاهش پیامدهای نامطلوب بیش فعالی به وجود آمده است. بازی درمانی^۱، یکی از روش های مهم درمانی برای این کودکان محسوب می گردد. کاربردمانی، برای کودکی با این مشکلات شامل مواردی از جمله انواع بازی های هدفمند و سیستم های مبتنی بر پاداش و محرومیت است. از بازی درمانی، به عنوان کاری خلاقانه در روان درمانی کودک یاد می گردد (هو، لای، لو، نان و پون، ۲۰۱۷). امروزه پیشرفت بازی درمانی تا جایی بوده که از آن به عنوان یک عامل مؤثر و مفید در بهداشت و سلامت روانی افراد نام برده می شود. قدرت درمانی نهفته در بازی درمانی، به روش های گوناگون استفاده می شود (دیوید، کاردوس و متو، ۲۰۱۹)؛ به طوری که پالمرو و همکاران (۲۰۱۷)، از فرایند بازی درمانی انفرادی^۲، به عنوان فرصتی برای ارتباط ایمن مابین کودک و درمانگر یاد می کنند که کودک می تواند در این شرایط خود را به طور کامل بیان نماید. درمانگر در طی بازی به کودکانی که از اختلال بیش فعالی رنج می برند و تمرکز و مهارت های اجتماعی یا عاطفی ضعیفی دارند، رفتارهای سازگارانه تر را آموزش می دهد (سیمور،

3. group play therapy

1. play therapy
2. individual play therapy

این است که آیا بین اثربخشی آموزش «بازی‌درمانی انفرادی» و «بازی‌درمانی گروهی» بر تاب‌آوری در دانش‌آموزان دبستانی مبتلا به نقص توجه- بیش‌فعالی تفاوت وجود دارد؟ پژوهش حاضر از طریق فرضیه‌های زیر هدایت می‌شود:

- ۱- بازی‌درمانی انفرادی بر تاب‌آوری در دانش‌آموزان دبستانی مبتلا به نقص توجه- بیش‌فعالی تأثیر دارد.
- ۲- بازی‌درمانی گروهی بر تاب‌آوری در دانش‌آموزان دبستانی مبتلا به نقص توجه- بیش‌فعالی تأثیر دارد.
- ۳- بین اثربخشی بازی‌درمانی انفرادی و گروهی بر تاب‌آوری در دانش‌آموزان دبستانی مبتلا به نقص توجه- بیش‌فعالی تفاوت وجود دارد.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش پژوهش، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر دبستانی مبتلا به نقص توجه- بیش‌فعالی شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بودند. ابتدا به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از بین مدارس ویژه کودکان مبتلا به اختلال رفتاری و مراکز درمانی شهر تهران تعداد دو دبستان انتخاب شدند و پرسشنامه تاب‌آوری در بین کلیه دانش‌آموزان مبتلا به نقص توجه- بیش‌فعالی که تشخیص آن‌ها توسط یک روان‌پزشک و تأیید معلم و والدین توسط پرسشنامه کانر و ارزیابی پژوهشگر از ملاک‌های DSM5 بررسی و انتخاب شده بودند، توزیع گردید. سپس به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۶۰ دانش‌آموز بیش‌فعال که براساس پرسشنامه مورد استفاده در این مطالعه که از نمره پایین‌تر از میانگین در تاب‌آوری برخوردار بودند، به‌عنوان نمونه پژوهشی انتخاب شدند. در این تحقیق ملاک‌های ورود پژوهش شامل: دریافت یک انحراف استاندارد نمره پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه تاب‌آوری، نبود مشکلات خانوادگی از قبیل اعتیاد والدین و طلاق والدین و نبود مشکلات جسمانی شدید و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: انجام مداخلات همزمان، مشکلات شدید جسمانی و غیبت بیش از دو جلسه در درمان بود. آن‌گاه به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل

(مانی- والن و کوتمن، ۲۰۱۹). به‌طور کلی، اهداف بازی‌درمانی گروهی بر پذیرش خود و دیگران، بهبود مهارت‌های اجتماعی، عزت‌نفس، یادگیری، خودکنترلی، تنظیم هیجان، مسؤلیت‌پذیری، ارتباطات بین‌فردی و کاهش استرس و اضطراب متمرکز است (کان و لی، ۲۰۱۸). پژوهش‌های متعددی به اثربخش بودن روش بازی‌درمانی گروهی اشاره دارند. برای مثال، صریحی، پورنسایی و نیک اخلاق (۱۳۹۴) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که بازی‌درمانی گروهی بر بهبود مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی مؤثر می‌باشد. همچنین، اصغری نکاح و عابدی (۱۳۹۳) در پژوهش خود به اثربخشی بازی‌درمانی گروهی، مبتنی بر کارکردهای اجرایی بر بهبود بازداری پاسخ، برنامه‌ریزی و حافظه کاری کودکان دارای اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی دست یافتند. در پژوهشی دیگر، سالیوان و همکاران (۲۰۱۸) به این نتیجه رسیدند که بازی‌درمانی گروهی، موجب کاهش مشکلات بین‌فردی از طریق افزایش تاب‌آوری در کودکان ADHD می‌شود. هاشمی، بنی‌جمالی و خسروی (۲۰۱۸)، کلارک (۲۰۱۶)، باتکینگ (۲۰۱۶)، سیمور (۲۰۱۵) و کرینشاو، براکز و گولدستین (۲۰۱۵)، در پژوهش‌های مشابه به اثربخشی این درمان بر تاب‌آوری کودکان ADHD پی‌بردند. همچنین، نتایج پژوهش چنگ و رای (۲۰۱۶)، به اثرات سودمند بازی‌درمانی گروهی در بهبود مهارت‌های اجتماعی- عاطفی کودکان اشاره دارد. سرپهی، پورنثایی و نیک اخلاق (۲۰۱۵)، اُجیامبو و براتون (۲۰۱۴)، در پژوهش‌هایی جداگانه به این نتیجه دست یافتند که بازی‌درمانی گروهی بر بهبود مشکلات رفتاری کودکان مؤثر است.

به‌این‌ترتیب، با توجه به اثرات نامطلوب بیش‌فعالی و پیامدهای ناشی از آن، با تشخیص به موقع و با مداخلات مناسب توسط درمانگران می‌توان به بهبود شرایط نامطلوب ناشی از آن و افزایش تاب‌آوری در این کودکان کمک شایان داشت. از طرفی، بازی‌درمانی انفرادی و گروهی، برای افزایش شناخت و تمرکز کودکان مبتلا به نقص توجه- بیش‌فعالی از نحوه یادگیری، ارتباطات بین‌فردی، توجه در جهت جست‌وجو و کاوش در مسائل جدید و حل مسئله برای انتقال روش‌های حل مسئله از مدرسه به زندگی واقعی از اهداف پژوهش در حوزه روان‌شناسی یادگیری و کودک می‌باشد. بنابراین، براساس آن‌چه گفته شد، سؤال پژوهش

۲۵ ماده طراحی شده است. سازندگان این پرسشنامه با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ در حوزه تاب‌آوری، به ساخت این پرسشنامه اقدام کردند. نمره‌گذاری از طریق طیف لیکرت از صفر: کاملاً نادرست تا چهار: همیشه درست صورت می‌گیرد. گرچه ابعاد مختلف تاب‌آوری توسط این پرسشنامه سنجیده می‌شود، اما دارای یک نمره کل می‌باشد و طیف نمرات بین صفر تا ۱۰۰ است. کسب نمرات بیشتر در این آزمون نشان‌دهنده وجود تاب‌آوری بالا در فرد می‌باشد. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه، در گروه‌های جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مهارت‌های اولیه، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر، بیماران سرپایی روان‌پزشکی و دو گروه از بیماران استرس‌پس‌از سانحه انجام گرفته است. روایی، به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و پایایی، به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف اعم از عادی و در خطر محرض گردیده است. در پژوهشی بایات و جامینا (۲۰۱۹)، ضریب پایایی تاب‌آوری در بین جامعه دانش‌آموزان را با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ به دست آوردند. در تحقیق حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه تاب‌آوری از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر ۰/۷۸ به دست آمده است.

برنامه مداخله شامل ۱۰ جلسه بازی‌درمانی انفرادی و طی ۴۵ دقیقه (سلیمانی و همکاران، ۲۰۱۶) و ۱۰ جلسه بازی‌درمانی گروهی و طی ۶۰ دقیقه (یزدانی‌پور و یزدخواستی، ۱۳۹۱)، انجام گرفت. لازم به ذکر است که پس از برگزاری پس‌آزمون، به جهت رعایت اخلاق، با گروه کنترل پنج جلسه بازی‌درمانی گروهی کار شد.

جایگزین شدند (هر گروه ۲۰ نفر)، به طوری که در گروه آزمایشی بازی‌درمانی انفرادی، تعداد ۸ دختر (با گروه‌های سنی ۷-۸ سال: ۲ نفر، ۹-۱۰ سال: ۵ نفر و ۱۱-۱۲ سال: ۱ نفر) و ۱۲ پسر (با گروه‌های سنی ۷-۸ سال: ۳ نفر، ۹-۱۰ سال: ۷ نفر و ۱۱-۱۲ سال: ۲ نفر)؛ در گروه آزمایشی بازی‌درمانی گروهی، تعداد ۶ دختر (با گروه‌های سنی ۷-۸ سال: ۳ نفر، ۹-۱۰ سال: ۲ نفر و ۱۱-۱۲ سال: ۱ نفر) و ۱۴ پسر (با گروه‌های سنی ۷-۸ سال: ۵ نفر، ۹-۱۰ سال: ۶ نفر و ۱۱-۱۲ سال: ۳ نفر) و در گروه کنترل، تعداد ۹ دختر (با گروه‌های سنی ۷-۸ سال: ۱ نفر، ۹-۱۰ سال: ۶ نفر و ۱۱-۱۲ سال: ۲ نفر) و ۱۱ پسر (با گروه‌های سنی ۷-۸ سال: ۳ نفر، ۹-۱۰ سال: ۵ نفر و ۱۱-۱۲ سال: ۳ نفر) وجود داشتند. بعد از انتخاب دانش‌آموزان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی واجد شرایط، در شرایط یکسان از آن‌ها پیش‌آزمون به عمل آمد و سپس به گروه آزمایش اول تحت مداخله بازی‌درمانی انفرادی در معرض ۱۰ جلسه هفتگی به صورت انفرادی و به مدت ۴۵ دقیقه، گروه آزمایش دوم تحت آموزش بازی‌درمانی گروهی در معرض ۱۰ جلسه هفتگی به صورت گروهی به مدت ۶۰ دقیقه شرکت کردند. در حالی که گروه کنترل تحت هیچ‌گونه آموزشی از بازی‌درمانی انفرادی و گروهی قرار نگرفتند. بعد از اتمام جلسات آموزشی از گروه‌های آزمایش و کنترل در شرایط یکسان، پس‌آزمون به عمل آمد. بعد از جمع‌آوری داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون اطلاعات گردآوری شده با آزمون آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار سنجش

پرسشنامه تاب‌آوری کونور- دیویدسون^۱ (CD-RISC): پرسشنامه تاب‌آوری توسط کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) و در قالب

جدول ۱- خلاصه جلسات بازی درمانی انفرادی

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

جدول ۲- خلاصه جلسات بازی درمانی گروهی

جلسه	عنوان بازی‌ها	اهداف هر جلسه
۱	بازی پیشنهادی تامی تامی اسکلت، بازی با عروسک	برقراری شروع ارتباط و ایجاد تمرکز و دقت روی بازی‌ها
۲	تعریف یک قصه و اجرای آن به روش ایفای نقش، بازی استب رقص با موسیقی، بشین‌وپاشو	توجه به گفتار و رفتار بزرگسالان و افزایش توجه شنیداری و تمرکز
۳	قصه‌گویی توسط تک‌تک بچه‌ها و به اجرا درآوردن یک قصه، قطار بازی با موسیقی، بچه‌های گمشده	توجه به گفتار هم گروهی‌های خود و افزایش تمرکز حواس
۴	تولد بازی، تامی تامی اسکلت، رفتن به پیک‌نیک، صندلی بازی، بشین‌وپاشو	توجه و دقت روی کنترل رفتار و توانایی نشستن به هنگام لزوم
۵	مسابقه کنترل کردن بادکنک روی مقوا، چرخاندن بادکنک به نوبت در دستان همدیگر همراه با موسیقی و مسابقه پرتاب توپ در سبد	توانایی رعایت قانون و رعایت نوبت و تعامل با دیگران
۶	ریسمان گریز، جینگا، پانتومیم و دستمال پشت‌سری	هماهنگ کردن حرکات خود با دیگران و افزایش تمرکز حواس و سرعت و عکس‌العمل دقت
۷	راننده و مسافر و نقاشی با انگشت روی مقوا به صورت گروهی	ابراز هیجان‌ات به‌صورت غیرکلامی و حس تعامل و رقابت بین بچه‌ها
۸	شکلک درآوردن و سوزندان طرف مقابل، حدس‌بزن این چیه و گرگی یخی	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 به‌صورت کلامی و حس تعاون و همکاری و کنترل شدت بیان هیجان‌ات هنگام برد و شکست
۱۰	والیبال بازی، بشین‌وپاشو، تامی تامی اسکلت، دستمال پشت‌سری	مروری بر جلسات گذشته و بازنگری رفتارها در کودکان

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار متغیر وابسته در گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر وابسته	سنجش	بازی درمانی انفرادی		بازی درمانی گروهی		گروه کنترل
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۳۵/۴۰	۳/۲۸	۳۵/۳۵	۲/۷۰	۳۶/۲۵
	پس‌آزمون	۶۲/۷۰	۲/۴۳	۶۱/۳۵	۲/۷۰	۳۹/۷۰

یافته‌ها

یکسان بودن واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل) از آزمون لوین استفاده گردید ($F=2/357$ و $p=0/093$) و نتایج نشان داد، مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار و استفاده از تحلیل کوواریانس مجاز می‌باشد. همچنین، به منظور بررسی مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون^۲ از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد ($F=1/81$ و $p=0/189$) به دست آمد. معنادار نبودن این تعامل، نشان دهنده رعایت مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون می‌باشد. بنابراین، فرض همگنی شیب خط رگرسیون برای متغیرهای پژوهش نیز برقرار است و می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

همان‌طور که مشاهده می‌شود، جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد. قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این‌که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند، به بررسی مفروضه‌های مهم آن پرداخته شد. بدین منظور نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو-ویلکز نشان داد که سطح معناداری در آزمون ذکر شده بزرگ‌تر از $0/05$ است؛ بنابراین توزیع نمرات در متغیرهای تحقیق طبیعی بود ($P>0/05$). همچنین، برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها^۱ (جهت

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری روی نمره‌های پس‌آزمون تاب‌آوری

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
تاب‌آوری	۲۴۰/۱۴	۱	۲۴۰/۱۴	۸/۷۶	۰/۰۰۵	۰/۸۱۸

دارد. برای پی‌بردن به این‌که کدام درمان مؤثر بوده و آیا بین آموزش‌های مختلف تفاوت معنادار وجود داشته است یا خیر، از نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن را در جدول ۵، مشاهده می‌کنید.

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد، نسبت F تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای متغیر وابسته نشان می‌دهند که در متغیر تاب‌آوری بین گروه‌های «بازی درمانی انفرادی»، «بازی درمانی گروهی» و کنترل تفاوت معنادار دیده می‌شود. بنابراین، حداقل یکی از درمان‌ها بر متغیر وابسته تأثیر معناداری

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه تفاوت میانگین‌های تاب‌آوری گروه‌های «بازی درمانی انفرادی»،

«بازی درمانی گروهی» و کنترل در مرحله پس‌آزمون

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معناداری
تاب‌آوری	بازی درمانی انفرادی- گروه کنترل	۲۳/۶۸	۱/۷۰۷	۰/۰۰۱
	بازی درمانی گروهی- گروه کنترل	۲۲/۲۳	۱/۶۸۰	۰/۰۰۱
	بازی درمانی انفرادی- بازی درمانی گروهی	۱/۴۵	۱/۷۰۱	۰/۰۰۱

$p \leq 0/01$

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌گردد، تفاوت بین میانگین گروه بازی درمانی انفرادی و گروه کنترل در تاب‌آوری برابر $23/68$ می‌باشد که در سطح $0/01$ معنادار می‌باشد. این یافته نیز نشان می‌دهد که بازی درمانی گروهی بر تاب‌آوری مؤثر بوده است. بنابراین، فرضیه ۲ پژوهش تأیید می‌شود. همچنین، تفاوت بین میانگین گروه بازی درمانی انفرادی و گروه بازی درمانی گروهی بر تاب‌آوری برابر $1/45$ می‌باشد که در سطح $0/01$ معنادار است. این یافته نشان می‌دهد که بین

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌گردد، تفاوت بین میانگین گروه بازی درمانی انفرادی و گروه کنترل در تاب‌آوری برابر $23/68$ می‌باشد که در سطح $0/01$ معنادار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که بازی درمانی انفرادی بر تاب‌آوری مؤثر بوده است. بنابراین، فرضیه ۱ پژوهش تأیید می‌شود. همچنین، تفاوت بین میانگین گروه بازی درمانی گروهی و گروه کنترل در

2. homogeneity of regression

1. homogeneity of variance

گروه بازی‌درمانی انفرادی و گروه بازی‌درمانی گروهی بر تاب‌آوری تفاوت معناداری به نفع گروه بازی‌درمانی انفرادی وجود دارد. این یافته فرضیه ۳ پژوهش را تأیید می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی بازی‌درمانی انفرادی و گروهی بر تاب‌آوری در دانش‌آموزان دبستانی مبتلا به نقص توجه- بیش‌فعالی بود. اولین نتیجه این بود که بازی‌درمانی انفرادی بر تاب‌آوری دانش‌آموزان دبستانی مبتلا به نقص توجه- بیش‌فعالی اثربخش است. این یافته با نتایج یافته‌های کارنل، لین و اندرسون (۲۰۱۸)، مانی-والن و تیلینگ (۲۰۱۶)، فلوستینا و همکاران (۲۰۱۵)، کتسنباوم و همکاران (۲۰۱۶) و موچی (۲۰۱۵)، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، از مزیت‌های بازی‌های به‌کار رفته در پژوهش حاضر، عملی و اجرایی بودن آن‌ها است و به کودک اجازه می‌دهند تا به‌جای صحبت کردن، مسائل را بازنگری کرده و برای آن راه‌حل مناسب کشف کنند. از آن‌جایی که بازی‌درمانی انفرادی، به‌صورت رابطه درمانگر- کودک تعریف می‌شود؛ بنابراین دیگر محرک‌های بیرونی مانند حضور دیگر همسالان در بازی باعث برهم‌خوردن تمرکز کودک بر بازی و آن‌چه درمانگر از او می‌خواهد نمی‌شود (هو و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین در این روش، حس رقابت و چشم‌وهم‌چشمی ایجاد نمی‌گردد. گذر زمان و تمرین به کودک این توانایی را می‌دهد که با تمرین و ممارست، تاب‌آوری، مهارت تمرکز حواس، کنترل رفتار و خودتنظیمی را کسب نمایند (آریل، ۲۰۱۹). بازی‌درمانی انفرادی، امکان آزادی عمل در نحوه اجرای بازی، استفاده از وسایل بازی و تخلیه عواطف و احساسات را برای کودکان فراهم آورده و این امر موجب می‌شود که احساس تسلط کودک بر محیط بیشتر گردد. زیرا هیچ‌گونه حس رقابتی به واسطه حضور دیگر همسالان وجود ندارد و از این راه به تنظیم هیجانی خود کمک می‌کنند (موچی، ۲۰۱۵). در حالی که در این روش امکان یادگیری این مسئله که در صورت بروز رفتارهای اشتباه از قبیل پرخاشگری، خلق منفی و رعایت نکردن حق تقدم و احترام به نظرات مخالف دیگران موجب طرد از جانب دیگر دوستان می‌شود را شاهد نیستیم. زیرا در این روش از حضور دوستان و لمس مشکلات بین فردی از نزدیک، محروم هستند.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد، بازی‌درمانی گروهی بر بهبود تاب‌آوری در دانش‌آموزان دبستانی مبتلا به نقص توجه- بیش‌فعالی اثربخش است. این یافته با نتیجه پژوهش‌های هاشمی، بنی‌جمالی و خسروی (۲۰۱۸)، سالیوان و همکاران (۲۰۱۸)، کلارک (۲۰۱۶)، باتکینگ (۲۰۱۶)، سیمور (۲۰۱۵) و کرینشاو، براکز و گولدستین (۲۰۱۵)، مطابقت دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، اساس بازی‌درمانی گروهی بر پایه رشد هیجانی و اجتماعی کودکان بنا شده است. در طی بازی به شیوه گروهی، کودکان روش‌های همکاری و تبادل نظر با همسالان و رعایت حقوق یکدیگر، بردباری به هنگام وقوع مشکلات در بازی و همچنین، فروتنی در هنگام برنده‌شدن را می‌آموزند (مانی-والن و کومن، ۲۰۱۹). به‌این ترتیب، بهبود تاب‌آوری و تعامل بین فردی کودکان در بازی‌درمانی گروهی را شاهد خواهیم بود. در واقع، در طی بازی گروهی کودکان، تمرکز بر روی تکلیف خواسته‌شده از سوی گروه را می‌آموزند. همچنین، آموختن امکان طرد شدن از سوی همسالان به جهت پرخاشگری، رعایت نکردن حق تقدم، تمرکز نداشتن بر بازی و تکلیف محول شده به آن‌ها، رفتار مقابله‌ای و خلق منفی باعث می‌گردد که تمرکز حواس بیشتری بر روی فعالیت‌های خود داشته باشند (سیمور، ۲۰۱۵) و متوجه شوند که رفتار آن‌ها به نوعی یک انتخاب است که می‌تواند عواقب خاصی را پیش‌بینی نماید.

بنابراین، آگاهی از این موضوع موجب تقویت رفتار خودکنترلی و خودتنظیمی در کودکان بیش‌فعال شده و موجب می‌گردد تا کنترل رفتار بهتری را از خود نشان دهند. همچنین در این روش به مشارکت فعال کودکان در درمان از طریق موردتوجه قراردادن موضوعاتی همچون تسلط، کنترل و پذیرش مسؤولیت در قبال تغییر رفتار شخصی خویش تأکید می‌شود. بنابراین، می‌توان ادعان داشت که بازی برای کودکان مفید است؛ زیرا بازی موقعیت مناسبی برای تشخیص و درمان اختلالات موجود در کودکان را فراهم می‌کند (کرینشاو، براکز و گولدستین، ۲۰۱۵). از طرفی، بازی ناشی از انگیزه‌های درونی فرد است تا انگیزه‌های بیرونی و بازتابی از درون کودک را به نمایش می‌گذارد. کودک از طریق بازی، احساسات و ارتباطات بیرونی خود را بیان می‌کند و از این جهت، موجب افزایش شادی و تمایلات، سازگاری کودک با محیط اطراف و مهارت‌های ارتباطی می‌شود.

مطرح نمایند و هیجان‌ناخ مخفی خود را نمایان کنند. بنابراین، مهم‌ترین تکنیکی که به کودکان اجازه می‌دهد خودشان را به صورت طبیعی ابراز کنند، بازی درمانی است (کلارک، ۲۰۱۶). به گونه‌ای که کودکان در فضای بازی می‌توانند با بازنمایی مکرر مسائل و مشکلات تجربه کرده، احساسات و هیجان‌های خود را برون‌ریزی کرده و در نتیجه به شناخت جدیدی از مسائل و وقایع اطراف خود دست یابند. بازی درمانی، به داشتن رفتارهای مثبت و مورد پذیرش اجتماعی، افزایش رفتارهای جرأت‌مندانه و در نهایت عزت‌نفس بالاتر در کودکان منجر می‌شود.

نکته دیگر این‌که، گاهی تفاوت دو گروه از نظر آماری معنادار است، ولی از نظر بالینی خیر. در این تحقیق، تفاوت اثربخشی بازی درمانی انفرادی و گروهی از نظر آماری معنادار می‌باشد. معنادار بودن، یک اصطلاح آماری است و بدین معنا می‌باشد که تفاوت مشاهده شده تصادفی نیست. به عبارت دیگر، ممکن است تفاوت مشاهده شده از نظر متخصص بالینی تفاوت ناچیزی باشد، ولی به دلیل این‌که این تفاوت در اکثریت نمونه وجود داشته، تصادفی نبوده است. بنابراین، همان‌گونه که دیده می‌شود، تفاوت اثربخشی بازی درمانی انفرادی و گروهی، فقط ۱/۳ نمره می‌باشد (بازی درمانی انفرادی ۲۷/۳ نمره تاب‌آوری را تغییر داد و بازی درمانی گروهی ۲۶ نمره تاب‌آوری را تغییر داد)؛ بنابراین تفاوت ۱/۳ نمره بین بازی درمانی انفرادی و گروهی از نظر متخصص بالینی اهمیت چندانی ندارد. در نتیجه این میزان تفاوت، از نظر آماری معنادار بوده است؛ ولی از نظر بالینی چندان با اهمیت نیست. به عبارت دیگر، ضمن قبول تبیین‌هایی که برای برتری بازی درمانی انفرادی برای کودکان بیش‌فعال گفته شده است، باید قبول کرد که از نظر متخصص بالینی تفاوت اثربخشی دو بازی درمانی انفرادی و گروهی ناچیز می‌باشد.

از آنجایی که این پژوهش بر روی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ADHD شهر تهران انجام شده است؛ بنابراین در تعمیم نتایج به کودکان مبتلا به اختلال ADHD در سایر شهرها، احتیاط لازم صورت گیرد. پس پیشنهاد می‌گردد، پژوهش‌های مشابه در سایر شهرها بر روی کودکان مبتلا به اختلال ADHD اجرا شود.

منابع

اصغری نکاح، س. م.، و عابدی، ز. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی بازی

همچنین نتایج پژوهش نشان داد، تفاوت میانگین گروه بازی درمانی انفرادی با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین گروه بازی درمانی گروهی با گروه کنترل است که نشان‌دهنده آن است که روش آموزشی بازی درمانی انفرادی، اثربخشی بیشتری به نسبت بازی درمانی گروهی بر کاهش تاب‌آوری داشته است. در این راستا، پژوهشی که هر دو بازی درمانی انفرادی و گروهی را بر تاب‌آوری مورد بررسی قرار دهد، یافت نشد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که از بازی درمانی می‌توان به‌عنوان روشی اثربخش در کنار سایر روش‌های درمانی برای کاهش نشانه‌های رفتاری اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه کودکان و بهبود تاب‌آوری آن‌ها استفاده کرد. در حالی که نتیجه فرضیه حاضر نشان داد که میزان اثربخشی بازی درمانی انفرادی بیشتر از میزان اثربخشی بازی درمانی گروهی است. این نتیجه شاید به این دلیل باشد که تمرکز در بازی درمانی انفرادی به دلیل حضور یک درمانگر و نبود همسالان و رقابت و درگیری بر سر در اختیار گرفتن وسایل بازی یا میزان بازی بیشتر با آن‌ها و همچنین به دلیل پایین بودن سن و نیاموختن رعایت حق تقدم و تنظیم هیجان در این کودکان (هو و همکاران، ۲۰۱۷)، موجب شده است که کودکان گروه بازی درمانی انفرادی، نتایج بهتری در بهبود تاب‌آوری نسبت به گروه بازی درمانی گروهی کسب نمایند. طبق نظریه یادگیری اجتماعی، رفتار در افراد از طریق مشاهده و الگوبرداری فراگرفته می‌شود و وجود دوستان و همسالان در بازی درمانی گروهی نیز موجب افزایش آموختن مهارت‌های اجتماعی و ارتباطات بین فردی می‌شود. با این حال، حس رقابت و تسلط، کنترل و پذیرش مسؤلیت در قبال تغییر رفتار شخصی خویش موجب می‌شود که کودکان بیش‌فعال به میزان کمتری در بازی‌های گروهی، درست عمل نمایند (چنگ و رای، ۲۰۱۶). در حالی که، بازی درمانی انفرادی امکان آزادی عمل کامل را برای کودک در نحوه اجرای بازی، استفاده از وسایل بازی و تخلیه عواطف و احساسات را برای کودکان فراهم می‌آورد و آن‌ها با تسلط بر محیط به خودتنظیمی بیشتری دست می‌یابند. به‌طور کلی، بازی درمانی به بیان درونی‌ترین و عمیق‌ترین تعارضات و مشکلات کودکان کمک می‌کند. به دلیل پایین بودن سطح تفکر انتزاعی در کودکان و نبود توانایی در بیان هیجان‌ها و احساسات خود، مسائلی را نمی‌توانند در محیط روزانه‌شان

- attachment, self-regulation, and competency.* Guilford Publications.
- Bocking, W. O. (2016). Vulnerability and resilience among gender-nonconforming children and adolescents: mental health professionals have a key role to play. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 55(6), 441-443.
- Cheng, Y. J., & Ray, D. C. (2016). Child-centered group play therapy: Impact on social-emotional assets of kindergarten children. *The Journal for Specialists in Group Work.* 41(3), 209-237.
- Clark, C. D. (2016). Imaginal coping: Resilience through a play of tropes. In *Child and Adolescent Resilience within Medical Contexts* (pp. 175-192). Springer, Cham.
- Cornell, H. R., Lin, T. T., & Anderson, J. A. (2018). A systematic review of play-based interventions for students with ADHD: implications for school-based occupational therapists. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention.* 11(2), 192-211.
- Crenshaw, D. A., Brooks, R., & Goldstein, S. (Eds.). (2015). *Play therapy interventions to enhance resilience.* Guilford Publications.
- David, O. A., Cardoso, R. A., & Matu, S. (2019). Is RETHink therapeutic game effective in preventing emotional disorders in children and adolescents? Outcomes of a randomized clinical trial. *European Child & Adolescent Psychiatry.* 28(1), 111-122.
- Folostina, R., Tudorache, L., Michel, T., Erzsebet, B., Agheana, V., & Hocaoglu, H. (2015). Using play and drama in developing resilience in children at risk. *Procedia- Social and Behavioral Sciences.* 197(25), 2362-2368.
- Hashemi, M., Banijamali, S. S., & Khosravi, Z. (2018). The efficacy of short-term play therapy for children in reducing symptoms of ADHD. *World Family Medicine Journal: Incorporating the Middle East Journal of Family Medicine.* 99(5804), 1-9.
- Ho, R. T., Lai, A. H., Lo, P. H., Nan, J. K., & Pon, A. K. (2017). 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.* 37(6), 805-824.
- Jia, R. M. (2018). *Social resilience in children with ADHD: buffers of externalizing behaviour,* درمانی مبتنی بر کارکردهای اجرایی بر بهبود بازداري پاسخ، برنامه‌ریزی و حافظه‌کاری کودکان دارای اختلال نقص‌توجه-بیش‌فعالی. *فصل‌نامه روان‌شناسی شناختی.* ۲(۱)، ۵۱-۴۱.
- صریحی، ن.، پورنسایی، غ. س.، و نیک اخلاق، م. (۱۳۹۴). اثربخشی بازی درمانی گروهی بر مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی. *فصل‌نامه روان‌شناسی تحلیلی-شناختی.* ۶(۲۳)، ۴۱-۳۵.
- محمودعلیلو، م.، هاشمی نصرت‌آباد، ت.، و فرشیا فانی صفت، ف. (۱۳۹۴). اثربخشی بازی‌درمانی بر اساس رویکرد لوی در کاهش اضطراب کودکان سرطانی. *پرستاری و مامایی جامع‌نگر.* ۲۵(۷۵)، ۵۴-۶۲.
- یزدانی‌پور، ن.، و یزدخواستی، ف. (۱۳۹۱). اثربخشی بازی‌های گروهی بر مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی ۶ تا ۷ ساله شهر اصفهان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری.* ۱۰(۳)، ۲۲۸-۲۲۱.

References

- Ab Razak, N. H., Johari, K. S. K., Mahmud, M. I., Zubir, N. M., & Johan, S. (2018). Module of Cognitive Behavior Play Therapy on Decision Making Skills and Resilience Enhancement (CBPT Module).
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed).* Washington, DC: Author.
- Ariel, S. (2019). *Integrative Play Therapy with Individuals, Families and Groups.* Routledge. <https://www.routledge.com/Integrative-Play-Therapy-with-Individuals-Families-and-Groups-1st-Edition/Ariel/p/book/9780367187682>
- Arruda, M., Arruda, R., Bigal, M., & Guidetti, V. (2019). Disparities in the Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents- a Nationwide Study (P5. 6-045).
- Barnard-Brak, L., Roberts, B., & Valenzuela, E. (2018). Examining breaks and resistance in medication adherence among adolescents with ADHD as associated with school outcomes. *Journal of Attention Disorders.* 1(1), 63-73.
- Bayat, M., & Jamnia, N. (2019). Positive Interactions with At-Risk Children: Enhancing Students' Wellbeing, Resilience, and Success. Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/books/9781315110547>
- Blaustein, M. E., & Kinniburgh, K. M. (2018). *Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through*

- externalizing behaviors and poor social skills. *Int J Play Ther.* 25(2), 64-77.
- Mochi, C. (2015). Enhancing resilience through play therapy with child and family survivors of mass trauma. *Play therapy interventions to enhance resilience.*
- Mohr- Jensen, C., Steen- Jensen, T., Bang- Schnack, M., & Thingvad, H. (2019). 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.* 23(3), 206-219.
- Ojiambo, D., & Bratton, S. C. (2014). Effects of Group Activity Play Therapy on Problem Behaviors of Preadolescent Ugandan Orphans. *J Counsel Dev.* 92(3), 355-365.
- Okumura, Y., Yamasaki, S., Ando, S., Usami, M., Endo, K., Hiraiwa- Hasegawa, M., & Nishida, A. (2019). Psychosocial Burden of Undiagnosed Persistent ADHD Symptoms in 12- Year- Old Children: A Population- Based Birth Cohort Study. *Journal of Attention Disorders.* 1-2
- Palmer, C. G., Boudreault, P., Berman, B. A., Wolfson, A., Duarte, L., Venne, V. L. & et al. (2017). 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.* 10(1), 23-32.
- Pittala, E. T., Saint- Georges- Chaumet, Y., Favrot, C., Tanet, A., Cohen, D., & Saint-Georges, C. (2018). Clinical outcomes of interactive, intensive and individual (3i) play therapy for children with ASD: a two- year follow- up study. *BMC pediatrics.* 18(1), 165.
- Post, P. B., Phipps, C. B., Camp, A. C., & Grybush, A. L. (2019). Effectiveness of child- centered play therapy among marginalized children. *International Journal of Play Therapy.* 28(2), 88- 97.
- Sella, F., Re, A. M., Lucangeli, D., Cornoldi, C., & Lemaire, P. (2019). Strategy selection in ADHD characteristics children: A study in arithmetic. *Journal of Attention Disorders,* 23(1), 87-98.
- Seymour, J. W. (2015). Resilience- enhancing factors in play therapy. *Play Therapy* *internalizing behaviour, and negative parenting* (Doctoral dissertation, University of British Columbia).
- Kamp, C. F., Sperlich, B., & Holmberg, H. C. (2014). Exercise reduces the symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and improves social behaviour, motor skills, strength and neuropsychological parameters. *Acta Paediatrica.* 103(7), 709-714.
- Kestenbaum, C., Canino, I. A., Wu, W. C., Duch, H., Marti, M., Snow, R., & Benavides, C. (2016). CARING at Columbia Head Start: Promoting resilience through creative art and play and a prevention model for at- risk preschool children and families. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 55(10), S352.
- Koprulu, O., Darcan, S., Ozbaran, B., Ata, E., Altinok, Y., Ozen, S., & Goksen, D. (2015, August). Insulin Resistance in Adolescents with Screen Addiction and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In *54th Annual ESPE* (Vol. 84). European Society for Paediatric Endocrinology.
- Kwon, Y. J., & Lee, K. (2018). Group child-centered play therapy for school- aged North Korean refugee children. *International Journal of Play Therapy.* 27(4), 256-271.
- MacLeod, C. (2018). Current Range of Treatments and Therapies in Children and Adolescents Diagnosed With ADHD; A Systematic Review of the Literature. https://digitalcommons.salemstate.edu/honors_theses/180/
- Mastoras, S. M., Saklofske, D. H., Schwean, V. L., & Climie, E. A. (2018). Social support in children with ADHD: An exploration of resilience. *Journal of Attention Disorders.* 22(8), 712-723.
- McCrea, K. T., Guthrie, D., & Bulanda, J. J. (2016). When traumatic stressors are not past, but now: Psychosocial treatment to develop resilience with children and youth enduring concurrent, complex trauma. *Journal of Child & Adolescent Trauma.* 9(1), 5-16.
- Meany- Walen, K. K., & Kottman, T. (2019). Group Adlerian play therapy. *International Journal of Play Therapy.* 28(1), 1-12.
- Meany- Walen, K. K., & Teeling, S. (2016). Adlerian play therapy with students with

- Sullivan, M. B., Erb, M., Schmalzl, L., Moonaz, S., Noggle Taylor, J., & Porges, S. W. (2018). Yoga therapy and polyvagal theory: The convergence of traditional wisdom and contemporary neuroscience for self- regulation and resilience. *Frontiers in Human Neuroscience*. 12, 67.
- Wofford, J. R., & Ohrt, J. H. (2018). An Integrated Approach to Counseling Children Diagnosed With ADHD, ODD, and Chronic Stressors. *The Family Journal*. 26(1), 105-109.
- Interventions to Enhance Resilience*. <https://books.google.com/books>
- Soleimany, A. S., Sadeghi, H., Zerehpoush, A., Rabie, M., Abedi, A., & Esmaeeli, S. (2016). Effectiveness of rhythmic games on social skills of children with attention deficit hyperactive disorder. *J Gorgan Univ Med Sci*. 18(2), 91-96.
- Stavrou, P. D., & Kourkoutas, E. (2017). School Based Programs for Socio- emotional Development of Children with or without Difficulties: Promoting Resilience. *American Journal of Educational Research*. 5(2), 131-137.

Comparing effectiveness of individual and group play therapy on resilience in elementary school students with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

Elahe Nayebi¹

Reza Pasha^{*2}

Saeed Bakhtiarpour³

Zahra Eftekhar Saadi³

Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of individual and group play therapy on resilience in elementary school students with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). The statistical population of this study included all elementary school students of Tehran City in year academic 2018-2019. Using targeted sampling method, 60 of them were selected and randomly assigned to two experiment groups and one control group (each group consisting of 20 student). To collect data, Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) (2003) was utilized. This quasi- experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group. The experimental groups underwent individual play therapy (10 sessions 45 minutes) and group play therapy (10 sessions 60 minutes), but the control group received no training. Data were analyzed using Covariance Analysis. The results showed that both individual and group play therapy were effective to increasing the resilience of elementary school students with attention deficit/hyperactivity disorder ($p < 0.01$). Also, the results showed that individual play therapy had a greater effect on the improvement of resilience of elementary school students with attention deficit/hyperactivity disorder ($p < 0.01$). The results showed that individual and group play therapy can be used to increase the resilience in ADHD students. It is suggested that these two treatments be used in schools for ADHD children.

Keyword: Individual play therapy, group play therapy, resilience, attention deficit/hyperactivity disorder

1. Ph.D. student in Children with Special Needs, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch, Ahvaz, Iran

*2. **Corresponding Author:** Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch, Ahvaz, Iran

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

