

## Research Paper: The Effectiveness of Play Therapy Based on Cognitive-Behavioral Model: Behavioral Problems and Social Skills of Pre-School Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder



\***Mohammad Ashori**<sup>1</sup>, **Fatemeh Dallalzadeh Bidgoli**<sup>2</sup>

1. Department of Psychology and Education of Children With Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.  
2. Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.



**Citation:** Ashori M, Dallalzadeh Bidgoli F. [The Effectiveness of Play Therapy Based on Cognitive-Behavioral Model: Behavioral Problems and Social Skills of Pre-School Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Persian)]. Archives of Rehabilitation. 2018; 19(2):102-115. <http://dx.doi.org/10.32598/rj.19.2.102>

 <http://dx.doi.org/10.32598/rj.19.2.102>

Received: 09 Feb 2018

Accepted: 01 May 2018

### ABSTRACT

**Objective** Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is widely recognized as one of the most common neurodevelopmental disorders affecting children due to which they are frequently referred to clinics for their behavioral problems. Adding to their behavioral problems, many children with ADHD also have socialization with their parents, siblings and teachers. The long-lasting nature of ADHD easily results in social isolation. Thus, many children and adults with ADHD make few friends, even though they may desperately want to be liked. This can establish a vicious cycle in which they attempt to make new friends by latching onto people, with the least chance for interaction with others. It seems that play therapy could reduce behavioral problems and improve social skills of children with ADHD. The purpose of the present study was to investigate the efficacy of play therapy, based on the cognitive-behavioral model, on the behavioral problems and social skills of pre-school children with attention deficit hyperactivity disorder.

**Materials & Methods** A semi-experimental study with pre-test and post-test design was conducted with 30 male participants, aged 5–6 years. These participants with ADHD were selected using an available method from the pre-school centers of Aran and Bidgol cities. The participants were divided into experimental and control groups, each group consisting of 15 children. The experimental group received 12 sessions of play therapy based on the cognitive-behavioral model while the control group did not have any sessions. The experiments were conducted using the Rutter child behavior questionnaire for parents (1975) and social skills rating scale of Gresham and Elliott (1990). Problem behavior questionnaires were completed by parents, and social skills rating scale was completed by teachers for all subjects during pre-test and post-test. Data collected before and after the training sessions were analyzed by multivariate analysis of covariance (MANCOVA) using the SPSS software V. 23.

**Results** Normality of variables and contingency of variance and covariance assumptions were tested. The Kolmogorov-Smirnov test showed that all variables were normal ( $P > 0.05$ ). The Box test confirmed the contingency of variance-covariance assumption. The results of MANCOVA showed that play therapy based on the cognitive-behavioral model had a significant effect on the behavioral problems and social skills of children with attention deficit hyperactivity disorder ( $P < 0.0001$ ). It also had a significant effect on all the subscales of behavioral problems (aggression and hyperactivity, anxiety and depression, social maladjustment, antisocial behaviors, and attention shortage) and social skills (cooperation, self-assertiveness, and self-control) ( $P < 0.0001$ ) in these children. It can be stated that according to Eta square, 70%, 51%, 62%, 66%, 68%, and 67% of variations in components such as aggression and hyperactivity, anxiety and depression, social maladjustment, antisocial behaviors, attention shortage, and behavioral problems, respectively, can be explained by the subjects' participation in the play therapy program. Also, according to Eta square, 69%, 58%, 52%, and 61% of variations in components such as cooperation, self-assertiveness, self-control, and social skills respectively, can be explained by the subjects' participation in the play therapy.

**Conclusion** Play therapy based on the cognitive-behavioral model can reduce behavioral problems and improve the social skills of children with attention deficit hyperactivity disorder. It is recommended that serious attention be paid while planning play therapy for children.

#### Keywords:

Play therapy, Behavioral problems, Social skills, Attention deficit hyperactivity disorder

#### \* Corresponding Author:

**Mohammad Ashori, PhD**

**Address:** Department of Psychology and Education of Children With Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

**Tel:** +98 (31) 37932548

**E-Mail:** m.ashori@edu.ui.ac.ir

## اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش دبستانی با اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی

\* محمد عاشوری<sup>۱</sup>، فاطمه دل‌زاده بیدگلی<sup>۲</sup>

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

۲- گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

### چکیده

تاریخ دریافت: ۲۰ بهمن ۱۳۹۶  
تاریخ پذیرش: ۱۱ اردیبهشت ۱۳۹۷

**هدف:** اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلال‌ها شناخته شده است که یکی از دلایل اصلی ارجاع کودکان به کلینیک‌ها به خاطر مشکلات رفتاری است. کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی، علاوه بر مشکلات رفتاری و اجتماعی، با والدین، برادران و خواهران هم مشکل دارند. ماهیت پایدار طرد اجتماعی به‌آسانی سبب انزوای اجتماعی می‌شود. در نتیجه کودکان و بزرگسالان با اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی، دوستان کمی دارند. اگرچه آن‌ها ناامید هستند ولی می‌خواهند مورد دوست داشتن قرار گیرند. آن‌ها با جور شدن تلاش می‌کنند تا دوستانی پیدا کنند ولی تلاش آن‌ها، شانس‌شان را برای تعامل با دیگران به حداقل می‌رساند و چرخه معیوبی را ایجاد می‌کند. به نظر می‌رسد بازی درمانی بتواند مشکلات رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی را کاهش دهد و مهارت‌های اجتماعی آن‌ها را بهبود بخشد. بازی یکی از روش‌های درمان کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی است، چراکه این کودکان با مشکلاتی در رفتار و مهارت‌های اجتماعی مواجه هستند. پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش دبستانی با اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی در شهرستان آران و بیدگل انجام شد.

**روش بررسی:** این پژوهش، یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه شاهد بود. در این پژوهش ۳۰ پسر ۵ تا ۶ ساله با اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی شرکت داشتند که به روش نمونه‌گیری در دسترس از مراکز پیش‌دبستانی شهرستان آران و بیدگل انتخاب شده بودند. آزمودنی‌ها به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و شاهد تقسیم شدند. گروه آزمایش، بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری را در ۱۲ جلسه دریافت کردند، در حالی که به گروه شاهد این آموزش ارائه نشد. ابزارهای استفاده‌شده در این پژوهش پرسش‌نامه مشکلات رفتاری راتر-فرم والدین (۱۹۷۵) و مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی گرشام و الیوت (۱۹۹۰) بود. والدین پرسش‌نامه مشکلات رفتاری راتر و معلمان مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی گرشام و الیوت را برای آزمودنی‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. اطلاعات به‌دست‌آمده از پرسش‌نامه، قبل و بعد از مداخله با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و نسخه ۲۳ نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** در ابتدا مفروضه‌های طبیعی بودن و همگنی واریانس و کوواریانس متغیرها ارزیابی شد. آزمون کلموگروف اسمیرنوف حاکی از آن بود که همه متغیرها طبیعی هستند ( $P > 0.05$ ). آزمون باکس هم فرض همگنی واریانس و کوواریانس را تأیید کرد. بنابراین مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری برقرار است و می‌توان برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از این آزمون آماری استفاده کرد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری اثر معناداری بر مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی داشت ( $P < 0.001$ ). همچنین نتایج بیانگر اثر معنادار بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر همه خرده‌مقیاس‌های مشکلات رفتاری (پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضداجتماعی، کمبود توجه) و مهارت اجتماعی (مشارکت، ابراز وجود، مهار خود) در این کودکان بود ( $P < 0.001$ ). بر اساس مجذور اتا می‌توان عنوان کرد به ترتیب ۷۰، ۵۱، ۶۲، ۶۶، ۶۸ و ۶۷ درصد از تغییرات هر یک از مؤلفه‌های پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضداجتماعی، کمبود توجه و مشکلات رفتاری به علت اثر مشارکت آزمودنی‌ها در برنامه بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری است. همچنین با توجه به مجذور اتا می‌توان بیان کرد که به ترتیب ۶۹، ۵۸، ۵۲ و ۶۱ درصد از تغییرات هر یک از مؤلفه‌های مشارکت، ابراز وجود، مهار خود و مهارت‌های اجتماعی از شرکت کودکان پیش‌دبستانی با اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی در برنامه بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری ناشی می‌شود.

**نتیجه‌گیری:** بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری می‌تواند مشکلات رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی را کاهش دهد و مهارت‌های اجتماعی آن‌ها را بهبود بخشد. بنابراین، برنامه‌ریزی به منظور استفاده از بازی درمانی برای کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی اهمیت ویژه‌ای دارد.

### کلیدواژه‌ها:

بازی درمانی، مشکلات رفتاری، مهارت‌های اجتماعی، اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی

\* نویسنده مسئول:

دکتر محمد عاشوری

نشانی: اصفهان، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص.

تلفن: +۹۸ (۳۱) ۳۷۹۳۲۵۴۸

رایانامه: m.ashori@edu.ui.ac.ir

## مقدمه

توجه-بیش‌فعالی به قدری زیاد است که افراد در حال تلاش برای دوستی با آن‌ها، از این کار دست برمی‌دارند [۱۲]. افراد علاقه خود را نسبت به کسانی که به تماس اجتماعی پاسخ مطلوبی نمی‌دهند یا مهارت‌های اجتماعی ضعیفی دارند از دست می‌دهند، چون روابط عاطفی نزدیک بر پایه پاسخ‌های اجتماعی دوجانبه شکل می‌گیرد [۱۳].

مهارت‌های اجتماعی کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی ضعیف‌تر از همسالان عادی آن‌هاست. این کودکان شناخت اجتماعی ضعیفی دارند [۱۰]. مهارت‌های اجتماعی به عنوان مهارت‌های ضروری برای انطباق با نیازهای اجتماعی و حفظ روابط بین‌فردی رضایت‌بخش تعریف می‌شود [۱۴]. یادگیری مهارت‌های اجتماعی بخشی از مسئله اجتماعی شدن در کودکان است. اجتماعی شدن جریانی است که در آن هنجارها، مهارت‌ها، انگیزه‌ها، نگرش‌ها و رفتار فرد شکل می‌گیرد [۱۵]. مهارت‌های اجتماعی بیانگر مجموعه پیچیده‌ای از مهارت‌هاست که شامل ارتباط، حل مسئله، تصمیم‌گیری، خودمدیریتی، جرئت‌ورزی، تعامل با همسالان و گروه می‌شود [۱۶] و سه مؤلفه مشارکت، ابراز وجود و مهار خود را دربر می‌گیرد [۱۷].

بیشتر کودکان در ارتباط با اطرافیان (والدین، خواهران، برادران و همسالان) این مهارت‌ها را بدون تلاش و به‌طور خودبه‌خود یاد می‌گیرند [۱۸]. ولی کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی در این زمینه مشکلاتی دارند؛ به همین دلیل بیشتر این کودکان با عکس‌العمل‌های منفی از سوی بزرگسالان و کودکان دیگر روبه‌رو می‌شوند. کودکانی که مهارت اجتماعی مطلوبی دارند و مشکلات رفتاری عمده‌ای ندارند، در ایجاد رابطه با همسالان و یادگیری در محیط آموزشی موفق‌تر از کودکانی هستند که این مهارت را ندارند؛ چرا که مهارت‌های اجتماعی ناکافی و مشکلات رفتاری عمده سبب ایجاد روابط بین‌فردی ضعیف و رشد اجتماعی نامطلوب می‌شود [۱۹]. مشکلات رفتاری و نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی در دوره انتقال از دبستان به دوره تحصیلی بعدی بیشتر می‌شود [۲۰]. والدین نیز به مشکلات رفتاری قابل توجه کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی خود اذعان دارند [۲۱].

با توجه به اینکه عوامل مختلفی در مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی مؤثر هستند، روش‌ها و برنامه‌های آموزشی و درمانی متفاوتی را می‌طلبند. بازی‌درمانی<sup>۵</sup> از جمله روش‌هایی است که در بین انواع روش‌های توان‌بخشی به لحاظ تربیتی، درمانی، آموزشی و به‌ویژه کاهش مشکلات رفتاری و کسب مهارت‌های اجتماعی ارزش زیادی دارد [۱۱]. بازی‌درمانی یکی از روش‌های درمان مشکلات رفتاری کودکان است که دنیای درونی و بیرونی کودک را به همدیگر

اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی<sup>۱</sup>، اختلال در بازداری رفتار است که با توانایی انتظار کشیدن، متوقف کردن پاسخ یا عدم پاسخ به رویدادها ارتباط دارد [۱]. به بیان دیگر، اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی یک اختلال رشدی عصبی و زیست‌شیمیایی مزمن است که به مشکلات مربوط به توانایی فردی به منظور تنظیم و بازداری رفتار و توجه پایدار در تکالیف اشاره دارد. همچنین بازداری شامل بازداری حرکتی، به تأخیر انداختن خوشایندی‌ها و تغییر توجه نسبت به محرک‌های محیطی می‌شود [۲]. اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی دارای سه زیرگروه نوع غالب نارسایی توجه، نوع غالب بیش‌فعالی و نوع ترکیبی است [۳]. این اختلال ۵ تا ۱۰ درصد از کودکان و نوجوانان و ۳ درصد از بزرگسالان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به طور کلی ۳۰ تا ۷۰ درصد از کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، علائم این اختلال را در بزرگسالی نیز از خود نشان می‌دهند [۴].

اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی اختلالی مزمن و شایع است که با سطح فعالیت نامناسب رشدی، تحمل کم محرومیت، ناتوانی در حفظ توجه و تمرکز، تکانش‌گری<sup>۲</sup> و رفتارهای کم‌سازمان‌یافته و آشفتگی مشخص می‌شود [۵]. معمولاً کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی مشکلات رفتاری<sup>۳</sup> عمده‌ای دارند و در مهارت‌های اجتماعی<sup>۴</sup> با چالش‌های زیادی مواجه هستند [۶].

مشکلات رفتاری کودکان در سال‌های اولیه زندگی با رفتار و ارتباط منفی مادر و استرس او در ارتباط است [۷] و از این طریق رفتار مشکل‌ساز کودک موجب کاهش اعتماد به نفس مادر می‌شود [۸]. در حقیقت، مشکلات رفتاری کودکان به طور عمیقی بر روابط و کنش‌های خانواده اثر می‌گذارد [۹]. کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی در عملکردهای اجتماعی با چالش‌های قابل توجهی مواجه هستند. آن‌ها به راحتی از طرف همسالان خود طرد می‌شوند [۱۰]. یک خطر بسیار واقعی این است که کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی در مارپیچ تعامل‌های منفی گرفتار خواهند شد که به نحو فزاینده‌ای از طرف معلمان و همسالان آزار می‌بینند و آن‌ها را آزار می‌دهند.

با توجه به نحوه‌ای که ممکن است معلمان موجب رفتار اخلاص‌گرانه شوند، باید سؤال‌هایی را از خودشان درباره آموزش تحصیلی، انتظارات و رویکردهای مدیریت رفتار بپرسند [۱۱]. نباید معلمان را برای رفتار اخلاص‌گرانه که نقشی در آن ندارند مقصر بدانیم، ولی این امر به همان اندازه اهمیت دارد که معلمان هر چیزی را که امکان دارد موجب بدرفتاری کودک شود حذف کنند. مشکلات رفتاری کودکان با اختلال نارسایی

1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder
2. Impulsiveness
3. Behavioral problems
4. Social skills

5. Play therapy

به مشارکت در گروه آزمایش را به طور معناداری افزایش داد.

فؤادالدینی و بیدختی [۳۲] در پژوهشی نشان دادند بازی‌های نمایشی باعث بهبود مهارت‌های اجتماعی در دختران کم‌توان ذهنی خفیف می‌شود. نتایج مطالعه آذر نیوشان، به‌پژوه و غباری [۸] حاکی از تأثیر بازی‌درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی دبستانی بود. یافته‌های پژوهش جنتیان و همکاران [۴] حاکی از آن بود که بازی‌درمانی شناختی رفتاری باعث کاهش معنادار علائم بیش‌فعالی و کمبود توجه دانش‌آموزان پسر ۹ تا ۱۱ ساله شد و مشکلات رفتاری آن‌ها کاهش یافت.

با اینکه درمان دارویی در صف اول درمان کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی قرار دارد و تأثیر چشمگیری بر میزان توجه و کاهش مشکلات رفتاری دارد، ولی تأثیر آن کوتاه‌مدت است و عوارضی از قبیل بی‌اشتهایی، بی‌خوابی و کاهش وزن هم به دنبال دارد [۲۳]. در حالی که بازی‌درمانی، مهارت‌های پیش‌اجتماعی را تقویت می‌کند و مشکلات مربوط به مهارت‌های زندگی روزمره را کاهش می‌دهد. علاوه بر این منجر به تقویت مهارت‌های رفتاری و هیجانی می‌شود [۳۴]. در واقع، بازی‌درمانی رویکردی ساختارمند است که فرایندهای یادگیری و ارتباط طبیعی کودکان را پایه‌ریزی می‌کند. درمانگران از طریق بازی به کودکانی که مشکلات رفتاری زیادی دارند یا مهارت‌های اجتماعی آن‌ها ضعیف است رفتارهای سازگارانه‌تری را می‌آموزند [۲۵]. کودکان می‌توانند از طریق بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری، احساسات منفی و مثبت خود را آشکار سازند و تخلیه روانی شوند [۳۵]. در این رویکرد، اندیشه‌های ناهمخوان همراه با مشکلات رفتاری شناسایی و اصلاح می‌شوند. در حقیقت تغییراتی در فرایندهای شناختی کودک به وجود می‌آید که بر مشکلات رفتاری آن‌ها تأثیر مطلوبی می‌گذارد [۳۶].

از آنجایی که کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی به‌وسیله همسالان عادی خود به عنوان افرادی غیراجتماعی، نگران، مضطرب و عصبی توصیف می‌شوند، این مشکلات ناشی از عوامل مختلفی مانند ناتوانی در برقراری ارتباط مؤثر و کاربرد مهارت‌های اجتماعی است. از طرف دیگر، بازی‌درمانی مانند روان‌درمانی و مشاوره برای بزرگسالان عمل می‌کند. راهی که کودکان عادی برای بیان نیازها به‌کار می‌گیرند، سخن گفتن در مورد مشکلات است. بنابراین، باید روشی را برگزید که به اندازه سخن گفتن به کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی یاری رساند [۱۱].

با توجه به اینکه در آموزش و پرورش کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، اکتساب مهارت‌های اجتماعی موضوع مهم و قابل تأملی است و نقش بازی‌درمانی در این حوزه اهمیت بسزایی دارد، اخیراً آموزش بازی‌های مبتنی بر مدل شناختی رفتاری به کودکان با نیازهای ویژه مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار

مرتبط می‌سازد [۲۲]. بازی‌درمانی روشی است که به‌وسیله آن، ابزارهای طبیعی بیان حالت کودک یعنی بازی، به عنوان روش درمانی به کار گرفته می‌شود [۲۳] و به کودک کمک می‌کند تا فشارها و احساسات خویش را کنترل کند [۲۴]. این نوع درمان در تعلیم و تربیت کودکان استثنایی جایگاه ویژه‌ای دارد [۲۵].

در بازی‌درمانی از رویکردهای مختلفی استفاده می‌شود که یکی از آن‌ها، رویکرد شناختی رفتاری است [۲۶]. در واقع یکی از برجسته‌ترین رویکردهای بازی‌درمانی که برای کودکان پیش‌دبستانی و دبستانی طراحی شده است، بازی‌درمانی با رویکرد شناختی رفتاری است. در این رویکرد بر مشارکت کودک در درمان تأکید می‌شود. در بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری این امر از طریق مورد توجه قرار دادن مواردی مانند کنترل خود و دیگران، تسلط و پذیرش مسئولیت در قبال تغییر رفتار و اکتساب مهارت‌های اجتماعی عملیاتی می‌شود. در این نوع بازی‌درمانی از روش‌هایی مانند خودنظارتی و فنون مدیریت وابستگی از جمله تقویت مثبت، شکل‌دهی، خاموش‌سازی و سرمشق‌دهی استفاده می‌شود که رشد اجتماعی و بهبود مهارت‌های اجتماعی در راستای کاهش مشکلات رفتاری و سازگاری از جمله اهداف نهایی آن است [۲۵].

در سال‌های اخیر، بهبود مهارت اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مورد توجه متخصصان و روان‌شناسان قرار گرفته است. از این‌رو، پژوهش‌های مختلفی در حوزه بررسی تأثیر آموزش بازی‌درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری و بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان در سنین مختلف و گروه‌های مختلف انجام شده است. در این راستا، یافته‌های پژوهش هوشینا و همکاران [۲۷] حاکی از آن بود که بازی‌درمانی دیجیتال باعث افزایش توجه و مهارت‌های اجتماعی کودکان می‌شود. نتایج پژوهش لندرت، ری و براتون [۲۸] بیانگر آن بود که بازی‌درمانی تأثیر مثبتی بر رفتار و هیجانات کودکان دارد و یکی از مؤثرترین مداخلات در حیطه مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان و آموزش مهارت‌های اجتماعی به آنان است. جیندال اسنایپ و ویتیرینو [۲۴] در پژوهشی اظهار کردند که بازی‌های مبتنی بر تکنیک‌های نمایشی باعث افزایش و بهبود مهارت‌های اجتماعی و هیجانی در افراد با نیازهای خاص می‌شود.

نتایج پژوهش صریحی، پورنمایی و نیک‌اخلاق [۲۹] نشان داد بازی‌درمانی گروهی سبب کاهش مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی می‌شود. یافته‌های پژوهش غیاثی‌زاده [۳۰] نشان داد بازی‌درمانی به شیوه شناختی رفتاری مایکنبام در کاهش کم‌رویی و گوشه‌گیری اجتماعی دانش‌آموزان دبستانی مؤثر است. یافته‌های تحقیق رشیدی‌ظفر، جان‌بزرگی و شقاقی [۳۱] حاکی از آن بود که بازی‌درمانی گروهی رفتارهای اجتماعی مثبت و مؤلفه‌های آن از جمله همدلی، جهت‌گیری اجتماعی، رفتار اخلاقی، خودمهارگری، حرمت به خود، اطاعت‌پذیری، جرئت‌ورزی، احترام به قانون و تمایل

گرفته است که حاکی از خلأ پژوهشی در این حوزه است.

صورت پذیرفت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی از نوع ترکیبی بر اساس مقیاس درجه‌بندی کانرز والدین و مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های پنجمین راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی، حضور در مراکز پیش‌دبستانی، تمایل به شرکت در پژوهش و زندگی با والدین بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز داشتن هرگونه معلولیت دیگر غیر از اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی مانند ناشنوایی، نابینایی، کم‌توانی ذهنی و اختلال هماهنگی حرکتی بر اساس پرونده تحصیلی، عدم شرکت همزمان در برنامه‌های مداخلاتی مشابه و غیبت بیش از یک جلسه در برنامه مداخلاتی بود.

برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

#### پرسش‌نامه مشکلات رفتاری راتر<sup>۶</sup>

از این مقیاس برای ارزیابی مشکلات رفتاری کودکان استفاده می‌شود. مایکل راتر در سال ۱۹۷۵ این پرسش‌نامه را ساخت که دو فرم والدین (الف) و معلم (ب) دارد. فرم الف ۱۸ عبارت دارد و توسط والدین تکمیل می‌شود. فرم ب ۳۰ عبارت دارد و توسط معلمان تکمیل می‌شود. در این پژوهش از فرم والدین استفاده شد و مادران حدود ۲۰ دقیقه با توجه به رفتارهای فرزندشان در دوازده ماه گذشته به پرسش‌ها پاسخ دادند. این پرسش‌نامه پنج خرده‌مقیاس پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضداجتماعی، و کمبود توجه دارد.

نمره‌گذاری به صورت «صفر: اصلاً درست نیست»، «۱: درست نیست»، و «۲: تا حدی درست است» انجام می‌شود. دامنه نمره‌ها بین صفر تا ۳۶ است که نمره ۱۳ نقطه برش محسوب می‌شود. کودکانی که نمره ۱۳ یا بالاتر بگیرند، دارای مشکل رفتاری شناخته می‌شوند [۳۷]. راتر و کاکس پایایی بازآزمایی و پایایی درونی این پرسش‌نامه را با فاصله زمانی دو ماه ۰/۷۴ گزارش کردند. میزان توافق پرسش‌نامه ۷۶/۷ به دست آمد [۳۸]. توکلی‌زاده و همکاران در ایران پایایی این پرسش‌نامه را با روش دو نیمه کردن و بازآزمایی به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۸۵ گزارش کردند [۳۹]. در پژوهش حاضر ضریب پایایی و روایی پرسش‌نامه مشکلات رفتاری به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۷۸ بود.

#### مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی<sup>۷</sup>

گرشام و الیوت در سال ۱۹۹۰ این مقیاس را ساختند که سه فرم والدین، معلمان و دانش‌آموزان دارد [۱۷] و برای سه دوره تحصیلی پیش‌دبستانی، دبستان و راهنمایی-دبیرستان طراحی شده است. این مقیاس برای افراد با نیازهای ویژه از جمله کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی به کار می‌رود. در این پژوهش از فرم معلمان مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی

به نظر می‌رسد که پژوهش‌های داخلی اندکی در این زمینه انجام شده است و آنچه این پژوهش را از پژوهش‌های قبلی متمایز می‌سازد همین نکته است. همچنین، این پژوهش برخلاف پژوهش‌های قبلی، تأثیر آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری را بر مشکلات رفتاری و مهارت اجتماعی به طور همزمان بررسی می‌کند. در واقع، احتمال می‌رود بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری به کودک در یادگیری مهارت‌های اجتماعی کمک کند تا او بتواند بر برخی مشکلات رفتاری غلبه کند یا آن‌ها را کاهش دهد که این موارد بیانگر اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر است.

علاوه بر این، دور از انتظار نیست که آموزش بازی‌های مبتنی بر مدل شناختی رفتاری به کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی، توان و جرئت مقابله با مشکلات را بدهد و حل مشکلات نیز به نوبه خود موجب شود تا کودک احساس توانمندی بیشتری کند و مهارت‌های اجتماعی مطلوب‌تری را کسب کند. بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی است.

#### روش بررسی

در این پژوهش که از نوع مطالعات نیمه‌آزمایشی است، از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه شاهد استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش از تمام کودکان پیش‌دبستانی شهرستان آران و بیدگل تشکیل شد که حدود ۱۹۵۰ نفر بودند. با توجه به میزان شیوع ۵ تا ۱۰ درصدی اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی، می‌توان گفت که حدود ۱۰۰ تا ۲۰۰ نفر از آن‌ها اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی داشتند. نمونه آماری پژوهش حاضر از مراکز پیش‌دبستانی شهرستان آران و بیدگل در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ انتخاب شد. این نمونه شامل ۳۰ پسر ۵ تا ۶ ساله با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس از مراکز پیش‌دبستانی برترین‌ها و گل‌های دانش انتخاب شدند. هر یک از این مراکز به ترتیب ۱۸ و ۱۹ پسر با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی از نوع ترکیبی داشتند که توسط یکی از پژوهشگران (دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی و دارای سابقه کار در مراکز پیش‌دبستانی و کودکان بیش‌فعال) تشخیص داده شد.

بر اساس ملاک‌های ورود و خروج پژوهش، ۱۵ نفر از هر یک از مراکز پیش‌دبستانی برترین‌ها و گل‌های دانش به صورت تصادفی انتخاب شدند و به صورت تصادفی به گروه آزمایش و کنترل اختصاص یافتند. به دلیل استفاده از روش پژوهش نیمه‌آزمایشی، حجم مطلوب برای هر یک از گروه‌ها ۱۵ نفر است. البته در تعیین حجم نمونه به پیشینه‌های پژوهشی نیز توجه شده است. انتساب گروه‌ها به شاهد و مداخله نیز به‌طور تصادفی

6. Rutter child behavior questionnaire for parents

7. Social skills rating scale or SSRS

## جدول ۱. هدف و محتوای جلسات بازی‌درمانی در گروه آزمایش

جلسات	هدف	محتوا
۱	آشنایی و ترغیب به همکاری و افزایش مهارت خودآگاهی	نمایش کارتون و نقاشی تخیلی
۲		بازی با مدادرنگی، آبرنگ، آینه، تخته سیاه و دومینوی گروهی
۳		بازی با نخ و تسبیح و خمیربازی، ساختن پازل انسان به صورت گروهی
۴	بهبود مهارت‌های حرکتی و خودکنترلی	کار با شن، ساختن مجسمه‌های شنی و بازی با مکعب‌های چوبی
۵	تقویت همکاری و ابراز هیجان	بازی با قوطی تمیز شنیداری، خمیربازی گروهی و موزیک
۶		لگو گروهی، عروسک انگشتی، قصه و بازی با توپ و سطل
۷		بازی تقلید صدها، کاردستی گروهی، دارت و پازل اعداد و حروف
۸	بهبود مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری	بازی نقش با بچه‌ها، کپی اشکال هندسی، کپی اشکال پنهان و بازی با اشیای درون کسبه
۹	تقویت فعالیت‌های مشارکتی و ارتباط بین فردی و گروهی	حباب‌بازی گروهی، کارت‌های آموزشی، دومینوی فردی و پازل گروهی
۱۰		بازی با بادکنک، مهره نخ کردن و داستان‌گویی از روی تصویر به صورت گروهی
۱۱	آگاهی از نشانه‌های رفتاری و یادگیری پاسخ‌های سازگارانه	خمیربازی گروهی، توپ‌بازی گروهی و ساختن داستان
۱۲		لگو با الگو، بازی با آهنگ و قصه‌گویی

## توانبخشنی

**شماره ۱** ارائه شده است. این برنامه با استفاده از کتاب‌های کلیات بازی‌درمانی محمد اسماعیل و پژوهش موللی و همکاران [۲۵] و با همکاری دو نفر از متخصصان آموزش و روان‌شناسی کودکان با نیازهای ویژه با توجه به رویکرد شناختی رفتاری تهیه شده است.

جلسات بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری با هدف آشنایی و ترغیب به همکاری، افزایش مهارت‌های ارتباط بین فردی و گروهی، افزایش مهارت خودآگاهی، افزایش مهارت مقابله با هیجان‌های منفی و بهبود مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری در راستای ارتقای مهارت‌های اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی طراحی شد. در اجرای برنامه به ویژگی‌های رفتاری و شناختی کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی توجه شد. با توجه به محدودیت آن‌ها در حوزه توجه و شناخت، مطالب به زبان ساده و بر اساس محتوای فعالیت‌های کمک آموزشی (پیش‌نیاز آموزش دبستانی) در دوره پیش‌دبستانی انتخاب شد.

در جلسه اول، درمانگر قوانین و فعالیت‌های جلسه‌های بازی‌درمانی را با کودکان در میان گذاشت. همچنین موضوع مهارت‌های اجتماعی کودکان با توجه به ابعاد شناختی و رفتاری با استفاده از نمایش کارتون، نقاشی تخیلی و کار گروهی ادامه یافت. در جلسات بعد با استفاده از بازی‌های گوناگون که به طور مختصر در **جدول شماره ۱** معرفی شده‌اند، با تأکید بر انجام گروهی آن‌ها و مشارکت آزمودنی‌ها پیگیری شد. در حین جلسات از روش‌های نمایشی، ایفای نقش و مشارکتی استفاده شد. طرح درمانی

ویژه دانش‌آموزان پیش‌دبستانی استفاده شد. این مقیاس شامل سه خرده‌مقیاس همکاری، ابراز وجود و مهار خود است که هر خرده‌مقیاس ده گویه دارد و به کمک مقیاس سه درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. به طوری که به گزینه «هرگز» نمره صفر، به گزینه «بعضی اوقات» نمره ۱ و به گزینه «بیشتر اوقات» نمره ۲ تعلق می‌گیرد.

از مجموع نمره‌های خرده‌مقیاس‌های هر فرد، نمره مهارت‌های اجتماعی او به دست می‌آید. حداکثر نمره در این مقیاس ۶۰ است. نمرات بالاتر بیانگر مهارت اجتماعی بهتر است. ضریب اعتبار این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش شده است [۱۶]. موللی و همکاران [۲۵] با اجرای این مقیاس روی کودکان کم‌شنوای ایرانی، ضریب پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و همچنین روایی آن را از طریق تحلیل عاملی ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. در مطالعه حاضر، ضریب پایایی و روایی مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۸۲ بود.

در اولین مرحله پژوهش، پرسش‌نامه مشکلات رفتاری و مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی در مراکز پیش‌دبستانی منتخب به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. در مرحله بعد، بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری توسط یک روان‌شناس آموزش‌دیده در ۱۲ جلسه آموزشی ۴۰ دقیقه‌ای طی تقریباً دو ماه و هفته‌ای دو جلسه در مرکز پیش‌دبستانی گل‌های دانش به گروه آزمایش آموزش داده شد. به گروه شاهد این نوع آموزش ارائه نشد. محتوای جلسات آموزشی برای گروه آزمایش در **جدول**

اجتماعی) از دو آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و همچنین برای تحلیل خرده‌مقیاس‌های هر متغیر مستقل از دو آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

برای تعیین تأثیر بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری، مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون بررسی شد. نتایج حاکی از آن بود که تعامل بین شرایط و پیش‌آزمون معنادار نیست ( $P < 0/29$  و  $F = 2/33$ )؛ یعنی داده‌ها از همگنی شیب رگرسیون حمایت کرد. نتایج آزمون لون نشان‌دهنده برقراری فرض همگنی واریانس‌ها بود ( $F = 0/76$  و  $P < 0/09$ ). بنابراین مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برقرار است که نتایج آن در **جدول شماره ۳** ارائه شده است.

با توجه به نتایج **جدول شماره ۳**، گروه اثر معناداری بر نمرات پس‌آزمون مشکلات رفتاری داشت ( $P < 0/01$  و  $F = 69/45$ ). بر اساس مجذور آتا می‌توان عنوان کرد که ۶۷ درصد از تغییر متغیر مشکلات رفتاری به علت اثر مداخله است. برای تعیین تأثیر بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر خرده‌مقیاس‌های مشکلات رفتاری (پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضدا اجتماعی، کمبود توجه)، آزمون باکس، فرض همگنی واریانس و کوواریانس را تأیید کرد که برابر با  $M = 13/77$  و  $P = 0/24$  بود. مفروضه شیب خط رگرسیون برای متغیرها و خطی بودن رابطه متغیرها برقرار بود.

آزمون کرویت بارتلت حاکی از وجود همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته بود ( $P = 0/01$ ). نتایج آزمون لون بیانگر برقراری فرض همگنی واریانس‌ها در همه متغیرها بود ( $P > 0/05$ ). بنابراین مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری برقرار است. به این منظور، متغیرهای پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضدا اجتماعی، کمبود توجه در گروه آزمایش و گواه در پیش‌فرض آماری بزرگ‌ترین ریشه روی محاسبه شد ( $P = 0/01$  و  $F = 3/27$ ). بنابراین گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معناداری دارند. به منظور پی‌بردن به این تفاوت، از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج هر یک در **جدول شماره ۴** آمده است.

با توجه به نتایج **جدول شماره ۴**، گروه اثر معناداری بر نمرات پس‌آزمون پرخاشگری و بیش‌فعالی ( $F = 23/18$ )، اضطراب و افسردگی ( $F = 11/76$ )، ناسازگاری اجتماعی ( $F = 14/29$ )، رفتارهای ضدا اجتماعی ( $F = 15/43$ ) و کمبود توجه ( $F = 20/87$ ) داشت ( $P < 0/001$ ). بر اساس مجذور آتا می‌توان بیان کرد که ترتیب ۷۰، ۵۱، ۶۲، ۶۶ و ۶۸ درصد از تغییرات هر یک از متغیرهای پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضدا اجتماعی و کمبود توجه به علت اثر مداخله است.

جلسات روی افزایش خودکنترلی کودک، آگاه‌سازی کودکان نسبت به نشانه‌های رفتارهای اجتماعی و یادگیری پاسخ‌های سازگارانه متمرکز بود. مداخله‌های شناختی و رفتاری به کار گرفته شده شامل خودنظارتی، فنون مدیریت وابستگی شامل تقویت مثبت، شکل‌دهی، خاموش‌سازی و سرمشق‌دهی بود.

در پایان جلسات آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری، هر دو گروه به عنوان پس‌آزمون با استفاده از پرسش‌نامه مشکلات رفتاری و مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی بار دیگر ارزیابی شدند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، پس از گرفتن رضایت کتبی از والدین کودکان شرکت‌کننده در پژوهش و جلب همکاری کودکان، پژوهش صورت گرفت.

به مسئولان مراکز و والدین کودکان شرکت‌کننده در این پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات استخراج‌شده به صورت محرمانه باقی می‌ماند؛ نتایج حاصل از پژوهش در سطح کلی گروه‌ها گزارش می‌شود تا برای پیشبرد اهداف تعلیم و تربیت در اختیار روان‌شناسان و متخصصان تعلیم‌وتربیت و مراکز آموزش کودکان پیش‌دبستانی قرار گیرد. علاوه بر این، کارگاه بازی‌درمانی به مدت دو روز برای گروه شاهد برگزار شد و جزوه‌ای در خصوص محتوای جلسات در اختیار والدین آن‌ها قرار گرفت. داده‌های به‌دست‌آمده قبل و بعد از برگزاری جلسات آموزشی برای هر دو گروه با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شد.

## یافته‌ها

یافته‌های توصیفی بیانگر سن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش با میانگین و انحراف استاندارد ۵/۴۰ و ۰/۳۷ و در گروه شاهد با میانگین و انحراف استاندارد ۵/۳۳ و ۰/۲۹ بود. برای بررسی اثر متغیرهای کنترل پژوهش از جمله سن آزمودنی‌ها از آزمون آماری  $t$  مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد بین گروه آزمایش و شاهد از نظر سن تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P > 0/05$ ). میانگین و انحراف معیار متغیرهای مشکلات رفتاری و مؤلفه‌های آن (پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضدا اجتماعی، کمبود توجه) و همچنین مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های آن (مشارکت، ابراز وجود، مهار خود) در دو گروه آزمایش و شاهد در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در **جدول شماره ۲** ارائه شده است.

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایش و شاهد در **جدول شماره ۲** ارائه شده است. مفروضه طبیعی بودن توزیع داده‌ها در همه متغیرها با استفاده از آزمون آماری کلموگروف اسمیرنوف بررسی و تأیید شد ( $P > 0/05$ ). برای تعدیل اثر پیش‌آزمون و به علت وجود یک متغیر مستقل (بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری) و دو متغیر وابسته (مشکلات رفتاری و مهارت‌های

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی گروه آزمایش و شاهد

متغیرها	موقعیت	گروه آزمایش			گروه شاهد		
		میانگین	انحراف معیار	نرمالیتی	میانگین	انحراف معیار	نرمالیتی
پرخاشگری و بیش‌فعالی	پیش آزمون	۵/۲۷	۱/۴۷	-۰/۱۳	۵/۲۴	۱/۲۶	-۰/۱۲
	پس آزمون	۴/۱۱	۱/۰۸	-۰/۱۹	۵/۱۷	۱/۳۰	-۰/۰۸
اضطراب و افسردگی	پیش آزمون	۳/۰۱	۱/۵۲	-۰/۳۴	۳/۰۳	۱/۲۸	-۰/۱۷
	پس آزمون	۲/۳۳	۱/۵۷	-۰/۲۴	۳/۰۴	۱/۰۷	-۰/۱۱
ناسازگاری اجتماعی	پیش آزمون	۴/۲۶	۱/۳۹	-۰/۰۸	۴/۳۲	۱/۲۹	-۰/۱۹
	پس آزمون	۳/۲۱	۱/۱۰	-۰/۱۲	۴/۳۴	۱/۶۴	-۰/۲۹
رفتارهای ضداجتماعی	پیش آزمون	۴/۴۸	۱/۸۷	-۰/۱۷	۴/۲۹	۱/۱۷	-۰/۳۲
	پس آزمون	۳/۳۹	۱/۰۸	-۰/۴۱	۴/۲۸	۱/۷۷	-۰/۰۷
کمبود توجه	پیش آزمون	۵/۷۷	۱/۳۹	-۰/۲۲	۵/۷۶	۱/۵۶	-۰/۳۰
	پس آزمون	۳/۳۴	۱/۱۴	-۰/۱۴	۴/۷۳	۱/۵۵	-۰/۱۲
مشکلات رفتاری کلی	پیش آزمون	۲۲/۷۹	۳/۰۴	-۰/۰۷	۲۲/۶۴	۲/۷۷	-۰/۱۹
	پس آزمون	۱۶/۳۸	۲/۱۳	-۰/۱۳	۲۲/۵۶	۲/۶۹	-۰/۱۴
مشارکت	پیش آزمون	۷/۰۴	۲/۳۱	-۰/۲۰	۷/۱۱	۲/۶۱	-۰/۲۶
	پس آزمون	۱۱/۶۷	۱/۹۱	-۰/۱۱	۷/۶۸	۲/۵۴	-۰/۲۳
ابراز وجود	پیش آزمون	۸/۲۲	۱/۹۸	-۰/۱۶	۸/۲۱	۲/۳۳	-۰/۱۹
	پس آزمون	۱۲/۶۶	۲/۵۰	-۰/۳۳	۸/۲۷	۲/۳۷	-۰/۲۸
مهار خود	پیش آزمون	۶/۹۴	۲/۸۴	-۰/۱۹	۷/۰۱	۲/۵۳	-۰/۱۷
	پس آزمون	۱۰/۵۳	۲/۴۵	-۰/۱۸	۷/۱۱	۲/۶۸	-۰/۱۳
مهارت‌های اجتماعی کلی	پیش آزمون	۲۲/۲۰	۳/۳۷	-۰/۲۱	۲۲/۳۳	۴/۰۸	-۰/۱۵
	پس آزمون	۳۴/۸۶	۳/۸۲	-۰/۰۹	۲۳/۰۶	۳/۴۷	-۰/۱۰

## توانبخشی

همگنی شیب رگرسیون حمایت کرد. نتایج آزمون لون نشان‌دهنده برقراری فرض همگنی واریانس‌ها بود ( $P < 0/11$  و  $F = 0/041$ ). بنابراین مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برقرار است که نتایج آن در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

برای تعیین تأثیر بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی، مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون بررسی شد. نتایج حاکی از آن بود که تعامل بین شرایط و پیش‌آزمون معنادار نیست ( $P < 0/33$  و  $F = 5/74$ )؛ یعنی داده‌ها از

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری نمره پس‌آزمون مشکلات رفتاری

منابع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۱۲/۰۵	۱	۱۲/۰۵	۲/۸۷	-۰/۰۴	-۰/۲۱	-۰/۷۶
گروه	۱۴۷/۶۲	۱	۱۴۷/۶۲	۶۹/۴۵	-۰/۰۰۱	-۰/۶۷	-۰/۹۴
خطا	۶۸/۸۱	۲۷	۲/۵۹				

## توانبخشی



جدول ۴. نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای خرده‌مقیاس‌های مشکلات رفتاری

متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذور اتا
منابع تغییر (گروه)						
پرخاشگری و بیش‌فعالی	۳۹/۲۸	۱	۳۹/۲۸	۲۳/۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰
اضطراب و افسردگی	۱۷/۹۱	۱	۱۷/۹۱	۱۱/۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱
ناسازگاری اجتماعی	۲۳/۶۴	۱	۲۳/۶۴	۱۴/۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲
رفتارهای ضداجتماعی	۲۵/۸۷	۱	۲۵/۸۷	۱۵/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶
کمبود توجه	۳۱/۰۴	۱	۳۱/۰۴	۲۰/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸

توانبخشی

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری نمره پس‌آزمون مهارت‌های اجتماعی

منابع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۶۲/۳۸	۱	۶۲/۳۸	۴/۱۵	۰/۰۲	۰/۲۸	۰/۸۱
گروه	۸۶/۵۲	۱	۸۶/۵۲	۵۷/۷۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۰/۹۴
خطا	۴۰۵/۵۴	۲۷	۱۵/۰۲				

توانبخشی

شد ( $P=۰/۰۰۱$  و  $F=۲/۶۴$ ). بنابراین گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معناداری دارند. به منظور پی‌بردن به این تفاوت، از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج هر یک در جدول شماره ۶ آمده است.

با توجه به نتایج جدول شماره ۶، گروه اثر معناداری بر نمرات پس‌آزمون مشارکت ( $F=۶۴/۳۰$ )، ابراز وجود ( $F=۵۴/۴۸$ ) و مهار خود ( $F=۳۹/۰۹$ ) داشته است ( $P<۰/۰۰۰۱$ ). با توجه به مجذور اتا می‌توان بیان کرد که به ترتیب ۶۹، ۵۸ و ۵۲ درصد از تغییرات هر یک از متغیرهای مشارکت، ابراز وجود و مهار خود از شرکت کودکان پیش‌دبستانی با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی در برنامه بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری ناشی می‌شود.

### بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری و مهارت‌های

با توجه به نتایج جدول شماره ۵، گروه اثر معناداری بر نمرات پس‌آزمون مهارت‌های اجتماعی داشت ( $P<۰/۰۰۰۱$  و  $F=۵۷/۷۷$ ). بر اساس مجذور اتا می‌توان عنوان کرد که ۶۱ درصد از تغییر متغیر مهارت‌های اجتماعی به علت اثر مداخله است. برای تعیین تأثیر بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر خرده‌مقیاس‌های مهارت‌های اجتماعی (مشارکت، ابراز وجود و مهار خود)، آزمون باکس فرض همگنی واریانس و کوواریانس را تأیید کرد که برابر با  $Box's M=۲۰/۵۱$  و  $P=۰/۲۷$  بود. مفروضه شیب خط رگرسیون برای متغیرها و خطی بودن رابطه متغیرها برقرار بود. آزمون کرویت بارتلت حاکی از وجود همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته بود ( $P=۰/۰۰۰۱$ ). نتایج آزمون لون بیانگر برقراری فرض همگنی واریانس‌ها در همه متغیرها بود ( $P>۰/۰۵$ ). بنابراین مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری برقرار است.

به این منظور، متغیرهای مشارکت، ابراز وجود و مهار خود در گروه آزمایش و گواه در پیش‌فرض آماری بزرگ‌ترین ریشه روی محاسبه

جدول ۶. نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای خرده‌مقیاس‌های مهارت‌های اجتماعی

منابع تغییر	متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذور اتا
مشارکت	۱۶۶/۰۵	۱	۱۶۶/۰۵	۶۴/۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹	
گروه	۱۳۳/۶۴	۱	۱۳۳/۶۴	۵۴/۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸	
مهار خود	۵۱/۹۲	۱	۵۱/۹۲	۳۹/۰۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲	

توانبخشی

افسردگی کودکان شرکت کننده در برنامه کاهش یابد.

در تبیین این یافته که بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری سبب کاهش ناسازگاری اجتماعی و رفتارهای ضدا اجتماعی کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی شد، می توان گفت این کودکان در برخی از جنبه های رشد و تحول، به ویژه در زمینه مهارت ها و رفتارهای اجتماعی دچار مشکل هستند و نسبت به کودکان عادی چالش های بیشتری را تجربه می کنند و بسیاری اوقات عامل اصلی مشکلات آن ها در برقراری ارتباط مؤثر و انطباق با محیط پیرامونی، ضعف در مهارت های اجتماعی است [۴]. این در حالی است که در بازی درمانی فرصت تجربه هیجان های مختلف برای کودکان فراهم می شود. [۸]. صریح تر اینکه بازی درمانی، نوعی تزریق واکسن روانی و اجتماعی برای کودک است که ناسازگاری اجتماعی او را می کاهد و به کاهش رفتارهای ضدا اجتماعی او کمک می کند [۶]. بنابراین بعید نیست که بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری سبب کاهش ناسازگاری اجتماعی و رفتارهای ضدا اجتماعی کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی شود.

برای تبیین این یافته که بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری باعث افزایش توجه کودکان پیش دبستانی با اختلال کم توجهی بیش فعالی شد، می توان عنوان کرد که اگر برنامه های آموزشی از طریق بازی آموزش داده شود و متناسب با سن، علاقه و نیازهای کودکان باشد، مفیدتر است و در بهبود توجه آن ها نقش مؤثرتری خواهد داشت [۴۰]. از طرف دیگر، بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری بر این فرض استوار است که رفتار افراد به روشی بستگی دارد که جهان را تفسیر می کنند [۴]. به بیان دیگر، ادراک و تفسیر فرد از موقعیت، پاسخ هیجانی و رفتاری او را به موقعیت تعیین می کند [۴۲]. برای آنکه بازی درمانی با این دیدگاه مؤثر باشد، باید فعالیت ها ساختار یافته و هدف گرا باشند و کودک را برانگیزانند. مداخله حاضر این ویژگی ها را داشت؛ یعنی فعالیت ها ساختارمند و هدف گرا بودند. پس دور از احتمال نیست که باعث کاهش مشکلات توجهی کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی شود.

بخش دیگری از نتایج پژوهش حاضر بیانگر اثربخشی آموزش بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر بهبود مهارت های اجتماعی و مؤلفه های آن از جمله مشارکت، ابراز وجود و مهار خود در کودکان پیش دبستانی با اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی بود. این یافته با نتایج پژوهش های هوشینا و همکاران [۲۷] مبنی بر اثربخشی بازی درمانی دیجیتال بر افزایش توجه و مهارت های اجتماعی کودکان، جیندال اسنایپ و ویتزینو [۲۴] و فؤادالدینی و بیدختی [۳۲] مبنی بر اثربخشی بازی های نمایشی در بهبود مهارت های اجتماعی کودکان کم توان ذهنی خفیف، و سلطانی فر و همکاران [۲۳] مبنی بر تأثیر بازی درمانی در کاهش تنش کودکان همخوانی دارد.

اجتماعی کودکان پیش دبستانی با اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی انجام شد. بررسی نتایج این پژوهش بیانگر آن است که آموزش بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری منجر به کاهش مشکلات رفتاری و مؤلفه های آن از جمله پرخاشگری و بیش فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضدا اجتماعی، و کمبود توجه در کودکان پیش دبستانی با اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی می شود.

این یافته با نتایج پژوهش های لندرت و همکاران [۲۸] مبنی بر اثربخشی مثبت بازی درمانی بر رفتار و هیجانان کودکان، پژوهش صریحی و همکاران [۲۹] در خصوص تأثیر بازی درمانی گروهی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی، آذر نیوشان و همکاران [۸] مبنی بر تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری دانش آموزان کم توان ذهنی، و جنتیان و همکاران [۴] در خصوص اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر کاهش معنادار مشکلات رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی همخوانی دارد.

در تبیین این یافته که بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری منجر به کاهش مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی با اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی شد، می توان گفت که بازی درمانی سبب می شود کودکان آگاهی بیشتری نسبت به رفتارها و مشکلات خود پیدا کنند و راه های مناسب تری برای رفع مشکلات بیابند [۲۳]. با توجه به اینکه کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی در کنترل و پیش بینی رفتارها و واکنش های هیجانی خود از قبیل اضطراب و افسردگی با مشکل مواجه هستند، برای نظم بخشی و مدیریت رفتارهای خویش به برنامه هدفمندی نیاز دارند که هم بر شناخت و تفکر توجه داشته باشد و هم به رفتار جهت دهد [۴]. از آنجایی که برنامه بازی درمانی اجرا شده این ویژگی ها را داشت، پس دور از انتظار نیست که مشکلات رفتاری آزمودنی ها کاهش یابد.

در خصوص تبیین دومین یافته پژوهش مبنی بر اینکه بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری منجر به کاهش پرخاشگری و بیش فعالی آزمودنی ها شد، می توان عنوان کرد که برنامه بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری که در دوازده جلسه اجرا شد بر مشارکت کودک در درمان تأکید داشت [۲۲]. در بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری این امر از طریق توجه به کنترل خود و دیگران، تسلط و پذیرش مسئولیت در قبال تغییر رفتار و اکتساب مهارت های اجتماعی آموزش داده می شود. علاوه بر این، در این نوع بازی درمانی از روش هایی مانند خودنظارتی و فنون مدیریت وابستگی از جمله تقویت مثبت، شکل دهی، خاموش سازی و سرمشق دهی استفاده می شود [۲۵]. بنابراین غیر طبیعی نیست وقتی چنین برنامه نظام دار، ساختار یافته و هدفمندی اجرا شود، پرخاشگری و بیش فعالی و همچنین اضطراب و

با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی تأثیر قابل توجهی داشته باشد.

برای تبیین این یافته که بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر ابراز وجود کودکان پیش‌دبستانی با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی اثربخشی مثبت و معناداری داشت، می‌توان گفت که کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی در مهارت‌های ارتباطی و ابراز وجود با مشکلاتی مواجه هستند که نتیجه آن احساس تنهایی، انزوا، ناامیدی و وابستگی است [۶]. علاوه بر این، تهیه و اجرای یک راهنمای کاربردی و عملی برای این کودکان دشوار است [۳]. این کودکان در برخی از جنبه‌های رشد و تحول، به‌ویژه در زمینه ابراز وجود دچار مشکل هستند و نسبت به کودکان عادی چالش‌های بیشتری را تجربه می‌کنند و در بسیاری از اوقات عامل اصلی مشکلات آن‌ها در برقراری ارتباط مؤثر و انطباق با محیط پیرامونی، ضعف در ابراز وجود است. از این‌رو، متخصصان در زمینه بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری برای بهبود ابراز وجود کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی تأکید ویژه‌ای دارند [۲۷].

در راستای تبیین آخرین یافته پژوهش حاضر مبنی بر اینکه بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری منجر به بهبود مهارت خود در کودکان پیش‌دبستانی با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی شد می‌توان عنوان کرد که اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی تأثیر نامطلوبی بر شرایط زندگی می‌گذارد و با سطح فعالیت نامناسب رشدی، تحمل محرومیت پایین، ناتوانی در حفظ توجه، تکانش‌گری و رفتارهای آشفته همراه است و کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی در کنترل و مهار رفتارهای خود با چالش‌های زیادی مواجه هستند [۵]. این در حالی است که بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری شامل خودنظارتی، فنون مدیریت وابستگی یعنی تقویت مثبت، شکل‌دهی، خاموش‌سازی و سرمشق‌دهی می‌شود. علاوه بر این، بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری راه‌های جامعه‌پذیری را برای افراد با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی مهیا می‌کند، به طوری که آن‌ها به عنوان یک عضو مفید و سالم وارد جامعه می‌شوند و از گرایش به رفتارهای انحرافی مصون می‌مانند. بدین معنا که کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی یاد می‌گیرند چگونه تصمیم بگیرند، تفکر خلاق و انتقادی داشته باشند، احساس مسئولیت‌پذیری را در خود افزایش دهند و از همه مهم‌تر چگونه نحوه رفتار مناسب با همسالان را یاد بگیرند [۲۵].

همچنین کودکان از طریق مشارکت در این نوع بازی‌درمانی می‌توانند مسائل خود را حل کنند و فرصت یابند تا احساسات آزاردهنده خود را بروز دهند و در معرض نمایش بگذارند. پس دور از انتظار نیست که بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر مهارت خود در کودکان پیش‌دبستانی با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی تأثیر قابل توجهی داشته باشد.

همچنین با نتایج پژوهش‌های آذرنیوشان و همکاران [۸] درباره تأثیر بازی‌درمانی بر کاهش مشکلات و اختلالات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی؛ مهوش ورنوسفادری و همکاران [۱۴] مبنی بر اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر مهارت‌های اجتماعی، همکاری، مهارت ابراز وجود و خویشتن‌داری (مهارت خود) دانش‌آموزان پسر کم‌شنوا؛ و بیابانگرد [۴۱] درباره مهارت‌های اجتماعی و هر سه خرده‌مقیاس آن یعنی همکاری، قاطعیت و خویشتن‌داری همخوان است. علاوه بر این، با نتایج مطالعات رشیدی‌ظفر و همکاران [۳۱] مبنی بر اثربخشی بازی‌درمانی در بهبود مهارت‌های اجتماعی در کودکان همسواست.

در تبیین این یافته که بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری منجر به بهبود مهارت‌های اجتماعی می‌شود می‌توان عنوان کرد که به نظر می‌رسد اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی در اکتساب مهارت‌های اجتماعی کودکان تأثیر نامطلوبی داشته باشد و کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی در مقایسه با همسالان خود، سطح تحمل و شکست پایین‌تری دارند [۶]. همچنین در برخی تحقیقات گزارش شده است که اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی با ناهماهنگی در تحول شناختی، رفتاری و اجتماعی همراه است [۲]. با توجه به اینکه در بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری بیشتر از فعالیت‌های هیجانی، عملی و غیرکلامی استفاده می‌شود و از لحاظ نظری، بر تعامل فرد و محیط تأکید می‌شود و اکتساب مهارت‌های اجتماعی محصول تعامل ویژگی‌های فرد و ماهیت رویدادهایی است که فرد با آن مواجه است، احتمال می‌رود این درمان بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی مؤثر باشد.

در خصوص تبیین این یافته که بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر میزان مشارکت کودکان پیش‌دبستانی با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی اثربخشی مثبت و معناداری داشته است، می‌توان عنوان کرد که کم‌توجهی یا بیش‌فعالی باعث محدودیت در میزان همکاری و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی می‌شود [۱۰]. از سوی دیگر، بازی موجب بهبود فرایندهای یادگیری از جمله مشاهده، تجربه‌آموزی، حل مسئله و خلاقیت در کودکان می‌شود [۳۵].

نکته دیگر اینکه تجربه هیجان‌های مختلف در بازی‌درمانی می‌تواند در نهایت امنیت و آرامش، از راه نمادهای خیالی و اسباب‌بازی‌ها بیان شود. بازی روشی است که در آن، کودک احساسات خود را نشان می‌دهد، روابط خود را گسترده‌تر می‌کند، تجربیاتش را می‌نماید، آرزوهایش را آشکار می‌سازد و به خودشکوفایی می‌رسد [۸]. در واقع با شرایطی که در بازی برای کودک فراهم می‌شود، رفتارها و افکاری او به چالش کشیده می‌شود و چون جنبه تمرین و بازی دارد در فعال‌تر شدن او مؤثر است. پس دور از انتظار نیست که بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر میزان مشارکت کودکان پیش‌دبستانی

در نهایت، موجب کاهش مشکلات رفتاری و بهبود رفتارهای اجتماعی می‌شود. بنابراین، بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری در کسب مهارت‌های اجتماعی کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی نقشی حساس و مهمی دارد و کاهش مشکلات رفتاری و همچنین ارتقای سطوح مهارت‌های اجتماعی در این کودکان دور از انتظار نخواهد بود.

#### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مدیران و مربیان مراکز پیش‌دبستانی برترین‌ها و گل‌های دانش شهرستان آران و بیدگل و همچنین کودکان پیش‌دبستانی شرکت‌کننده در پژوهش و والدین آن‌ها قدردانی می‌شود. پژوهش حامی مالی ندارد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بوده است که عبارتند از: تأثیر متغیرهایی مانند سواد والدین و وضعیت اجتماعی و اقتصادی آن‌ها که در پژوهش حاضر بررسی نشد؛ به ویژگی‌های شخصیتی کودکان توجه نشد؛ حجم نمونه کم بود؛ از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد و با توجه به محدودیت زمانی، محقق برای اجرای آزمون پیگیری فرصتی نیافت. بنابراین باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به سن آزمودنی‌ها و ویژگی‌های شخصیتی کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی توجه شود؛ سواد والدین و وضعیت اجتماعی و اقتصادی آن‌ها مدنظر قرار گیرد؛ و پژوهش‌های آتی با حجم نمونه بیشتر و اجرای آزمون پیگیری انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود آموزش بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری روی سایر گروه‌های کودکان استثنایی انجام شود و همچنین این برنامه آموزشی در مدارس به صورت رایگان اجرا شود تا مشکلات رفتاری کودکان کمتر شود و مهارت‌های اجتماعی ارتقا یابد.

#### نتیجه‌گیری

به‌طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری و بهبود مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های آن‌ها در کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی مؤثر است؛ چراکه بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری راه‌های جامعه‌پذیری را برای افراد با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی مهیا می‌کند. به طوری که آن‌ها به عنوان یک عضو مفید و سالم وارد جامعه می‌شوند و از گرایش به رفتارهای انحرافی مصون می‌مانند. کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی یاد می‌گیرند چگونه تصمیم بگیرند؛ تفکر خلاق و انتقادی داشته باشند؛ احساس مسئولیت‌پذیری را در خود افزایش دهند و از همه مهم‌تر چگونه نحوه رفتار مناسب با همسالان را یاد بگیرند [۱۳].

علاوه‌براین، بخش عمده‌ای از مشکلات کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی که منجر به خودناتوان‌سازی در آنان می‌شود، در ارتباط با عملکرد و رفتار در زندگی شخصی و اجتماعی آن‌هاست. این کودکان به این دلیل که نمی‌توانند به‌طور خودبه‌خود و بدون کمک دیگران مهارت‌های اجتماعی را بیاموزند [۱۱]، نیازمند نشانه‌های موقعیتی، فهم اهداف و درگیر شدن در تعاملات زندگی و اجتماعی هستند [۱۲]. آن‌ها فقط در صورت برخورداری از آموزش مناسب خواهند توانست همانند همسالان عادی خود به برخی از سطوح اکتسابی مهارت‌های اجتماعی دست یابند [۳۷]؛ چراکه آموختن از طریق بازی شامل نظم‌بخشی به عاطفه، کنترل فشار روانی، برقراری ارتباط، کنترل احساس‌ها و خودکنترلی می‌شود و از طرفی ساختار ارزشی، رشد اخلاقی و خودکارآمدی را دربرمی‌گیرد و رشد خود، رشد اجتماعی، رشد هیجانی و رشد شناختی را تسهیل می‌کند.

## References

- [1] Kirk S, Gallagher G, Coleman MR. Educating exceptional children. New York: Elsevier; 2015.
- [2] Malka M, Marshall HR. Mothers of children with LD and ADHD: Empowerment through Online communication. *Journal of Special Education Technology*. 2009; 24(1):39-49. [DOI:10.1177/016264340902400104]
- [3] Anastopoulos AD, DuPaul GJ, Weyandt LL, Morrissey-Kane E, Sommer JL, Rhoads LH, et al. Rates and Patterns of Comorbidity Among First-Year College Students With ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2018; 47(2):236-47. [DOI:10.1080/15374416.2015.1105137] [PMID]
- [4] Janatian S, Nouri A, Shafiqi A, Molavi H, Samavatyan H. [Effectiveness of play therapy on the bases of cognitive behavior approach on severity of symptoms of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Among primary school male students aged 9-11(Persian)]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2008; 6(2):109-116.
- [5] Ashori M, Jalil-Abkenar SS. [Students with special needs and inclusive education (Persian)]. Tehran: Roshd-e Farhang; 2016.
- [6] Pourmohammadreza-Tajrishi M, Ashori M, Jalil-Abkenar SS, Behpajoo A. [The effectiveness of response inhibition training on the working memory in students with attention deficit/hyperactivity disorder (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2015; 15(4):12-20.
- [7] Esbjørn BH, Normann N, Christiansen BM, Reinholdt-Dunne, ML. The efficacy of group metacognitive therapy for children (MCT-c) with generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Anxiety Disorders*. 2018; 53:16-21. [DOI:10.1016/j.janxdis.2017.11.002] [PMID]
- [8] Azamiashan B, Beh-Pajoo A, Ghobary Bonab B. [The effectiveness of cognitive behavior-based play therapy on the behavioral problems among primary students with intellectual disabilities (Persian)]. *Journal of Exceptional Children*. 2012; 12(2):5-16.
- [9] Bulgan C, Ciftci A. Psychological adaptation, marital satisfaction, and academic self-efficacy of international students. *Journal of International Students*. 2017; 7(3):687-702.
- [10] Ros R, Graziano PA. Social functioning in children with or at risk for attention deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2018; 47(2):213-35. [DOI:10.1080/15374416.2016.1266644] [PMID]
- [11] Hallahan DP, Kauffman JM, Pullen PC. Exceptional learners: An introduction to special education. New York: Pearson; 2015.
- [12] Babinski DE, Mills SL, Bansal PS. The effects of behavioral parent training with adjunctive social skills training for a preadolescent girl with ADHD and borderline personality features. *Clinical Case Studies*. 2017; 17(1):21-37. [DOI:10.1177/1534650117741707]
- [13] Afrooz GA, Ashori M. [Psychology of behavior management of restless and hyperactive children (Persian)]. Tehran: University of Tehran; 2015.
- [14] Mahvashevernosfaderani A, Adibsereshki N, Movallali G. [The effectiveness of life skills training on the social skills of hearing impaired secondary school students in inclusive schools (Persian)]. *Journal of Research on Rehabilitation Sciences*. 2012; 8(3):477-88.
- [15] Altun İ. The perceived problem solving ability and values of student nurses and midwives. *Nurse Education Today*. 2003; 23(8):575-84. [DOI:10.1016/S0260-6917(03)00096-0]
- [16] Jalilabknar SS, Ashoori M, Afrooz GA. [The effect of social behaviors training on improvement of the social skills of adolescents with intellectual disability (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2013; 14(3):31-40.
- [17] Behroz-Sarcheshmeh S, Karimi M, Mahmoudi F, Shaghghi P, Jalil-Abkenar SS. Effect of training of life skills on social skills of high school students with intellectual disabilities. *Practice in Clinical Psychology*. 2017; 5(3):177-86. [DOI:10.18869/acadpub.jpcp.5.3.177]
- [18] Roderick DOH, Keith CR, John DKL. Promoting social communication in a child with specific language impairment. *Communication Disorders Quarterly*. 2015; 37(4):199-210. [DOI:10.1177/1525740115595346]
- [19] Frank MG. Social skills training with handicapped children: A review. *Review of Educational Research*. 1981; 51(1):139-76. [DOI:10.3102/00346543051001139]
- [20] Sibley MH, Coxe SJ, Campez M, Morley C, Olson S, Hidalgo-Gato N, et al. High versus low intensity summer treatment for ADHD delivered at secondary school transitions. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2018; 47(2):248-65. [DOI:10.1080/15374416.2018.1426005] [PMID]
- [21] Danielson ML, Bitsko RH, Ghandour RM, Holbrook JR, Kogan MD, Blumberg SJ. Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among U.S. children and adolescents, 2016. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2018; 47(2):199-212. [DOI:10.1080/15374416.2017.1417860] [PMID]
- [22] Jayne KM, Ray DC. Child-centered play therapy as a comprehensive school counseling approach: Directions for research and practice. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2016; 15(1):5-18. [DOI:10.1080/14779757.2015.1132757]
- [23] Soltanifar A, Gafarzade F, Modares M, Mokhber N, Rezaei A. [The efficacy of developmental attachment-based play therapy on developmental trauma disorder symptoms in children from 3 to 9 years old (Persian)]. *Mental Health Journal*. 2012; 14(3):260-8.
- [24] Jindal-Snape D, Vettraino E. Drama techniques for the enhancement of social-emotional development in people with special needs: review of research. *International Journal of Special Education*. 2007; 22(1):107-17.
- [25] Movallali G, Jalil-Abkenar SS, Ashouri M. [The efficacy of group play therapy on the social skills of pre-school hearing-impaired children (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2015; 16(1):76-85.
- [26] Akbari B, Rahmati F. [The efficacy of cognitive behavioral play therapy on the reduction of aggression in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder (Persian)]. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2015; 2(2):93-100.
- [27] Hoshina A, Horie R, Giannopulu I, Sugaya M. Measurement of the effect of digital play therapy using biological information.

- Procedia Computer Science. 2017; 112:1570-9. [DOI:10.1016/j.procs.2017.08.104]
- [28] Landreth GL, Ray DC, Bratton SC. Play therapy in elementary schools. *Psychology in the Schools*. 2009; 46(3):281-89. [DOI:10.1002/pits.20374]
- [29] Sarihi N, Pournesaei GS, Nikakhlagh M. [Effectiveness of group play therapy on behavior problems in preschool children (Persian)]. *Journal of Analytical-Cognitive Psychology*. 2015; 6(23):35-41.
- [30] Ghyasizadeh M. [The effect of play therapy with a cognitive approach - behavioral Mayknbam reduce shyness and social withdrawal Malekshahy city school students (Persian)]. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2013; 21(6):96-105.
- [31] Rashidi-Zafar M, Janbozorgi M, Shaghaghi F. [Positive social behavior efficacy of play therapy on progress of pre-school children (Persian)]. *Journal of Behavioral Sciences*. 2012; 6(1):69-77.
- [32] Foadodini M, Beydokhti M. [The effect of drama therapy base on social skill adjusting behavior of mental retarded girls (IQ=55-70 , 14-30 years old) (Persian)]. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*. 2012; 8(5):913-8.
- [33] Fridman M, Banaschewski T, Sikirica V, Quintero J, Chen KS. Access to diagnosis, treatment, and supportive services among pharmacotherapy-treated children/adolescents with ADHD in Europe: Data from the Caregiver Perspective on Paediatric ADHD survey. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2017; 13:947-58. [DOI:10.2147/NDT.S128752]
- [34] Mora L, Sebille K, Neill L. An evaluation of play therapy for children and young people with intellectual disabilities. *Research and Practice in Intellectual and Developmental Disabilities*, 2018; 1-14. [DOI:10.1080/23297018.2018.1442739]
- [35] Ghodousi N, Sajedi F, Mirzaie H, Rezasoltani P. [The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on externalizing behavior problems among street and working children (Persian)]. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2017; 15(4):359-66. [DOI:10.29252/nrip.irj.15.4.359]
- [36] Shah Rafati F, Pourmohamadreza M, Pishyareh E, Mirzaei H, Biglarian A. [Effectiveness of group play therapy on the communication of 5-8 years old children with high functioning autism (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2016; 17(3):200-211.
- [37] Gowdini, R, Pourmohamdreza-Tajrishi M, Tahmasebi S, Biglarian A. [Effect of emotion management training to mothers on the behavioral problems of offspring: Parents' view (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2017; 18(1):13-24. [DOI:10.21859/jrehab-180113]
- [38] Rutter M, Cox A, Tupling C, Berger M, Yule W. Attainment and Adjustment in Two Geographical Areas: I--The Prevalence of Psychiatric Disorder. *The British Journal of Psychiatry*. *Br J Psychiatry*, 1975; 126:493-509. [DOI:10.1192/bjp.126.6.520] [PMID]
- [39] Tavakkolizadeh J, Bolhari J, Mehryar AH, Dezhkam M. [Epidemiology of attention deficit and disruptive behaviour disorders in elementary school children of Gonabad town, north east Iran (1996-1997) (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 1997; 3(1):40-52.
- [40] Kristen LM, et al. A review of social problem-solving interventions: Past findings, current status, and future directions. *Review of Educational Research*. 2016; 87(1):71-102. [DOI: 10.3102/0034654316652943]
- [41] Biabangard E. [A comparison of social skills between blind, deaf and normal high school female student in Tehran (Persian)]. *Journal of Exceptional Children*. 2005; 5(1):55-68.
- [42] Jalil-Abkenar SS, Ashouri M, Pourmohammadreza-Tajrishi M. [Investigation of the effectiveness social competence instruction on the adaptation behavior in male students with intellectual disability (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2013; 13(1):104-13.
- [43] Movallali G, Tayebi ramin Z, Rezaee madani M. [Effectiveness of group logo therapy on increasing the quality of the mothers' life of hearing impaired children (Persian)]. *Social Welfare*. 2016; 16(61): 221-42.
- [44] Bahrami B, Dolatshahi B, Pourshahbaz A, Mohammadkhani P. [Parenting style and emotion regulation in mothers of preschool children. *Journal of Practice in Clinical Psychology*. 2018; 6(1):3-8. [DOI:10.29252/nirp.jpcp.6.1.3]