

## اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر نارسایی توجه و پرخاشگری کودکان با اختلال کم توجهی / بیش فعالی

زهرة سرخی\*

پرویز شریفی درآمدی\*\*

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر نارسایی توجه و پرخاشگری کودکان با اختلال کم توجهی / بیش فعالی بود. روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی دارای طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل ۶۰ نفر از کودکان با اختلال کم توجهی / بیش فعالی بودند (۴۵ پسر و ۱۵ دختر) که در مرکز کاردرمانی نگاه نوین در منطقه ۱۲ شهر تهران در سال ۱۴۰۲ توسط روانسنج و روانشناس تشخیص رسمی گرفته بودند. تعداد ۳۰ نفر از این کودکان (۱۰ دختر و ۲۰ پسر) با روش نمونه‌گیری در دسترس، به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. کودکان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار سنجش مقیاس درجه‌بندی کانرز والدین (CPRS) و پرسشنامه پرخاشگری کودکان نلسون و فینچ (CIA) بود. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای برنامه مداخله‌ای اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری را دریافت کردند، در حالیکه گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS-24 و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کواریانس انجام شد. نتایج نشان داد که برنامه مداخله‌ای اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر نارسایی توجه ( $F_{1,24} = 15/651, P < 0/01$ ) و پرخاشگری که شامل خرده‌مقیاس‌های ناکامی ( $F_{1,24} = 14/501, P < 0/01$ ) پرخاشگری بدنی ( $F_{1,24} = 14/711, P < 0/01$ )، روابط با همسالان ( $P < 0/01$ )، ( $F_{1,24} = 8/476$ ) و روابط با مراجع قدرت ( $F_{1,24} = 7/953, P < 0/01$ ) بود تأثیر معنادار داشت. یافته‌های پژوهش بیانگر این بودند که درمانگران می‌توانند با قرار دادن بازی درمانی شناختی رفتاری در برنامه‌های آموزشی کودکان با اختلال کم توجهی / بیش فعالی زمینه را برای بهبود نارسایی توجه و پرخاشگری این کودکان فراهم سازند.

### واژه‌های کلیدی:

بازی درمانی شناختی رفتاری، پرخاشگری، کودکان با اختلال کم توجهی / بیش فعالی، نارسایی توجه.

\* کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

\*\* نویسنده مسئول: استاد گروه روانشناسی کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

Email: sharifidaramadi@atu.ac.ir

## مقدمه

کودکی از مهمترین دوره زندگی هر فرد محسوب می‌شود؛ زیرا زیر بنای رشدی فرد در این دوره پایه‌گذاری می‌شود. بنابراین، هر گونه اختلالی که در این دوره ایجاد شود در صورتی که آموزش و درمان به موقع انجام نگیرد می‌تواند اثرات منفی بر زندگی وی داشته باشد. یکی از این اختلال‌ها اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی<sup>۱</sup> است. این اختلال یکی از مهمترین، رایج‌ترین و پیچیده‌ترین اختلال‌های دوران کودکی است که دارای سه ویژگی نقص در توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری<sup>۲</sup> می‌باشد و اغلب تا دوران بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند (سوماسی، چولی و نایاک<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). اهمیت این اختلال به دلیل شیوع بالای آن است و اینکه پیامدهای این اختلال بر ابعاد مختلف کنش‌وری و تحول بهنجار فردی اثر می‌گذارد (برنارد، سولاک و فیرون<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱). مطالعات اخیر میزان شیوع این اختلال را ۱۸/۱ درصد گزارش کرده‌اند (مهالاه و همکاران، ۲۰۱۸).

همان‌طور که گفته شد یکی از ملاک‌های تشخیص این کودکان نارسایی توجه است. توجه اولین گام در پردازش اطلاعات و به معنی توانایی انتخاب بخشی از اطلاعات محیطی است که براساس آن تمرکز و آگاهی شکل می‌گیرد. کودکان با اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی، توانایی توجه دقیق به جزئیات را ندارند یا در انجام تکالیف درسی یا دیگر فعالیت‌ها دچار مشکل می‌شوند (پورمحمدرضا تجریشی، عاشوری، جلیل‌آبکنار و به‌پژوه، ۱۳۹۳). براساس مدل نظری بارکلی<sup>۵</sup> (۲۰۱۴) مهمترین مشکل این کودکان در زمینه توجه پایدار است. منظور از توجه پایدار توانایی حفظ پاسخ هدفمند در طی یک فعالیت مداوم و تکرار شونده است که این توانایی از طریق فراهم کردن فرصت برای تحریک توجه می‌تواند بهبود یابد (خلیفه<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). توجه پایدار به فرد کمک می‌کند تا تداخل‌ها را کنترل کرده و فقط به یک محرک پاسخ دهد. از این‌رو، افراد با این اختلال نمی‌توانند به جزئیات توجه دقیق کنند، نمی‌توانند کارهای عادی یا وظایف در محیط کار را تمام کنند و به راحتی توسط محرک‌های نامرتبب دچار حواس‌پرتی می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳). اغلب در انجام تکالیفشان بی‌نظمی وجود دارد و وظایف محوله را با دقت پایین و تأمل ناکافی انجام می‌دهند و به سختی می‌توانند برای پایان رساندن تکالیف توجه خود را متمرکز کنند (اییکاف<sup>۸</sup> و

همکاران، ۲۰۰۹). ضعف در حفظ و تقسیم توجه، کنترل حرکتی و یادگیری کلامی باعث ضعف در پیشرفت تحصیلی، نقص در مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری آن‌ها می‌گردد (کلینگرگ، فورسبرگ و وستبرگ<sup>۹</sup>، ۲۰۰۲). یکی از مشکلات رفتاری این کودکان پرخاشگری<sup>۱۱</sup> می‌باشد. پرخاشگری یک رفتار آسیب‌رسان جسمی و هیجانی نسبت به دیگران است که به طور عمدی انجام می‌شود (بالارد، راتلی، فلمینگ و کیدر-اشلی<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۴). کودکان با اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی چون نمی‌توانند نیازهای خود را به‌گونه مناسب برآورده سازند، دچار ناکامی‌های متعدد می‌شوند، در این حالت نمی‌توانند با شرایط محیطی، مقررات و محدودیت‌های جامعه، آداب و رسوم، ارزش‌ها و امر و نهی‌ها خود را تطبیق دهند در نتیجه دچار سازش نایافتگی می‌شوند که پرخاشگری را به دنبال دارد (اکبری و رحمتی، ۱۳۹۴). بنابراین، ضرورت تشخیص اولیه این اختلال و نیز مداخلات مؤثر و روش‌های درمانی متناسب با هر کودک بیش از پیش احساس می‌شود. امروزه و به تدریج گرایش به درمان‌های دارویی برای اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی رو به کاهش است و سهم درمان‌های غیردارویی و مداخلات مبتنی بر زندگی روزمره که با عنوان مداخله‌های طبیعی شناخته می‌شوند (مانند مداخله‌های مبتنی بر آموزش کارکردهای اجرایی و بازی درمانی و درمان‌های ترکیبی) رو به افزایش است (خوشایی و همکاران، ۱۳۹۲).

رویکردهای درمانی متعددی برای اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی مطرح است. یکی از روش‌های جدیدی که مورد توجه متخصصان قرار گرفته است بازی درمانی است. بازی درمانی یک زبان ارتباطی برای کودک است و به‌عنوان یک ارتباط بین فردی پویا بین کودک و درمانگر آموزش دیده در فرایند بازی درمانی توصیف می‌شود که رشد ارتباط امن را برای کودک تسهیل می‌کند تا کودک خود را به طور کامل بیان کند. کودک از طریق بازی درمانی می‌تواند مهارت خودکنترلی را بهتر یاد بگیرد (پورتر، هرنادز ریف و جسی<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۹). بازی درمانی شناختی رفتاری یکی از برجسته‌ترین رویکردهای بازی درمانی برای کودکان پیش‌دبستانی و دبستانی است که در آن بر مشارکت کودک در درمان تأکید می‌شود (موللی، جلیل‌آبکنار و عاشوری، ۱۳۹۴). بازی درمانی شناختی رفتاری بر این فرض استوار است که ادراک و تفسیر

8. American Psychiatric Association

9. Abikoff

10. Klingberg, Forssberg & Westerberg

11. Aggression

12. Ballard, Rattley, Fleming & Kidder-Ashley

13. Porter, Hernandez-Reif & Jessee

1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder

2. impulsiveness

3. Sumathi, Cholli & Nayak

4. Barnard, Sulak, & Fearon

5. Mhalla

6. Barkley

7. Khalife

بهبود نارسایی توجه و پرخاشگری این کودکان برداشته باشند. با توجه به پژوهش‌های انجام شده و هدف پژوهش حاضر که تعیین اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر نارسایی توجه و پرخاشگری کودکان با اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی است؛ بنابراین، در پژوهش حاضر به تعیین اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر نارسایی توجه و پرخاشگری کودکان با اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی پرداخته شده است.

### روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون<sup>۱</sup> با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل ۶۰ نفر از کودکان با اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی بودند (۴۵ پسر و ۱۵ دختر) که در مرکز کاردرمانی نگاه نوین در منطقه ۱۲ شهر تهران در سال ۱۴۰۲ توسط روانسنج و روانشناس تشخیص رسمی گرفته بودند، که ۳۰ نفر از آن‌ها (۱۰ دختر و ۲۰ پسر) با میانگین سنی ۶ سال با روش نمونه‌گیری در دسترس، به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. لازم به ذکر است که تعدادی از کودکان و والدینشان تمایل برای شرکت در این برنامه درمانی را داشتند اما به دلیل اشتغال کاری والدین نتوانستند مشارکت کنند. کودکان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. این برنامه درمانی در کلینیک کاردرمانی نگاه نوین توسط خود پژوهشگر که درمانگر حیطة اختلال‌های کودکان می‌باشد و دوره بازی درمانی شناختی رفتاری را گذرانده است به صورت فردی انجام شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی، نداشتن مشکلات جسمانی خاص و رضایت داشتن والدین و خود کودکان برای شرکت در جلسات بازی درمانی شناختی رفتاری و ملاک خروج از پژوهش غیبت بیش از دو جلسه، تحت درمان همزمان با روش درمانی دیگر و وقوع حادثه پیش‌بینی نشده بود.

### ابزار سنجش

۱. **مقیاس درجه‌بندی کانرز والدین**<sup>۲</sup> (CPRS): این پرسشنامه در سال ۱۹۶۰ توسط کیت کانرز ساخته شده است، از این مقیاس برای تشخیص اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی استفاده می‌شود که شامل ۲۶ سؤال می‌باشد. دارای چهار زیرمقیاس است که شامل ۱. مشکلات شناختی- بی‌توجهی، ۲. مخالفت‌جویی، ۳. تکانشگری و ۴. شاخص کم‌توجهی/ بیش‌فعالی. روش نمره‌گذاری به صورت طیف لیکرت (۱: هرگز، ۲: گاه‌گاهی، ۳: اغلب و ۴: خیلی زیاد) است، نمره کل این آزمون دامنه‌ای از ۲۶ تا ۱۰۴ می‌باشد. در هر خرده‌مقیاس داشتن نمره بالاتر از

فرد از موقعیت، پاسخ هیجانی و رفتاری او را به موقعیت تعیین می‌کند. تفسیر فرد از رویدادها، نقش مهمی در بسیاری از آسیب‌های روانی ایفا می‌کند و این تفسیر، محصول تعامل ویژگی‌های فرد و ماهیت رویدادهایی است که فرد با آن مواجه است. این درمان بر این فرض استوار است که عاطفه و رفتار افراد، تا حد زیادی به واسطه روشی که آن‌ها براساس آن جهان را تفسیر می‌کنند، تعیین می‌شود. برای آن‌که بازی درمانی با این دیدگاه مؤثر باشد، باید فعالیت‌ها ساخت‌دار و هدف‌گرا باشند و در عین حال جنبه‌های ارتجالی را برای کودک میسر کند (محمداسماعیل، ۱۴۰۱). در بررسی پیشینه‌ها می‌توان مواردی را یافت که بیانگر اثربخشی این برنامه درمانی بر نارسایی توجه و پرخاشگری کودکان با اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی می‌باشد. چنان‌که ارجمندنیا، حسن‌وند و اصغری‌نکاح (۱۳۹۷) تأثیر بازی درمانی شناختی را بر عملکرد توجه و بازداری پاسخ کودکان با اختلال ریاضی؛ فیض‌اللهی، صادقی و رضایی (۱۳۹۹) تأثیر بازی درمانی شناختی رفتاری و تلفیق آن با آموزش مدیریت والدین را بر علائم نارسایی توجه- بیش‌فعالی کودکان بیش‌فعال؛ تقی‌زاده‌هیر، آقاجانی و خوش‌سرور (۱۴۰۱) اثربخشی این برنامه درمانی را بر بهبود توجه و برنامه‌ریزی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی؛ اکبری و رحمتی (۱۳۹۴) اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری را بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی با تشخیص اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی؛ مهرافزا، نخستین‌گلدوست و کیامرثی (۱۴۰۱) اثربخشی این برنامه درمانی را بر پرخاشگری و اضطراب کودکان کم‌توان ذهنی؛ حسین‌پور پاکزاد و فرهادی (۱۴۰۲) اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری را بر اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای، پرخاشگری و استرس تحصیلی در کودکان نشان دادند. با توجه به پیشینه پژوهشی این احتمال داده می‌شود که بازی درمانی شناختی رفتاری بر نارسایی توجه و پرخاشگری کودکان با اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی تأثیرگذار باشد. آنچه اهمیت پژوهش حاضر را برجسته می‌سازد این است که نمی‌توان پژوهشی را یافت که به تعیین اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر نارسایی توجه و پرخاشگری کودکان با اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی پرداخته باشد. از این‌رو، انجام پژوهش حاضر به دلیل پر کردن خلاء پژوهشی در این حوزه ضرورت دارد. بعد نوآورانه پژوهش حاضر در این است که چنان‌چه اثربخشی این برنامه درمانی مشخص شود، می‌تواند در افزایش آگاهی درمانگران و خانواده‌های این کودکان سهم مؤثری داشته باشد و آن‌ها با استفاده از نتایج کاربردی آن، گامی عملی در

خارج از کشور توسط نلسون و همکاران بر روی ۱۶۰۴ نفر از دانش‌آموزان اجرا شده و نتایج ضریب بازآزمایی ۰/۶۵ تا ۰/۷۵، ثبات درونی ۰/۸۵ تا ۰/۸۶ و روایی چهار زیرمقیاس ۰/۹۳ به‌دست آمده است. در ایران نیز همان نتایج نلسون و همکاران گزارش شده است (زیبایی و همکاران، ۱۳۹۲). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرنباخ ۰/۸۱۲ محاسبه شد.

مداخله بازی درمانی شناختی رفتاری برگرفته از جلسات بازی درمانی شناختی رفتاری اصغری نکاح (۱۳۸۸)، به مدت ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، دو بار در هفته به صورت فردی، توسط درمانگر متخصص در حیطه اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی انجام شد. لازم به ذکر است، براساس مطالعات کتابخانه‌ای و استفاده از کتاب‌هایی مانند بازی درمانی: نظریه‌ها، روش‌ها و کاربردهای بالینی (محمداسماعیل، ۱۴۰۱)، بازی درمانی شناختی رفتاری (کارشکی و رضایی‌رضوان، ۱۴۰۲)، ترکیب بازی درمانی با رفتار درمانی شناختی (دروزی، ۲۰۰۹)، ترجمه رضائی، ۱۴۰۲ و به‌دست آوردن مؤلفه‌های مرتبط با متغیرهای وابسته، به مشاهده ۱۰ نفر از متخصصین ماهر در زمینه روانشناسی و آموزش کودکان رسید و طرح کلی جلسات با توجه به ویژگی این کودکان مناسب‌سازی شد و در نهایت ضریب لاوشه<sup>۸</sup> ۰/۸ به‌دست آمد که نشان می‌دهد این برنامه از اعتبار و روایی محتوایی برخوردار است و بر این اساس محقق بر این صدد درآمد تا این برنامه مداخلاتی را اجرا کند.

میانگین ۱/۵ نشانه داشتن این اختلال است. کانرز (۱۹۹۷) ضریب پایایی این مقیاس را ۰/۹۰ گزارش کرده است. اعتبار این پرسشنامه از سوی مؤسسه علوم شناختی ۰/۸۵ گزارش شده است. (علیزاده، ۱۳۸۴). شهائیان، شهیم، بشاش و یوسفی (۱۳۸۶) روایی آن را ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرنباخ ۰/۷۹۴ محاسبه شد.

**۲. پرسشنامه پرخاشگری کودکان<sup>۱</sup> (CIA):** این پرسشنامه برای بررسی موقعیت‌های مختلفی است که موجب بروز خشم در کودکان می‌شود و همچنین میزان شدت خشم و پرخاشگری و مهارت‌های اجتماعی در آن‌ها را بررسی می‌کند. این پرسشنامه توسط نلسون و فینچ<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) ساخته شده است. این پرسشنامه برای سنین ۶ تا ۱۶ سال تهیه شده است. نمره بُرش پرخاشگری در این آزمون ۸ می‌باشد. پرسشنامه شدت خشم نلسون و فینچ شامل ۳۹ سؤال است و شدت خشم را در چهار بُعد ناکامی<sup>۳</sup> (۱۱ سؤال)، پرخاشگری بدنی<sup>۴</sup> (۹ سؤال)، روابط با همسالان<sup>۵</sup> (۹ سؤال) و روابط با مراجع قدرت<sup>۶</sup> (۱۰ سؤال) بررسی می‌کند که بر اساس مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای (۱: توجه نمی‌کنم، ۲: مرا آزار می‌دهد، ۳: واقعاً ناراحت می‌شوم و ۴: عصبانی می‌شوم)، نمره‌گذاری شده است. حداقل و حداکثر امتیاز هر فرد بین ۳۹ تا ۱۵۶ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده پرخاشگری بیشتر بوده و بالعکس. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات داخل و خارج از کشور به تأیید رسیده است. در

**جدول ۱. پروتکل بازی درمانی شناختی رفتاری برگرفته از جلسات اصغری نکاح (۱۳۸۸)**

جلسات	اهداف	محتوا	تکالیف
اول	ارتباط‌گیری	ایجاد فضای امن و احساس آرامش برای کودک و برقراری ارتباط، گرم کردن و انسجام بخشی به جلسه بازی با بازی‌های پیشنهادی کودک یا بازی‌های عمومی نظیر توپ بازی، نون بیار کباب بیر، دادن تکلیف در منزل	انتخاب بازی از طرف کودک، انجام بازی گل یا پوچ، بازی آسیاب بچرخ
دوم	بیان احساسات	بیان یک خاطره خوب و کشیدن یک نقاشی از آن و مطرح کردن احساسات خود در مورد آن، بازی آزاد، دادن تکلیف در منزل	کشیدن نقاشی با رنگ انگشتی
سوم	کنترل اضطراب	آموزش آرامیدگی، خواندن داستان و بررسی احساسات کودکان درباره آن، آموزش احساسات با کمک کتاب، تصاویر و نقاشی، دادن تکلیف در منزل	خواندن کتاب داستان و پرسیدن سؤالاتی از متن آن
چهارم	آگاهی از توانمندی‌ها	بازی برج هیجان، آموزش مهارت خودآگاهی، دارت بازی، ایفای نقش، دادن تکلیف در منزل	ایفای نقش (نمایش بازی)
پنجم	افزایش خلاقیت و عزت نفس	ترسیم نقاشی با انگشت، انجام کاردستی، خمیر بازی، دادن تکلیف در منزل	کشیدن نقاشی روی کاغذ و بریدن و چسباندن آن روی کاغذ
ششم	کاهش تکانشگری	آموزش گفتن حرف‌های مثبت، بازی تردست برای مبارزه با ناکامی و مواجهه با شکست، دادن تکلیف در منزل	بازی گرگم به هوا، بازی با خمیر

5. Relationships with Peers  
6. Relationships with Authority Figures  
7. Drewes  
8. Lawshe

1. Children Inventory for Angry  
2. Nelson & Finch  
3. Frustration  
4. Aggression Body

هفتم	آموزش رعایت قوانین	کشیدن نقاشی، آموزش رعایت قوانین و مقررات با کمک بازی اکتشاف و مسابقه ماشین بازی، دادن تکلیف در منزل	انجام بازی در قالب مسابقه مثل مسابقه پرتاب توپ و...
هشتم	رعایت نوبت	آموزش رعایت نوبت با کمک کتاب، نمایش با عروسک انگشتی، بازی پرتاب توپ به هدف، دادن تکلیف در منزل	قرار گرفتن با کودک در صف خرید مثل صف نانوايي و...
نهم	افزایش تمرکز	بازی قایم موشک و تمرین‌های کاغذ و قلمی برای افزایش تمرکز، دادن تکلیف در منزل	بازی چشم گذاشتن و پیدا کردن هم، قایم کردن چند وسیله و پیدا کردن آن
دهم	کنترل رفتار	آموزش مهارت تصمیم گیری، بیان اهداف خود، برنامه ریزی برای رسیدن به اهداف و بازی آزاد	انتخاب بازی توسط کودک و دادن یک پاداش کوچک به کودک به خاطر همکاری

## شیوه اجرای پژوهش

در پژوهش حاضر بعد از آنکه کودکان توسط روانشناس و روانسنج با کمک آزمون تکالیف دوگانه تست استروپ و حافظه فعال ان‌بک و گزارش‌های خود والدین از عملکرد فرزندشان تشخیص رسمی اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی را گرفتند به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. والدین هر دو گروه پرسشنامه کانرز و پرخاشگری را به‌عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه بازی درمانی شناختی رفتاری را که برگرفته از جلسات اصغری‌نکاح (۱۳۸۸) بود را به صورت فردی دریافت کردند. این جلسات دو بار در هفته به مدت ۴۵ دقیقه توسط خود پژوهشگر که درمانگر حیطة اختلال‌های کودکان است و دوره بازی درمانی شناختی رفتاری را گذارنده است در کلینیک کاردرمانی نگاه نوین اجرا شد. درحالی‌که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. بعد از اتمام جلسات درمانی هر دو گروه دوباره این دو مقیاس را به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند. برای رعایت اخلاق در پژوهش از رضایت

والدین و خود کودکان برای شرکت در این پژوهش اطمینان حاصل شد و اطلاعاتی در مورد این برنامه و تأثیراتش به آنان داده شد. همچنین، به والدین گروه کنترل اطمینان داده شد که بعد از انجام پژوهش فرزند آن‌ها نیز این برنامه درمانی را دریافت می‌کنند، به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نامشان نیست.

## یافته‌ها

از آمار توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و چندمتغیری استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سنی کودکان حاضر در پژوهش ۶ سال بود.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون پرخاشگری و نارسایی توجه به تفکیک گروه

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کنترل	ناکامی	۳۲/۰۱	۳/۲۷۸	۳۱/۴۳	۳/۹۵۵
	پرخاشگری بدنی	۲۴/۲۷	۵/۳۲۵	۲۴/۶۳	۴/۹۸۶
	روابط با همسالان	۲۲/۹۳	۲/۶۰۴	۲۲/۲۷	۳/۴۱۱
	روابط با مراجع قدرت	۲۶/۴۷	۲/۴۱۶	۲۶/۹۳	۴/۰۰۸
	نمره کل پرخاشگری	۱۰۵/۶۸	۵/۸۶۶	۱۰۵/۲۶	۹/۷۷۰
آزمایش	نارسایی توجه	۶۶/۰۷	۵/۶۶۳	۶۶/۷۳	۶/۵۳۰
	ناکامی	۳۱/۱۰	۲/۷۵۳	۲۷/۰۷	۲/۵۳۴
	پرخاشگری بدنی	۲۳/۴۰	۶/۱۲۷	۱۸/۱۳	۴/۵۶۵
	روابط با همسالان	۲۱/۶۰	۳/۳۱۲	۱۸/۰۷	۲/۹۶۳
	روابط با مراجع قدرت	۲۶/۱۳	۲/۴۴۶	۲۳/۳۳	۲/۲۲۵
	نمره کل پرخاشگری	۱۰۲/۲۳	۶/۲۴۷	۸۶/۶۰	۷/۱۴۹
	نارسایی توجه	۶۵/۴۷	۶/۱۹۸	۵۸/۲۰	۵/۹۳۱

( $F_{1,28}$ ) در گروه‌ها برابر می‌باشد. نتایج آزمون ام باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و کنترل نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ( $P > 0/05$ )، ( $F = 1/754$ ،  $Box M = 20/785$ )، نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معنی‌داری رابطه بین متغیرها نشان داد که رابطه بین این مؤلفه‌ها معنی‌دار است ( $P < 0/01$ )، ( $df = 9$ ،  $\chi^2 = 15/115$ ) پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین پرخاشگری دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/01$ )، ( $F_{4,21} = 7/653$ ،  $Wilks Lambda = 0/407$ )، برای بررسی این که گروه آزمایش و کنترل در کدام یک از مؤلفه‌های پرخاشگری با یکدیگر تفاوت دارند، در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تفاوت گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های پرخاشگری

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
ناکامی	بین گروهی	۱۶۶/۳۲۹	۱	۱۶۶/۳۲۹	۱۴/۵۰۱	۰/۰۰۱	۰/۳۷۷
	خطا	۲۷۵/۲۸۵	۲۴	۱۱/۴۷۰			
پرخاشگری بدنی	بین گروهی	۲۰۲/۴۸۲	۱	۲۰۲/۴۸۲	۱۴/۷۱۱	۰/۰۰۱	۰/۳۸۰
	خطا	۳۳۰/۳۳۹	۲۴	۱۳/۷۶۴			
روابط با همسالان	بین گروهی	۵۲/۹۷۲	۱	۵۲/۹۷۲	۸/۴۷۶	۰/۰۰۸	۰/۲۶۱
	خطا	۱۴۹/۹۹۴	۲۴	۶/۲۵۰			
روابط با مراجع قدرت	بین گروهی	۶۸/۷۹۸	۱	۶۸/۷۹۸	۷/۹۵۳	۰/۰۰۹	۰/۲۴۹
	خطا	۲۰۷/۶۰۴	۲۴	۸/۶۵۰			

آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که با توجه به عدم معنی‌داری مقادیر به‌دست آمده فرض نرمال بودن توزیع نمرات تأیید شد. در تحقیق حاضر نارسایی توجه به‌عنوان یک متغیر کمکی تحت تأثیر بازی درمانی شناختی رفتاری قرار گرفته و بر کاهش پرخاشگری کودکان با اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی تأثیر گذاشته است. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات در گروه آزمایش و کنترل، نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ( $P = 0/123$ )، ( $F_{1,26} = 2/536$ )، نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیر وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس نارسایی توجه ( $p = 0/928$ )، ( $F_{1,24} = 0/008$ ) در گروه‌ها برابر می‌باشد. پس از بررسی پیش‌فرض‌ها، در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری گزارش شده است.

به منظور بررسی اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر پرخاشگری کودکان با اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که با توجه به عدم معنی‌داری مقادیر به‌دست آمده فرض نرمال بودن توزیع نمرات تأیید شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات در گروه آزمایش و کنترل، نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ( $P > 0/05$ )، ( $F_{1,28} = 1/285$ )، نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس مؤلفه ناکامی ( $P > 0/05$ )، ( $F_{1,28} = 0/137$ )، پرخاشگری بدنی ( $P > 0/05$ )، ( $F_{1,28} = 0/048$ )، روابط با همسالان ( $P > 0/05$ )، ( $F_{1,28} = 0/461$ ) و روابط با مراجع قدرت ( $P > 0/05$ )، ( $F_{1,28} = 0/39$ )

با توجه به جدول ۳ آماره F برای مؤلفه ناکامی ( $P < 0/01$ )، ( $F_{1,24} = 14/501$ )، پرخاشگری بدنی ( $P < 0/01$ )، ( $F_{1,24} = 14/711$ ) و روابط با همسالان ( $P < 0/01$ )، ( $F_{1,24} = 8/476$ ) و روابط با مراجع قدرت ( $P < 0/01$ )، ( $F_{1,24} = 7/953$ ) معنی‌دار است. این یافته‌ها نشانگر آن هستند که بین پرخاشگری گروه‌های کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با توجه به این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که بازی درمانی شناختی رفتاری مؤثر بوده و موجب کاهش پرخاشگری کودکان با اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی شده است. همچنین، اندازه اثر در جدول ۳ نشان می‌دهد که عضویت گروهی ۳۷/۷ درصد از تغییرات ناکامی، ۳۸ درصد از تغییرات پرخاشگری بدنی، ۲۶/۱ درصد از تغییرات روابط با همسالان و ۲۴/۹ درصد از تغییرات روابط با مراجع قدرت را تبیین می‌کند. به منظور بررسی اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر نارسایی توجه کودکان با اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی، از

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری تفاوت گروه آزمایش و کنترل در نارسایی توجه

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
بین گروهی	۵۰۹/۹۰۶	۱	۵۰۹/۹۰۶	۱۵/۶۵۱	۰/۰۰۱	۰/۳۶۷
خطا	۱۷۹/۶۳۴	۲۷	۳۲/۵۷۹			

با توجه به جدول ۴ آماره F برای نارسایی توجه ( $P < ۰/۰۱$ )،  $F_{1,27} = ۱۵/۶۵۱$  معنی دار است. این یافته‌ها نشانگر آن هستند که بین نارسایی توجه گروه‌های کنترل و آزمایش تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که بازی درمانی شناختی رفتاری مؤثر بوده و موجب کاهش نارسایی توجه کودکان با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی شده است. همچنین، اندازه اثر نشان می‌دهد که عضویت گروهی ۳۶/۷ درصد از تغییرات نارسایی توجه را تبیین می‌کند.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر نارسایی توجه و پرخاشگری کودکان با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی صورت گرفت و تلاش شد که کودک از طریق بازی کردن به افکار، احساسات و پیامدهای رفتاری خود بیندیشد و در خلال بازی توجه خود را متمرکز کند و از حالت‌های انگیختگی خود بکاهد. براساس نتایج به دست آمده از این پژوهش، بازی درمانی شناختی رفتاری بر نارسایی توجه کودکان با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی تأثیر معنادار دارد و باعث بهبود علائم نارسایی توجه در این کودکان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش ارجمندینا، حسن‌وند و اصغری‌نکاح، (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی بازی‌های شناختی بر عملکرد توجه و بازداری پاسخ در کودکان با اختلال ریاضی، مالدار و رسولی (۱۳۹۹) مبنی بر اثربخشی عروسک درمانی مبتنی بر شناختی رفتاری بر افزایش توانمندی شناختی و بهبود توجه دختران با نقص‌توجه-بیش‌فعالی، فیض‌اللهی، صادقی و رضایی، (۱۳۹۹) تأثیر بازی درمانی شناختی رفتاری و تلفیق آن با آموزش مدیریت والدین بر علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی کودکان بیش‌فعال، تقی‌زاده‌هیر، آقاجانی و خوش‌سرور (۱۴۰۱) اثربخشی این برنامه درمانی بر بهبود توجه و برنامه‌ریزی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، النگیر، ابو-المجد و احمد<sup>۱</sup> (۲۰۱۷) مبنی بر اثربخشی بازی درمانی بر کودکان با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت

کودکان با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی دارای فاصله زمانی توجه کوتاه مدتی هستند. برای آن‌ها تمرکز کردن بسیار دشوار است. آنها در مهارت‌های شناختی از جمله حافظه فعال، توانایی برنامه‌ریزی، سرعت پردازش اطلاعات پیچیده، توجه انتخابی، بازداری پاسخ رفتاری، حفظ توجه، کنترل حرکتی، یادگیری کلامی و تقسیم توجه دارای نقص می‌باشند و این باعث ضعف در پیشرفت تحصیلی، مشکلات رفتاری و نقص در مهارت‌های اجتماعی آنان می‌گردد (کلینگیرگ، فورسبرگ و وستبرگ، ۲۰۰۲). به نظر می‌رسد که عنصر اثرگذاری بازی درمانی هم می‌تواند عناصر عاطفی و هیجانی باشد و هم عناصر شناختی رفتاری (استوماکر و رای<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). در واقع در بازی درمانی شناختی رفتاری کودکان توجه بیشتری نسبت به رفتارها و مشکلات خود پیدا می‌کنند و راه‌های مناسبی برای افزایش توجه و رفع مشکلات می‌یابند (جنتیان، نوری، شفتی، مولوی و سماواتیان، ۱۳۸۷). این اختلال هم کودک و هم والدین را تحت تأثیر قرار می‌دهد (چورنیس‌توسکانو، وانگ، وودس، استریکلند و استین<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). از آنجایی که این کودکان مشکلات رفتاری و تحصیلی بیشتری را نسبت به همسالان خود نشان می‌دهند، معمولاً والدین آن‌ها نسبت به والدین کودکان عادی سطح استرس و افسردگی بالاتری را تجربه می‌کنند (مورگنسترنز، آلفردسون و هیروویکوسکی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶). بنابراین، به والدین آموخته می‌شود که از طریق بازی می‌توانند هم ارتباط بهتری با کودک خود داشته باشند و هم با انجام تکالیف درمانگر در منزل به کاهش نارسایی توجه کودکان کمک کنند. در نتیجه اگر برنامه‌های آموزشی از طریق بازی آموزش داده شود و متناسب با سن، علاقه و نیازهای کودکان باشد، مفیدتر است و در بهبود توجه آن‌ها نقش مؤثرتری خواهد داشت (مریل، اسمیت، کامپینگ و داونیک<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷).

همچنین، براساس نتایج به دست آمده بازی درمانی شناختی رفتاری بر پرخاشگری کودکان با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی تأثیر معنادار دارد و باعث کاهش پرخاشگری در این کودکان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش اکبری و

4. Morgensterns, Alfredsson & Hirvikoski  
5. Merrill, Smith, Cumming & Daunic

1. El-Nagger, Abo-Elmagd & Ahmed  
2. Stulmaker, & Ray  
3. Chronis-Tuscano, Wang, Woods, Strickland, & Stein

ساختاریافته در بازی کودک را ترغیب می‌کند تا به واسطه الگوسازی و ایفای نقش از انجام رفتارهای پرخاشگرانه اجتناب کند (دروز، ۲۰۰۹). عدم امکان حضور بعضی از این کودکان بنا به دلایل مختلف از جمله اشتغال کاری والدین، در صورتی که تمایل کلی برای شرکت فرزندشان در این برنامه را داشتند، کوچک بودن جامعه آماری، از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده در جوامع آماری بزرگتری انجام شود. بنابراین، برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج پیشنهاد می‌شود در سطح پژوهشی، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ متفاوت انجام شود. در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود با توجه به اثربخشی این برنامه درمانی، به درمانگران و مشاوران حوزه کودکان با اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی پیشنهاد شود تا آن‌ها با به کارگیری این برنامه درمانی برای کودکان، گامی عملی برای بهبود نارسایی توجه و پرخاشگری کودکان با اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی برداشته باشند.

### تشکر و قدردانی

از زحمات ارزشمند استاد محترم، کلینیک توانبخشی و تمامی خانواده‌هایی که بنده را در جریان این پژوهش یاری نمودند صمیمانه قدردانی می‌شود.

### منابع

ارجمندنی، ع.ا.، حسن‌وند، م.، و اصغری‌نکاح، م. (۱۳۹۷). تأثیر بازی‌های شناختی بر عملکرد توجه و بازداری پاسخ در کودکان دارای اختلال ریاضی. *فصلنامه علمی- پژوهشی کودکان استثنایی*. ۱۱(۱)، ۱۸-۵.

اصغری‌نکاح، م. (۱۳۸۸). کاربردهای آموزشی- ترمیمی بازی‌های بومی ایران در آموزش و توانبخشی کودکان دارای نیازهای ویژه. *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*. ۶(۹۰)، ۱۱-۳.

اکبری، ب.، و رحمتی، ف. (۱۳۹۴). اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی. *فصلنامه علمی- پژوهشی سلامت روان کودک*. ۲(۲)، ۹۳-۱۰۰.

پورمحمدرضای تجریشی، م.، عاشوری، م.، جلیل‌آبکنار، س.، و به‌پژوه، ا. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش بازداری پاسخ بر حافظه فعال دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی. *فصلنامه توانبخشی*. ۱۵(۴)، ۲۰-۱۲.

تقی‌زاده‌هیر، س.، آقاجانی، س.، و خوش‌سرور، س. (۱۴۰۱). اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر بهبود توجه و برنامه‌ریزی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/

رحمتی (۱۳۹۴) مبنی بر اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی، شریفی درآمدی، فتح آبادی، بختیاروند و احمدی (۱۳۹۸) اثربخشی بازی درمانی با استفاده از شن بر رفتارهای چالشی و اضطراب کودکان مبتلا به اختلال اُتیسْم با عملکرد بالا، مهرافز، نخستین‌گلدوست و کیامرثی (۱۴۰۱) اثربخشی این برنامه درمانی بر پرخاشگری و اضطراب کودکان کم‌توان ذهنی، حسین‌پورپاکزاد و فرهادی (۱۴۰۲) اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای، پرخاشگری و استرس تحصیلی، رای، بلانکو، سالیوان و هولیمان<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) اثربخشی این برنامه درمانی بر کاهش پرخاشگری، همسو است. در تبیین این یافته باید گفت که کودکان در بازی درمانی می‌آموزند که رفتارشان یک انتخاب است و بدین وسیله پیامد رفتارشان را نیز انتخاب می‌کنند، آگاهی از این امر در تقویت رفتار خودکنترلی به آن‌ها کمک می‌کند. بازی درمانی محیط امنی را برای کودکان فراهم می‌کند که در آن کودکان به تدریج هیجانات، تنش‌ها، احساس ناامنی، پرخاشگری و ترس‌های سرکوب شده خود را ابراز کنند (گنجی، ذبیحی، خدابخش و کراسکیان، ۱۳۹۰). ارتباط در اتاق بازی به این صورت است که کودک احساسات منفی خود را از طریق بازی به یک بزرگسال همدل (درمانگر) بیان می‌کند و آن فرد احساسات ارائه شده کودک را انعکاس می‌دهد و می‌پذیرد. وقتی این احساسات از طرف درمانگر پذیرفته شد، دیگر قدرت و شدت سابق را نداشته و اثرات آن بر رفتار کودک کاهش می‌یابد. به عبارت دیگر، می‌توان گفت در بازی درمانی شناختی رفتاری موانع محیطی از قبیل والدین برداشته می‌شود کودک به راحتی می‌تواند پرخاشگری خود را بروز دهد و در بستری مناسب با بازتابی مناسب شیوه مهار آن را آموخته و درونی می‌کند ( اکبری و رحمتی، ۱۳۹۴). در بازی درمانی شناختی رفتاری به دلیل وجود فضای خوشایند حاکم بر محیط بازی و فعال بودن کودک در هنگام بازی و تشریک مساعی با درمانگر، کودک می‌تواند راه‌های برقراری ارتباط صحیح با دیگران را بیاموزد و توجه خود را بر روی بازی و موضوعات شناختی رفتاری مطرح شده از سوی درمانگر، حفظ کند (عزیزی، میردریکوند و سپهوندی، ۱۳۹۹). بهره‌گیری از طیف وسیعی از اسباب‌بازی‌ها، رنگ‌آمیزی و یا سایر لوازم باعث تخلیه هیجانی کودکان می‌شود (عبداللهی‌بقرآبادی، شریفی درآمدی و دولت آبادی، ۱۳۸۹). تنوع آموزشی نیز در بازی در کنار یک شیوه پرورشی و هدف‌محور و با بهره‌گیری از فعالیت‌های هدفمند و

<sup>1</sup> Ray, Blanco, Sullivan & Holliman



فیض‌اللهی، ج، صادقی، م، و رضایی، ف. (۱۳۹۹). تأثیر بازی درمانی شناختی رفتاری و تلفیق آن با آموزش مدیریت والدین بر علائم نارسایی توجه- بیش‌فعالی کودکان بیش‌فعال ۷-۱۱ سال: یک مطالعه نیمه‌آزمایشی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*. ۱۹(۲)، ۱۷۲-۱۵۵. کارشکی، ح، و رضایی‌رضوان، ش. (۱۴۰۲). بازی درمانی شناختی رفتاری. تهران: انتشارات ارجمند.

گنجی، ک، ذبیحی، ر، خدابخش، ر، و کراسکیان، آ. (۱۳۹۰). تأثیر بازی درمانگری کودک‌محور بر کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی. *مجله روانشناسی بالینی*. ۳(۴)، ۲۵-۱۵.

مالداری، ز، و رسولی، ن. (۱۳۹۹). اثربخشی عروسک درمانی مبتنی بر شناختی رفتاری بر افزایش توانمندی شناختی و بهبود توجه دختران با نقص توجه بیش‌فعالی. *نشریه رویش روانشناسی*. ۹(۴)، ۱۳۲-۱۲۲.

محمداسماعیل، ا. (۱۴۰۱). بازی درمانی: نظریه‌ها، روش‌ها و کاربردهای بالینی. تهران: انتشارات دانژه.

موللی، گ، جلیل‌آبکنار، س، و عاشوری، م. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی بازی درمانی گروهی بر مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی آسیب‌دیده شنوایی. *مجله توانبخشی*. ۱۶(۱)، ۸۵-۷۶.

مهرافزا، م، نخستین‌گلدوست، ا، و کیامرثی، آ. (۱۴۰۱). اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر پرخاشگری و اضطراب کودکان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی*. ۳(۳)، ۲۱۰-۱۹۲.

Abikoff, H., Nissley-Tsiopinis, J., Gallagher, R., Zambenedetti, M., Sevfert, M., Boorady, R., & McCarthy, J. (2009). Effects of MPH-OROS on the Organizational, Time Management, and Planning Behaviors of children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 48(2), 166- 175.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Ed.)*, (DSM-5). American Psychiatric Pub.

Barkley, R. A. (2014). Sluggish cognitive tempo (concentration deficit disorder?): Current status, future directions, and a plea to change the name. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 42, 117-125.

Ballard, M. E., Rattley, K. T., Fleming, W. C., & Kidder-Ashley, P. (2004). School aggression and dispositional aggression among Middle School Boys. *Research in Middle Level Education*. 27(1), 1-11.

Barnard-Brak, L., Sulak, T. N., & Fearon, D. D. (2011). Coexisting disorders and academic achievement among children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 15(6), 506-515.

بیش‌فعالی. *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی مدرسه و آموزشگاه*. ۱۱(۴)، ۲۹-۱۶.

جنتیان، س، نوری، ا، شفتی، ع، مولوی، ح، و سماواتیان، ح. (۱۳۸۷). اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر شدت علائم اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه در دانش‌آموزان پسر ۹ تا ۱۱ ساله مبتلا به ADHD. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. ۶(۲)، ۱۱۸-۱۰۹.

حسین‌پورپاکزاد، م، و فرهادی، ه. (۱۴۰۲). اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری بر اعتیاد به بازی های رایانه‌ای، پرخاشگری و استرس تحصیلی در کودکان ۱۰ تا ۱۱ سال. *نشریه پرستاری کودک*. ۹(۴)، ۶۳-۵۲.

خوشایبی، ک، شمسایی، م، م، جدیدی، م، نیکخواه، ح، ر، بسته‌حسینی، ش، و ملک خسروی، غ. (۱۳۹۲). مقایسه تأثیر ریتالین، نوروفیدیک، آموزش مدیریت والدین و تعامل سه روش بر علائم کلی در اختلال بیش‌فعالی- نقص توجه و کیفیت رابطه مادر- فرزندی. *مجله پزشکی بالینی ابن سینا*. ۲۰(۲)، ۱۴۳-۱۳۳.

دروز، ا. (۲۰۰۹). ترکیب بازی درمانی با رفتار درمانی شناختی. مترجم، غزال رضائی (۱۴۰۲). تهران: انتشارات واینا.

زیبایی، ا، غلامی، ح، زارع، م، مهدیان، ح، یوری، م، و حارث آبادی، م (۱۳۹۲). تأثیر آموزش آفلاین بر کنترل خشم نوجوانان در مدارس راهنمایی دخترانه مشهد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*. ۵(۲)، ۳۸۵-۳۷۵.

شریفی درآمدی، پ، فتح آبادی، ر، بختیاروند، م، و احمدی، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی بازی درمانی با استفاده از شن بر رفتارهای چالشی و اضطراب کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با عملکرد بالا. *نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی*. ۱۰(۱)، ۱۴-۱.

شهائیان، آ، شهیم، س، بشاش، ل، و یوسفی، ف. (۱۳۸۶). هنجاریابی، تحلیل عاملی و پایایی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس درجه‌بندی کانرز برای کودکان ۶ تا ۱۱ ساله در شهر شیراز. *فصلنامه مطالعات روانشناختی*. ۳(۳)، ۹۸-۱۲۰.

عزیزی، ا، میردریکوند، ف، ا، و سپهوندی، م. ع. (۱۳۹۹). مقایسه تأثیر توانبخشی شناختی، نوروفیدیک و بازی درمانی بر حافظه فعال در دانش‌آموزان ابتدایی مبتلا به اختلال یادگیری خاص. *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*. ۳۱(۱)، ۴۱-۳۱.

عبداللهی‌بقرآبادی، ق، شریفی درآمدی، پ، و دولت آبادی، ش. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر شن درمانی بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان پسر ناشنوا. *فصلنامه علمی مطالعات روانشناختی*. ۶(۱)، ۱۳۴-۱۱۱.

علیزاده، ح. (۱۳۸۴). تبیین نظری اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی: الگوی بازداری رفتاری و ماهیت خودکنترلی. *فصلنامه علمی- پژوهشی کودکان استثنایی*. ۵(۳)، ۲۵۲-۲۳۱.

- current status, and future directions. *Review of Educational Research*. 87(1), 71-102.
- Mhalla, A., Guedria, A., Brahem, T., Amamou, B., Sboui, W., Gaddour, N., & Gaha, L. (2018). ADHD in tunisian adolescents: Prevalence and associated Factors. *Journal of Attention Disorder*. 22(2), 154-162.
- Morgensterns, E., Alfredsson, J., & Hirvikoski, T. (2016). Structured skills training for adults with ADHD in an outpatient psychiatric context: an open feasibility trial. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 8, 101-111.
- Nelson, W., & Finch, A. (2000). *Children inventory for angry*: Manual. Los Angeles, CA: Western Psychological Service.
- Porter, M. L., Hernandez-Reif, M., & Jessee, P. (2009). Play therapy: a review. *Early Child Developmental and Care*. 179(8), 1025-1040.
- Ray, D. C., Blanco, P. J., Sullivan, J. M., & Holliman, R. (2009). An exploratory study of child-centered play therapy with aggressive children. *International Journal of Play Therapy*. 18(3), 162-175.
- Stulmaker, H. L., & Ray, D.C. (2015). Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Children and Youth Services Review*. 57, 127-133.
- Sumathi, M., Cholli, N. G., & Nayak, S. (2019). Classification of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) considering diagnosis and treatment. *International Journal of Modern Education and Computer Science*. 6, 26-42.
- Chronis-Tuscano, A., Wang, C. H., Woods, K. E., Strickland, J., & Stein, M., A. (2017). Parent ADHD and evidence-based treatment for their children: review and directions for future research. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 45(3). 501-517.
- Conners, C. (1997). *Conners' parent rating scale: revised technical manual*. North Tonawanda (NY); Multi-Health Systems.
- Drewes, A. A. (2009). *Blending play therapy with cognitivebehavioral therapy: evidence-based and other effective treatments and and techniques*. John Wiley & Sons, Inc.
- El-Nagger, N. S., Abo-Elmagd, M. H., & Ahmed, H. I. (2017). Effect of applying play therapy on children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Nursing Education and Practice*. 7(5), 104-119.
- Khalife, N., Kantomaa, M., Glover, V., Tammelin, T., Laitinen, J., Ebeling, H., Hurtig, T., Javelin, M. R., & Rodriguez, A. (2014). Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms are risk factors for obesity and physical inactivity in adolescence. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 53(4), 425-436.
- Klingberg, T., Forssberg, H., & Westerberg, H. (2002). Training of working memory in children with ADHD. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 24(6), 781-791.
- Merrill, K. L., Smith, S. W., Cumming M. M., & Daunic, A. P. (2017). A review of social problem- solving interventions: Past finding,

---

## Effectiveness of cognitive behavioral game therapy on attention deficit and aggression in children with attention deficit hyperactivity disorder

---

Zohreh Sorkhy\*  
Parviz sharifidaramadi\*\*

---

### Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of cognitive behavioral game therapy on attention deficit and aggression in children with attention deficit hyperactivity disorder. The present research method was a semi-experimental type with a pretest-posttest design with a control group. The study's statistical population included 60 children with attention deficit hyperactivity disorder (45 boys and 15 girls) who were officially diagnosed by a psychoanalyst and a psychologist at Negah Novin Occupational Therapy Center in district 12 of Tehran city in 2023. The sample size of 30 these children (10 girls and 20 boys) were selected by purposeful sampling. Children were randomly divided into two experimental (n =15) and control (n =15) groups. The instruments were the Conners Parent Rating Scale (CPRS) and the Nelson and Finch Children inventory for angry (CIA). The experimental group received a cognitive behavioral therapy intervention program for ten sessions of forty-five minutes, while the control group did not receive any intervention. Data analysis was performed by SPSS-24 software using descriptive statistics and covariance analysis methods. The results showed that the intervention program of cognitive behavioral game therapy had a significant effect on attention deficit ( $F_{1,27}=15.651$ ,  $P<0.01$ ) and aggression subscales that includes frustration ( $F_{1,24}=14.501$ ,  $P<0.01$ ), aggression body ( $F_{1,24}=14.711$ ,  $P<0.01$ ), Relationships with Peers ( $F_{1,24}=8.476$ ,  $P<0.01$ ), Relationships with Authority Figures ( $F_{1,24}=7.953$ ,  $P<0.01$ ). The findings of the present study indicated that therapists can improve the attention deficit and aggression of these children by including cognitive behavioral play therapy in the educational programs of children with attention deficit hyperactivity disorder.

**Keywords:** *cognitive behavioral game therapy, aggression, children with attention deficit hyperactivity disorder, attention deficit.*

---

\* MA, Department of Exceptional Children Psychology, Psychology and Educational Sciences Faculty, University of Allameh- Tabatabaei, Tehran, Iran.

\*\* **Corresponding Author:** Professor, Department of Exceptional Children Psychology, Psychology and Educational Sciences Faculty, University of Allameh- Tabatabaei, Tehran, Iran. **Email:** sharifidaramadi@atu.ac.ir