

## اثربخشی بازی درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به نقص توجه بیش فعالی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۱۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۱۹

### خلاصه

**مقدمه:** بازی درمانی شکلی از رویکرد روان درمانی و ابزاری روانی-تشخیصی برای کودکان می باشد، هدف از این پژوهش بررسی اثر بازی درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به نقص توجه بیش فعالی بود.

**روش کار:** روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و گروه های کنترل و آزمایشی می باشد. جامعه آماری تحقیق را دانش آموزان مقطع ابتدایی مبتلا به نقص توجه بیش فعالی مراجعه کننده به مراکز اختلال و یادگیری منطقه ۲ تهران تشکیل دادند. روش نمونه گیری هدفمند بوده که براساس معیارهای ورود به تحقیق ۳۰ نفر انتخاب شدند که به صورت تصادفی ساده به ۲ گروه تجربی و کنترل تقسیم شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان کوای و پترسون (RBPC) - فرم تجدید نظر شده بود. آزمودنی ها طی ده جلسه اجرای بازی درمانی گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری را داشتند. جهت تجزیه و تحلیل داده های تحقیق از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. تمام عملیات آماری پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ با سطح معنی داری  $P < 0/05$  در نظر گرفته شد.

**نتایج:** نتایج پژوهش نشان داد که بین نمره های گروه آزمایش در پیش آزمون و پس آزمون به طور معناداری تفاوت وجود دارد ( $P < 0/001$ ). هم چنین تفاوت میانگین نمره های پس آزمون مشکلات رفتاری کودکان در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است ( $P \leq 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به نتایج تحقیق می توان گفت که بازی درمانی رویکرد و مداخله مناسب در جهت کاهش مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا به نقص توجه بیش فعالی می باشد.

**کلمات کلیدی:** بازی درمانی، مشکلات رفتاری، کودکان مبتلا به نقص توجه بیش فعالی

زهرا پیران کاشانی<sup>۱</sup>

علیرضا حاجی قاسمی\*<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، گروه روان شناسی،

واحد محلات، دانشگاه آزاد اسلامی، محلات، ایران.

<sup>۲</sup> گروه آموزش تربیت بدنی، دانشگاه فرهنگیان، صندوق پستی

۸۸۹-۱۴۶۶۵، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

Email:

hajghasemi\_alireza@cfu.ac.ir

## مقدمه

بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی (ADHD) به عنوان یک اختلال عصبی رشدی شناخته شده است (۱، ۲). تخمین زده می‌شود که تقریباً ۸ تا ۱۰ درصد از کودکان دارای ADHD هستند (۳). مغز پیام‌های دریافتی را از اندام‌های حسی بدن دریافت می‌کند و پیام‌های خروجی را به ماهیچه‌ها می‌فرستد (۴، ۵). در حالی که هر حس به طور مستقل عمل می‌کند، هماهنگی آنها امکان رفتارها و عملکرد سازگارانه مناسب را فراهم می‌کند. مشکلات یکپارچگی حسی می‌تواند توانایی کودکان را برای شرکت در فعالیت‌هایی که به آن نیاز دارد، مختل کند. کودکان مبتلا به ADHD معمولاً چالش‌هایی را در این زمینه تجربه می‌کنند (۶). نقص حسی به مشکلات یک یا چند حواس اشاره دارد. حساسیت بیش از حد حسی، کم‌پاسخی حسی، مشکلات تمایز حسی و جستجوی حسی انواع مختلف نقص حسی هستند (۷). کودکان مبتلا به ADHD ممکن است در دریافت و پردازش اطلاعات حسی با مشکلاتی مواجه شوند که منجر به چالش‌هایی در پاسخگویی مناسب به ورودی‌ها می‌شود (۸). این مشکلات می‌تواند بر عملکرد آنها در خانه، مدرسه و در موقعیت‌های اجتماعی تأثیر بگذارد (۹). علاوه بر درمان‌های دارویی، رویکردهای غیردارویی مختلفی برای مدیریت ADHD وجود دارد. یکی از این رویکردها، درمان یکپارچگی حسی است که هدف آن بهبود توانایی سیستم عصبی مرکزی برای پردازش اطلاعات است. درمان یکپارچگی حسی با تأثیر بر سیستم دهلیزی و عملکردهای سطح بالای مغز، هماهنگی و تفسیر ورودی‌های حسی را بهبود می‌بخشد و در نتیجه عملکرد تطبیقی خوبی دارد (۱۰).

بازی در قلب دوران کودکی است. این یک فرآیند پویا است که کودکان را قادر می‌سازد تا خود را به شیوه‌های خود بیان کنند، با کودکان دیگر در تماس باشند و اجتماعی شوند. بر خلاف بزرگسالان، بیان شفاهی افکار، مشکلات و سوالات خود برای کودکان کار آسانی نیست. آنها معمولاً از بازی برای بیان

نگرانی‌ها، ترس‌ها، خواسته‌های خود و برقراری ارتباط با محیط خود استفاده می‌کنند (۱۱، ۱۲). بازی به عنوان یک بیان آزاد و بی‌درد زندگی برای کودکان اهمیت حیاتی دارد، زیرا آنها می‌توانند تخیل خود را از طریق آن توسعه دهند. آنها همچنین به روش‌های جدیدی برای مشاهده زندگی روزمره راهنمایی می‌شوند. این راهی برای کاوش و شناخت هر دو دنیای درون و بیرون است. این جزء اساسی رشد کودکان است و به اندازه آغوش مادر اهمیت دارد (۱۳). بازی درمانی به عنوان استفاده سیستماتیک از یک مدل نظری تعریف می‌شود که یک فرآیند بین فردی را ایجاد می‌کند، که در آن درمانگران آموزش دیده از قدرت درمانی بازی برای کمک به کودکان برای پیشگیری یا رفع مشکلات روانی اجتماعی و دستیابی به رشد مطلوب استفاده می‌کنند. بازی درمانی شکلی از رویکرد روان درمانی کودکان و ابزاری روانی-تشخیصی است (۱۴، ۱۵). بازی درمانی شکلی از درمان است که درمانگر را ملزم می‌کند تا به سطح کودک بیاید و به زبان خودش صحبت کند. آشناترین شیوه بیان برای کودک بازی است. بنابراین، در این درمان، اسباب‌بازی‌ها مانند کلمات کودک هستند که از طریق آنها کودک تشویق می‌شود تا احساسات خود را کشف کند، آنها را درک و بپذیرد و علاوه بر آن با استفاده از تخیل ذاتی و ویژگی خلاقیت سنی خود، آنها را پردازش کند (۱۵-۱۷). این یک شکل منحصر به فرد از درمان برای کودکان است، و در عین حال، به زبانی ترجمه می‌شود که کودکان بتوانند آن را درک کنند و از زبان بازی استفاده کنند. بازی درمانی به دنبال ایجاد تعادل بین بازی نمادین و بیان زبانی است، به نحوی که متناسب با سن کودک و برای آنها مفید باشد (۱۸). بازی درمانی به طور گسترده‌ای برای درمان مشکلات عاطفی و اختلالات رفتاری کودکان استفاده می‌شود زیرا نیازهای رشد منحصر به فرد آنها را به طور کامل برآورده می‌کند. در اکثر کودکان زیر ۱۱ سال ظرفیت تفکر انتزاعی که پیش‌نیازی برای بیان یک کلمه با معنا و درک مسائل پیچیده، انگیزه و احساسات است، به طور کامل توسعه نیافته است (۱۹، ۲۰).

نداشتن بیماری جسمی یا روانی حاد، عدم وجود معلولیتی مثل نابینایی یا ناتوانی ذهنی. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: غیبت بیش از دو جلسه در پروتکل بازی درمانی، عدم تکمیل پرسشنامه ها، تمایل نداشتن به ادامه شرکت در مطالعه. به منظور رعایت اخلاق در پژوهش شرط اساسی رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، حفظ اطلاعات و اسرار شخصی شرکت کنندگان و خروج در هر مرحله از پژوهش در صورتی که فرایند درمان موجبات سلب آسایش روانی فرد را ایجاد می کرد لحاظ شد. برای جمع آوری اطلاعات و اندازه گیری متغیرها از ۲ ابزار بدین شرح استفاده شد. ۱) برگه اطلاعات جمعیت شناختی (۲) پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان کوای و پترسون (RBPC) - فرم تجدید نظر.

#### برگه اطلاعات جمعیت شناختی:

به منظور جمع آوری اطلاعات فردی و دموگرافیک آزمودنی ها، برگه اطلاعات فردی طراحی گردید که در آن سن، پایه تحصیلات، جهت ترسیم تصویر جمعیت شناختی آزمودنی ها تهیه و استفاده گردید.

#### پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان

##### کوای و پترسون (RBPC) - فرم تجدید نظر شده

این پرسشنامه ۲۸ سوال داشته و هدف آن بررسی مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان (اختلال سلوک، مشکلات توجه- ناپختگی، پرخاشگری اجتماعی، اضطراب- گوشه گیری) می باشد. برای نمره گذاری این پرسش نامه، سه نمره صفر، یک و دو به کار برده می شود. نمره دو به مشکل رفتاری که به صورت حاد دیده شود، نمره یک به مشکلاتی که صورت حاد ندارند و نمره صفر به عدم وجود مشکلات رفتاری داده می شود. بیشترین نمره به دست آمده برای هر خرده آزمون دو برابر شماره گویه ها در آن خرده آزمون و کمترین نمره برای هر خرده آزمون صفر می باشد. دامنه مشکلات فرد از صفر تا ۱۷۶ نوسان دارد.

این پرسشنامه دارای ۴ بعد اختلال سلوک، مشکلات توجه- ناپختگی، پرخاشگری اجتماعی و اضطراب- گوشه گیری می باشد. برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد مجموع امتیازات آن بعد را با هم جمع نموده و به منظور بدست آورد

رویکردهای مختلف معتقدند که استفاده از بازی یا محیط بازی، ویژگی اجتناب ناپذیر تشخیص و درمان کودکان است که مشکلات رفتاری و روانشناختی دارند؛ زیرا کودکان اغلب در بیان شفاهی احساساتشان با مشکل روبرو هستند. آنها می توانند از طریق بازی موانع را کاهش دهند و احساساتشان را بهتر نشان دهند (۲۱). بازی درمانی در درمان انواع اختلالات کودکان مثل افسردگی، اضطراب و مشکلات رفتاری استفاده شده و در بسیاری از موارد موثر ارزیابی شده است (۲۲). بازی یکی از پارامترهای اساسی رشد و بیان کودکان است و به همین دلیل است که استفاده از بازی درمانی به عنوان ابزاری اساسی برای پیشگیری و مقابله با مشکلات و معضلات پیش روی کودکان تلقی می شود (۱۵). بازی با تحریک قشر حسی و حرکتی ارتباطهای بسیاری بین منطقه لیمبیک و بخشهای بینایی، شنوایی و گفتاری برقرار نموده و با اثر گذاری متقابل مغز و دستگاه عصبی، کمیت و کیفیت پاسخ دهی رفتاری و عملکرد یادگیری و عصبی را افزایش می دهد (۲۳). بخصوص وقتی مداخلات درمانی مانند بازی درمانی و ترکیب آن با تمرینهای توانبخشی ارائه شود، بر این فرض استوار است که این دسته از درمان ها موجب بهبود مشکلات رفتاری و عاطفی کودک گردیده و سلامت روان کودک را در آینده و بازگشت به زندگی عادی تضمین می کند (۲۴). با توجه به مطالب ذکر شده محقق درصدد است تا به بررسی اثربخشی بازی درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به نقص توجه بیش فعالی بپردازد.

#### روش کار

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و گروه های کنترل و آزمایشی می باشد. جامعه آماری تحقیق را دانش آموزان مقطع ابتدایی مبتلا به نقص توجه بیش فعالی مراجعه کننده به مراکز اختلال و یادگیری منطقه ۲ تهران تشکیل دادند. روش نمونه گیری هدفمند بوده که براساس معیارهای ورود به تحقیق ۳۰ نفر انتخاب شدند که به صورت تصادفی ساده به ۲ گروه تجربی و کنترل تقسیم شدند. معیارهای ورود به تحقیق: بیش فعالی، تمایل به شرکت در پژوهش،

جلسه پنجم. هدف: آموزش افزایش دقت، توجه و تمرکز پایدار در دانش آموزان، تقویت حافظه. نوع بازی: بازی های مداد کاغذی مانند پیدا کردن تفاوت ها، ماز، دنبال کردن الگو، توپ و سبد، نخ کردن مهره

جلسه ششم. هدف: آموزش مشارکت و همکاری، برنامه ریزی و سازمان دهی، رعایت قوانین و تطابق با گروه، دفاع از خود، آشنایی با نقش های مختلف اجتماعی و انتظارات جامعه از هر یک از آنها. نوع بازی: خلق نمایشنامه و کارگردانی آن با عروسک های خیمه شب بازی و عروسک های پارچه ای (فردی و گروهی)

جلسه هفتم. هدف: مهارت شناختی (تصور، تجسم، خلاقیت، دقت، حافظه و یادآوری، حل مساله و برنامه ریزی). نوع بازی: بازی تغییر در جایگاه اشیاء، گل یا پوچ، کپی اشکال هندسی و پازل گروهی

جلسه هشتم. هدف: تقویت مهارت جسمانی، دفاع از خود در مواجهه با افراد قوی تر، رابطه و همکاری، آشنایی با مشاغل گوناگون در محیط زندگی، ایفای نقش های خانوادگی در موقعیت های مختلف اجتماعی. نوع بازی: خمیربازی گروهی، پانتومیم و نمایش خلاق

جلسه نهم. هدف: کنترل خشم و پرخاشگری، کاهش رقابت های منفی و افزایش مهارت های اجتماعی از جمله حس همکاری در کودکان. نوع بازی: بازی بادکنک های خشم، بازی صندلی ها

جلسه دهم. هدف: افزایش مهارت های مقابله با افکار ناراحت کننده و جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی. نوع بازی: قصه و داستان گویی از روی تصویر به صورت گروهی

### شیوه اجرای پژوهش

در ابتدا محقق در رابطه با نحوه برگزاری جلسات و تعداد آن ها برای شرکت کنندگان توضیحاتی داده شد و پیش آزمون اجرا گردید. پس از آن پژوهشگر مداخلات بازی درمانی را طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای در اتاق بازی درمانی مدرسه برای کودکان گروه آزمایش اجرا کرد. پژوهشگر خود در حوزه کار با کودکان استثنایی تخصص و در زمینه تدریس به کودکان

امتیاز کلی پرسشنامه مجموع امتیازات تک تک سوالات را محاسبه نماید. امتیاز بالاتر نشان دهنده اختلال رفتاری بیشتر و نمرات بالاتر در هر بعد، نشان دهنده بیشتر بودن اختلال مربوط به آن بعد در فرد مورد نظر می باشد و برعکس.

در پژوهش شهیم و همکاران (۲۰) رویی پرسشنامه هوای و پترسون به روش همبستگی گویه ها با نمره کل، تحلیل عوامل و همبستگی بین نمرات پرسشنامه با نمرات پرسشنامه رفتار کودک راتر (۰/۸۸) بدست آمد و تحلیل عوامل با مؤلفه های اصلی و سپس چرخش واریماکس، استخراج چهار عامل با ارزش ویژه بیشتر از یک را در پی داشت که عبارتند از: اختلال سلوک، مشکلات توجه- ناپختگی، پرخاشگری اجتماعی و اضطراب- گوشه گیری. به منظور محاسبه پایایی آن از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید که بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۷ بود.

### بازی درمانی گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری

جلسه اول. هدف: معارفه و آشنایی دانش آموزان با یکدیگر، محیط بازی و درمانگر و ایجاد دوستی و غنی سازی روابط و انسجام در گروه، توضیح قوانین گروه برای آنها، به دست آوردن خط پایه قابلیت ها و توانایی های کلامی و عملی دانش آموزان. نوع بازی: کاردستی گروه

جلسه دوم. هدف: آموزش شناسایی هیجانات (مثبت و منفی). معرفی حالات چهره ای چون شادی، ناراحتی، خشم، ترس، تعجب، هیجان و ...؛ نوع بازی: پاکن کلمات احساسی نیمه تمام (در مقابل آینه)، کارت های آموزشی

جلسه سوم. هدف: آموزش مهارت های آرام سازی، فضا سازی برای تخلیه هیجانی و فاصله گرفتن از موقعیت های اضطراب، خشم و پرخاشگری، توانمندساختن کودک در برون فکنی احساسات، افزایش قدرت همدلی و درک دیگران. نوع بازی: جاب سازی، کار با گل، رنگ آمیزی با انگشت

جلسه چهارم. هدف: بیان ناکامی ها و مشکلاتی که کودک را ناراحت و اذیت می کند (در محیطی لذت بخش)، بیان عصبانیت در محیطی امن. نوع بازی: کریکت (بازی احساسی ضربه به توپ)، قوطی نگرانی، ترسیم منظره زیبا و منظره زشت زندگی کودک، جعبه خشم

وجود نداشت. همچنین دانش آموزان بیش فعال در دو گروه از نظر پایه تحصیلی تفاوت معناداری نداشتند.

به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره برای تعیین معناداری تفاوت میان دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شد. با وجود این، ابتدا برای بررسی پیش فرض‌های طبیعی بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس متغیرها از آزمون شاپیرو-ویلک و آزمون لون استفاده گردید.

نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که متغیر مشکلات رفتاری دارای توزیع نرمال هستند ( $P \leq 0/05$ )، همچنین نتایج آزمون لون نشان می‌دهد که واریانس متغیر مشکلات رفتاری دو گروه برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنادار ندارند ( $P > 0/05$ ). لذا فرضیه همسانی واریانس‌های بین دو گروه نیز رعایت شده است.

ADHD فعالیت داشت و اجرای برنامه بازی‌درمانی را خود به عهده گرفت و در تکمیل پرسش‌نامه‌ها از یکی دیگر از معلمان این کودکان کمک گرفته شد. پس از اتمام مداخله در دو گروه، بار دیگر پرسش‌نامه‌ها تکمیل شدند. در پایان فرایند پژوهش، افراد گروه کنترل نیز تحت مداخلات بازی‌درمانی قرار گرفتند.

#### روش‌های آماری

پس از کسب اطمینان از طبیعی بودن توزیع داده‌های وزنی با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، برای بررسی تجانس واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. سپس از تحلیل کوواریانس برای تغییرات بین گروهی در داده‌های کمی استفاده شد. تمام عملیات آماری پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ و سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

#### نتایج

سن افراد گروه آزمایش و کنترل در محدوده‌ی ۸ تا ۱۱ سال بود. بین سن افراد گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری

جدول ۱. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر مشکلات رفتاری

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	p-value	اندازه اثر
گروه	۱۰۶/۱۲	۱	۱۰۶/۱۲	۲۴/۷۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۳
خطا	۹۶/۷۱	۲۱	۴/۳۳			
کل	۱۷۵۴۱۵	۲۴				

جدول ۲. میانگین تعدیل شده پس از آزمون مشکلات رفتاری

متغیر وابسته	گروه	میانگین تعدیل شده	خطای استاندارد
مشکلات رفتاری	آزمایش	۷۶/۱۲	۰/۶۱
	کنترل	۸۰/۱۳	۰/۶۱

حوزه شناخته شده و پذیرفته شده است، صرف نظر از اینکه کاربرد آن به طور گسترده منتشر نشده باشد. دانش نظری قوی این درمان و کاربرد آن در تشخیص مناسب، پیش نیازهای ضروری برای اجرای صحیح و مؤثر آن است، زیرا هرگونه مشکل گزارش شده توسط متخصصان بهداشت (کمبود زمان) قابل رفع است. بازی درمانی همچنین یک زمینه تحقیقاتی و مطالعه عظیمی است که در مورد همه کسانی که در مراقبت از کودکان دخیل هستند، می باشد (۱۵).

کودک این توانایی را دارد که از بین مواد و اسباب بازی های بسیار متنوعی مانند ماسه، خاک رس، عروسک ها، پازل ها و غیره انتخاب کند که چه کاری انجام دهد. درمانگر او را تشویق می کند تا آزمایش کند و آزادانه خود را بیان کند. کودک تحت نظر است، مورد توجه قرار می گیرد، به او محرک داده می شود و به او کمک می شود تا بازی کند. در طول بازی، کودک یک محیط امن ایجاد می کند که در آن می تواند در چیزی سخت، "بد"، خطرناک، بدون اینکه واقعاً تهدید شود، افراط کند، زیرا این بخشی از قرارداد بازی است. بازی درمانگر بازی کودک را تسهیل می کند، او را قادر می سازد تا نقش ها را بازی کند، استانداردها را توسعه دهد و جایگزین ها را کشف کند. بازی درمانی و مداخلات ویژه، رفتارهای کودک را که مشکل ساز تلقی می شود، روشن می کند، تفسیر می کند و مانع رشد طبیعی فکری و ذهنی او می شود. هدف بازی درمانی این است که این رفتارها را تغییر دهد، آنها را از بین ببرد یا حتی حالتی کمتر ناکارآمد به خود بگیرد. بازی درمانگر با همکاری تیمی از درمانگران کار می کند. همانطور که کودک در خانواده رشد می کند، که در آن جو عاطفی توسط کیفیت روابط تعیین می شود، ضروری است که والدین با یک درمانگر بزرگسال متخصص همکاری کنند. بازی ترجیحاً در خانه کودک انجام شود، اما می تواند در محیط درمانگر، حتی در بیمارستان، در مکان خاصی در طول درمان او، به عنوان مثال، در طول درمان انجام شود (۱۵). شرط اساسی بازی درمانی این است که فقط با رضایت کودک قابل اجرا باشد نه به این دلیل که والدین او تصمیم گرفته اند. علاوه بر این، مدت آن به نیازهای کودک بستگی دارد (۳۴-۳۶). با توجه به اینکه نوع

همانطور که مشاهده می شود نتایج جدول های بالا نشان می دهد که پس از کنترل اثر پیش آزمون، تفاوت نمره های پیش آزمون-پس آزمون دو گروه برای متغیر مشکلات رفتاری معنادار است و میانگین نمره های گروه آزمایش در متغیر مشکلات رفتاری نیز به طور معناداری کمتر از گروه کنترل است ( $p < 0.001$ ). بنابراین می توان گفت که اثر بازی درمانی به طور معناداری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان ADHA اثربخش بوده است. از این-رو، فرضیه پژوهش معنادار است.

### بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثر بازی درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به نقص توجه بیش فعالی بود. نتایج نشان داد که بازی درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به نقص توجه بیش فعالی اثر گذار بوده است. نتایج این فرضیه با نتایج پژوهش های ترابی مخصوص (۲۵)، تیموریان و همکاران (۲۶)، ناگر و همکاران (۲۷) هم سو بود.

در بازی درمانی، بازی به عنوان وسیله ای برای ارتباط کودک-درمانگر بر این اساس تلقی می شود که کودک از مواد بازی برای بیان مستقیم یا نمادین احساسات، افکار و تجربیات خود استفاده می کند (۲۸-۳۰).

در تبیین یافته های این فرضیه می توان گفت که بازی یک نوع سازگاری ایجاد می کند (۳۱)، با توجه به اینکه بازی همیشه همراه با لذت می باشد، انگیزه های درونی کودکان برای ادامه بازی همیشه پایدار می باشد (۳۲). در مواردی که مشکلاتی بین کودکان پیش می آید، با توجه به گذرا بودن و تعامل بین آنها، رفتارهای آنها را تحت تاثیر قرار می دهد. در کودکان بیش فعال این ارتباط و تعامل به دلیل تضادهایی که با دیگر افراد و حتی طیف بیش فعال ها هم ایجاد می شود بیشتر می باشد و در این راستا بازی های هدف دار می تواند یک نوع حل مشکل رفتاری باشد. مشکلات رفتاری مانند گوشه گیری و کم رویی، ناسازگار بودن، رئیس بودن در بروز هیجانات بازی رو به بهبود خواهد بود (۳۳). امروزه بازی درمانی جایگزین مهمی برای مداخله مؤثر در مشکلات عمده مرتبط با کودک است. اصول اجرای آن و ارزش استفاده از آن توسط همه متخصصان این

## تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بدین وسیله از تمامی کسانی که در راستای اجرای این تحقیق همکاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را دارند.

## تعارض منافع

این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

بازی با توجه به تفاوت های افراد می تواند در میزان علاقه مندی کودکان به بازی متفاوت باشد پیشنهاد می گردد تحقیقی به بررسی بازی های مورد علاقه کودکان ADHD با توجه به سطوح سنی افراد پردازد. تفاوت های فرهنگی و طبقاتی و همچنین میزان انگیزه افراد در پاسخگویی به پرسشنامه ها از محدودیت های تحقیق بود.

## References

1. Pordel H, Mahmood Lilo M, Tajvar A, Hejazipor M. Effectiveness of children's management skills training in decrease of attention deficit hyperactivity disorder. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2012;7(26):67-76.
2. American Psychiatric Association A, Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV: American psychiatric association* Washington, DC; 1994.
3. Zare Bahramabadi M, Ganji K. The study of prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and it's comorbidity with learning disorder (LD) in primary school's students. *Journal of Learning Disabilities*. 2014;3(4):25-43.
4. Bressler SL. The function of neurocognitive networks. Comment on "Understanding brain networks and brain organization" by Pessoa. *Physics of Life Reviews*. 2014;11(3):438-9.
5. Taylor JL, Amann M, Duchateau J, Meeusen R, Rice CL. Neural contributions to muscle fatigue: from the brain to the muscle and back again. *Medicine and science in sports and exercise*. 2016;48(11):2294.
6. Goetz M, Schwabova JP, Hlavka Z, Ptacek R, Surman CB. Dynamic balance in children with attention-deficit hyperactivity disorder and its relationship with cognitive functions and cerebellum. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2017:873-80.
7. Ghanizadeh A. Sensory processing problems in children with ADHD, a systematic review. *Psychiatry investigation*. 2011;8(2):89.
8. Shimizu VT, Bueno OF, Miranda MC. Sensory processing abilities of children with ADHD. *Brazilian journal of physical therapy*. 2014;18:343-52.
9. Kumari Sahoo S, Senapati A. Effect of sensory diet through outdoor play on functional behaviour in children with ADHD. *Indian Journal of Occupational Therapy (Indian Journal of Occupational Therapy)*. 2014;46(2).
10. Lane SJ, Mailloux Z, Schoen S, Bundy A, May-Benson TA, Parham LD, et al. Neural foundations of ayres sensory integration®. *Brain sciences*. 2019;9(7):153.
11. Ginsburg KR, Child CoPAo, Health F. The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. *Pediatrics*. 2007;119(1):182-91.
12. Kourkouta L, Papathanasiou IV. Communication in nursing practice. *Materia socio-medica*. 2014;26(1):65.
13. Boucher S, Downing J, Shemilt R. The role of play in children's palliative care. *Children*. 2014;1(3):302-17.
14. Lawver T, Blankenship K. Play therapy: A case-based example of a nondirective approach. *Psychiatry (Edgmont)*. 2008;5(10):24.

15. Koukourikos K, Tsaloglidou A, Tzaha L, Iliadis C, Frantzana A, Katsimbeli A, et al. An overview of play therapy. *Materia socio-medica*. 2021;33(4):293.
16. Baggerly J, Jenkins WW. The effectiveness of child-centered play therapy on developmental and diagnostic factors in children who are homeless. *International Journal of Play Therapy*. 2009;18(1):45.
17. Russ SW. Pretend play: a resource for children who are coping with stress and managing anxiety. *NYS Psychologist*. 2007;19(5):13-7.
18. Kool R, Lawver T. Play therapy: Considerations and applications for the practitioner. *Psychiatry (Edgmont)*. 2010;7(10):19.
19. Hubbuck C. *Play for sick children: Play specialists in hospitals and beyond*: Jessica Kingsley Publishers; 2009.
20. Piaget J. *Play, dreams and imitation in childhood*: Routledge; 2013.
21. Pedro-Carroll JL, Jones SH. *A Preventive Play Intervention to Foster Children's Resilience in the Aftermath of Divorce*: American Psychological Association; 2005.
22. Hansen S, Meissler K, Ovens R. Kids together: A group play therapy model for children with ADHD symptomatology. *Journal of child and adolescent group therapy*. 2000;10:191-211.
23. Ratey JJ. *Spark: The revolutionary new science of exercise and the brain*: Hachette UK; 2008.
24. Yuen T, Landreth G, Baggerly J. Filial therapy with immigrant Chinese families. *International journal of play therapy*. 2002;11(2):63.
25. Torabi Makhsoos S. Comparison of effectiveness of individual play therapy and play therapy with family therapy on behavioral problems' reduction in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Biannual Journal of Applied Counseling*. 2016;5(2):23-36.
26. Teimourian S, Mirzaei H, Pishyare E, Hosseinzadeh S. Effect of Group Play Therapy on Emotional/Behavioral Problems of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder Aged 6-12 Years. *Archives of Rehabilitation*. 2020;21(3):390-405.
27. El-Nagger NS, Abo-Elmagd MH, Ahmed HI. Effect of applying play therapy on children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of nursing education and practice*. 2017;7(5):104.
28. Kottman T. *Play therapy: Basics and beyond*: John Wiley & Sons; 2014.
29. Schaefer CE. *Foundations of play therapy*: John Wiley & Sons; 2011.
30. Landreth GL. *Play therapy: The art of the relationship*: Routledge; 2012.
31. Ray DC. Culturally and linguistically responsive play therapy: Adapting child-centered play therapy for deaf children. *International Journal of Play Therapy*. 2019;28(2):79.
32. Schaefer CE, Drewes AA. The therapeutic powers of play and play therapy. *Blending play therapy with cognitive behavioral therapy: Evidence-based and other effective treatments and techniques*. 2009:3-15.
33. Jafari N, Mohammadi MR, Khanbani M, Farid S, Chiti P. Effect of play therapy on behavioral problems of maladjusted preschool children. *Iranian journal of psychiatry*. 2011;6(1):37.
34. Kaduson HG, Schaefer CE. *Short-term play therapy for children*: Guilford Press; 2006.
35. Gallo-Lopez L, Schaefer CE. *Play therapy with adolescents*: Jason Aronson; 2010.
36. Menassa BM. Theoretical orientation and play therapy: Examining therapist role, session structure, and therapeutic objectives. *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory & Research*. 2009;37(1):13-26.



*Original Article***The effectiveness of play therapy on behavioral problems of children with attention deficit hyperactivity disorder**

Received: 03/12/2022 - Accepted: 08/02/2023

Zahra Piran Kashani<sup>1</sup>  
Alireza Hajighasemi<sup>2\*</sup><sup>1</sup> MA student, Department of General Psychology, Mahalat Branch, Islamic Azad University, Mahalat, Iran<sup>2</sup> Department of Physical Education, Farhangian University, P.O. Box 14665-889, Tehran, Iran  
(Corresponding Author)

Email:

hajghasemi\_alireza@cfu.ac.ir

**Abstract****Introduction** Considering that play therapy is a form of psychotherapy approach and a psycho-diagnostic tool for children, the purpose of this study was to investigate the effect of play therapy on the behavioral problems of children with attention deficit hyperactivity disorder.**Methods:** The research method is semi-experimental with pre-test, post-test and control and experimental groups. The statistical population of the research was made up of Elementary school students suffering from attention deficit hyperactivity disorder who referred to the centers of learning and disorder in the 2nd district of Tehran. The sampling method was purposeful, and based on the research entry criteria, 30 people were selected and divided into 2 experimental and control groups in a simple random manner. The research tool included Covey and Patterson Behavioral Problems Questionnaire (RBPC) - revised form. Subjects had ten sessions of group play therapy with a cognitive-behavioral approach. Analysis of covariance test was used to analyze the research data. All statistical operations of the research were considered using SPSS version 25 software with a significance level of  $P < 0.05$ .**Results:** The research results showed that there is a significant difference between the scores of the experimental group in the pre-test and post-test ( $p < 0.05$ ). Also, the difference in the mean scores of the post-test of children's behavioral problems in the two experimental and control groups is significant ( $P \geq 0.05$ )**Conclusion:** According to the research results, it can be said that play therapy is a suitable approach and intervention to reduce behavioral problems in children with attention deficit hyperactivity disorder.**Keywords:** Play Therapy, Behavioral Problems, Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder