

## تأثیر مداخله بهنگام خانواده محور مبتنی بر بازی درمانی بومی سازی شده بر نشانه‌های بالینی کودکان ADHD پیش دبستانی

### Effect of Family Oriented Early Intervention Based on Localized Play Therapy on the Clinical Symptoms of Preschool Children with ADHD

*S. Rahimi Pordanjani, Ph.D. student*

✉ سعید رحیمی پوردنجانی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، تهران

*B. Ghobari Bonab, Ph.D.*

دکتر باقر غباری بناب

دانشیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

*G. A. Afrooz, Ph.D.*

دکتر غلامعلی افروز

استاد دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

*S. Faramarzi, Ph.D.*

دکتر سالار فرامرزی

دانشیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان

دریافت مقاله: ۹۴/۵/۲۶

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۴/۱۰/۲۸

پذیرش مقاله: ۹۴/۱۱/۳

#### Abstract

Current study was aimed to investigate the effect of localized play therapy on reducing symptoms of attention deficiency and hyper activity/impulsivity in preschool children with ADHD. The method of this study was an applied semi-experimental study designed as pretest-posttest with control group.

#### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بازی درمانی بومی سازی شده بر کاهش شدت نشانه‌های کاستی توجه و فزون کنشی/تکانش‌گری کودکان ADHD در دوره پیش‌دبستان انجام شد. روش پژوهش کاربردی و آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه گروه گواه بود. به همین منظور با استفاده از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای در دسترس، تعداد

\*مقاله برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی است.

✉ نویسنده مسئول: گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران  
پست الکترونیکی: [Bghobari@ut.ac.ir](mailto:Bghobari@ut.ac.ir)

✉ Corresponding author: Iran, Tehran, University of Tehran, Faculty of Psychology & Education.  
Email: [Bghobari@ut.ac.ir](mailto:Bghobari@ut.ac.ir)

Twenty four mothers with ADHD children were selected through multi-stage sampling and randomly arranged in experimental or control groups. The experimental group participated in a 10 sessions Localized Play Therapy (LPT) intervention program, while the control group was on the waiting list. Assessment tools were the Vanderbilt ADHD Teacher Rating Scale (Wolraich, et al., 1997) and a semiorganized clinical interview. Data were analyzed by using a repeated measure analysis of variance. The results showed that there were significant differences between the control and experimental groups in attention deficiency and hyper activity/impulsivity scores of pre-test and post-test. In conclusion, it can be indicated that family oriented early intervention based on LPT is effective in reducing clinical symptoms of preschool children with ADHD. Therefore, this method can be considered as an effective therapeutic method for ADHD children by experts and parents

**Keyword:** Play Therapy, Impulsivity, Hyperactivity.

۲۴ نفر از مادران کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلال ADHD انتخاب شدند و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایشی در ۱۰ جلسه بازی‌درمانی بومی‌سازی (LPT) شده شرکت داده شده و گروه گواه بدون دریافت آموزش در نوبت انتظار قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه ADHD وندربیلت - فرم والد (ول ریچ و همکاران، ۱۹۹۷) و مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از مدل آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده گردید. نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات کاستی توجه و فزون‌کنشی/تکانش‌گری گروه آزمایشی و گواه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود داشت. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مداخلات خانواده محور مبتنی بر بازی‌درمانی بومی‌سازی شده بر نشانه‌های توجه و فزون‌کنشی/تکانش‌گری کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلال ADHD تأثیر دارد. دستاورد چنین پژوهشی می‌تواند به عنوان یک روش درمانی در اختیار متخصصان و والدین کودکان دارای ADHD قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** بازی‌درمانی، تکانش‌گری، فزون‌کنشی.

## مقدمه

اختلال‌های تحولی - عصبی<sup>۱</sup> به شکل مزمن و فراگیر بر عملکرد تحصیلی کودک تأثیر منفی گذاشته و تنیدگی<sup>۲</sup> والدین را به همراه دارد (لی، لین، روبسون، یانگ، چن و نیو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲). در بین اختلال‌های تحولی دوران کودکی، اختلال کاستی توجه/ فزون‌کنشی (ADHD)<sup>۴</sup> از فراوانی بیشتری برخوردار است. بر اساس آخرین متن بازنگری شده راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی (DSM-5)<sup>۵</sup>، اختلال ADHD دارای یک الگوی عصبی - تحولی است که با نشانه‌هایی چون

بی‌توجهی<sup>۶</sup>، عدم سازمان‌دهی و فزون‌کنشی<sup>۷</sup> - تکانش‌گری<sup>۸</sup> شناخته می‌شود. این اختلال اغلب با دیگر اختلال‌های برون‌نمود چون اختلال نافرمانی و اختلال سلوک همبودی داشته و تا بزرگسالی با آسیب‌هایی در عملکرد شغلی، تحصیلی و اجتماعی پایدار می‌ماند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۹</sup>، ۲۰۱۳).

از نظر آنتشل و بارکلی<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۸) فراوانی این اختلال بین ۱۲-۲٪ است و همچنین بین ۷-۵٪ از مراجعین به مراکز روان‌پزشکی در سراسر جهان مربوط به این اختلال هست. اختلال ADHD در بیش از ۵٪ کودکان مدرسه وجود داشته که بین ۲۰ تا ۴۰ درصد آن‌ها را کودکان دچار ناتوانی یادگیری و ۴۴٪ آن‌ها حداقل یکی از اختلال‌های همبود<sup>۱۱</sup> مثل اضطراب<sup>۱۲</sup>، افسردگی<sup>۱۳</sup>، نافرمانی<sup>۱۴</sup>، سلوک<sup>۱۵</sup> و پرخاشگری<sup>۱۶</sup> را دارا می‌باشند (استینبرگ و درابیک<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۵).

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که اختلال ADHD در دوره پیش‌دبستان در حال افزایش بوده و اغلب کودکان را با چالش‌هایی مواجه ساخته و بر عملکرد آنان تأثیر گذاشته است (ویلوپای، پک و گرینبرگ<sup>۱۸</sup>، ۲۰۱۲؛ ماهون و اشنايدر<sup>۱۹</sup>، ۲۰۱۲؛ لودیسی، فاسیو، بلونی و کاستا<sup>۲۰</sup>، ۲۰۱۴). همچنین نتایج پژوهش‌های دیگران نشان داد که، اختلال ADHD ناشی از مجموعه عواملی چون ژنتیک پیچیده و مکانیسم‌های عصبی - زیستی و عصب روان‌شناختی است که عملکرد رفتاری و شناختی را از کودکی تا بزرگسالی تحت تأثیر قرار می‌دهد و می‌تواند ناشی از نارسایی در بازداری پاسخ و حافظه کاری باشد (کمپیل، هالپرین و سونوگا - بارک<sup>۲۱</sup>، ۲۰۱۴؛ اسکوغان، زینر، اجلند، اورنس، ریچپورن - جنرود و آس<sup>۲۲</sup>، ۲۰۱۵؛ اسجوال، بکمن و ثورل<sup>۲۳</sup>، ۲۰۱۵). همچنین نتایج پژوهش آنان نشان داد که فرآیند اختلال در خودتنظیمی به طور معناداری در ارتباط با نشانه‌های ADHD و بیشتر در کودکانی که به اختلال همبود نافرمانی دچار هستند، باقی خواهد ماند.

وجود چنین اختلالی در سنین پیش‌دبستانی در سلامت روانی کودکان و والدین آنان باعث به‌کارگیری انواع روش‌های درمانی و مداخله‌ای شده است. در این‌جا اهمیت مداخله بهنگام<sup>۲۴</sup> خانواده‌محور و پیشگیری از آسیب‌های روان‌شناختی از اولویت‌های توان‌بخشی و بهداشت روانی کودکان و خانواده‌هاست. بنابراین با توجه به اثربخشی محدود برنامه‌های درمانی کودکان ADHD لزوم توجه به درمان‌های مبتنی بر مدل‌های بومی شده، امکان استفاده والدین این کودکان به عنوان کمک‌درمانگر را فراهم می‌کند. کرونیس - توسکانو، لوپس - مورارتی، وودز، اوپرین، مازورسکی - هوروویتز و توماس<sup>۲۵</sup> (۲۰۱۴) در مطالعه خود دریافتند که پیش‌بینی زودهنگام اختلال ADHD می‌تواند علاوه بر شناسایی مشکلات خودتنظیمی<sup>۲۶</sup> کودک، مشکلات افسردگی والدگری<sup>۲۷</sup> والدین را هم شناسایی کرده و تعامل والد - کودک را تسهیل کند.

برخی پژوهشگران با طرح مداخلات پیشگیرانه برای کودکان پیش‌دبستانی با اختلال ADHD به این نتیجه رسیدند که با در نظر گرفتن مدل تعامل پویا، عوامل محیطی و زیستی در ایجاد یک

اختلال ADHD ماندگار، تا قبل از ایجاد اختلال‌های همبود، شکست تحصیلی و ارتباطات اجتماعی، می‌توان به عنوان یک اقدام موفقیت‌آمیز از این نوع مداخلات استفاده نمود و با در نظر گرفتن تعامل والد - فرزند می‌توان شرایط سازگاری این کودکان را افزایش داد (هالپرین، بدارد و کورچاک - لیتچین<sup>۲۸</sup>، ۲۰۱۲؛ کانینگهام<sup>۲۹</sup>، ۲۰۰۷). هم‌چنین پژوهش‌های دیگر به اهمیت آموزش والدین به عنوان یکی از رویکردهای روانی - آموزشی کودکان ADHD در جهت کاهش سوءرفتار والدین و هدایت‌گری دوستانه مادران اشاره دارد (ناظمی، محمدخانی و خوشابی<sup>۳۰</sup>، ۲۰۱۰؛ لرنر، میکامی و مک‌لنود<sup>۳۱</sup>، ۲۰۱۱). در این‌جا بهره‌گیری از روش‌های جدید درمانی چون بازی‌درمانی با در نظر گرفتن شرایط بومی خانواده‌ها، تأثیرگذاری چنین مداخلاتی را افزایش داده است.

بازی<sup>۳۱</sup> به عنوان یک فعالیت خودجوش، هدف آزاد و لذت‌بخش، تعامل والد - کودک پیش‌دبستانی را تسهیل کرده و باعث افزایش تحول مغزی و اصلاح رفتار کودکان ADHD می‌گردد (هالپرین و هیلی<sup>۳۲</sup>، ۲۰۱۱). هم‌چنین بازی نقش مهمی در تحول سیستم عصبی داشته و از طریق بازی تنیدگی کودک کاهش می‌یابد. بلوتسکی - شیرر، بل، رومرو و کارتر<sup>۳۳</sup> (۲۰۱۲) با استفاده از بازی و تعامل کودکان پیش‌دبستانی در پروژه هداسارت دریافتند که نشانه‌های مشکلات رفتاری درون‌نمود<sup>۳۴</sup> و برون‌نمود<sup>۳۵</sup> کودکان کاهش و توانایی یادگیری آنان افزایش یافت. دیگر مداخلات مبتنی بر بازی توانست میزان سازگاری اجتماعی و مهارت‌های کلامی را افزایش و مشکلات رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود کودکان پیش‌دبستانی را کاهش دهد (پیرسون<sup>۳۶</sup>، ۲۰۰۸؛ ایگیوم - ویلکنز، فییز، کستل، ژانگ، هنیش و مارتین<sup>۳۷</sup>، ۲۰۱۴؛ نیر، یوسف و آروموگام<sup>۳۸</sup>، ۲۰۱۴؛ هوانگ، لو، تسایی، چاو، هو، چوانگ و همکاران<sup>۳۹</sup>، ۲۰۰۹).

در اینجا به علت عدم وجود پژوهش‌های مربوط به بازی‌درمانی بومی شده، ضرورت توجه به بازی‌ها و متناسب‌سازی مدل‌های بازی‌درمانی مبتنی بر این بازی‌ها گامی جدید در مدیریت رفتار<sup>۴۰</sup> کودکان با نیاز ویژه و کاهش تنیدگی والدین آن‌ها محسوب می‌گردد. این بازی‌ها هرکدام به نحوی دستگاه عصبی را فعال ساخته و موجب برانگیختگی و تعامل بخش‌های حسی - ادراکی و تصمیم‌گیری شده و به طور کلی زمینه یکپارچگی حسی - حرکتی<sup>۴۱</sup> را فراهم می‌کند (اصغری نکاح<sup>۴۲</sup>، ۱۳۸۸). بازی‌های بومی با تحریک قشر حسی - حرکتی ارتباط‌های بسیاری بین منطقه لیمبیک و بخش‌های بینایی، شنوایی، و گفتاری برقرار نموده و با اثرگذاری متقابل مغز و دستگاه عصبی، کمیت و کیفیت پاسخ‌دهی رفتاری و عملکرد یادگیری و عصبی را افزایش می‌دهد (ری<sup>۴۳</sup>، ۲۰۰۸).

هرچند تاکنون بازی‌های بومی ایران تا حدودی از نظر فرهنگی و اجتماعی مورد توجه واقع شده، ولی کارکردهای درمانی و توان‌بخشی آن در حیطه کودک و خانواده در پژوهش‌های داخلی نادیده انگاشته شده است (اصغری نکاح، ۱۳۸۸). هم‌چنین با توجه به این مسأله و خلاء ناشی از چنین پژوهش‌هایی چنین به نظر می‌رسد که استفاده از رویکرد بازی‌درمانی گرنی<sup>۴۴</sup> که خود مبتنی بر

روش بازی‌درمانی تعامل والد - کودک (CPRT)<sup>۴۵</sup> بوده و با بازی‌های بومی ایرانی متناسب‌سازی شده است و تأثیر آن بر میزان توجه و فزون‌کنشی کودکان ADHD مورد بررسی قرار گرفته است، بتواند به عنوان یک راه‌حل مقابله جدید برای این گروه از کودکان در قالب برنامه آموزش والدین به کار گرفته شود. بنابراین هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مداخلات خانواده‌محور مبتنی بر بازی‌درمانی بومی شده و کاربرد آن بر شدت نشانه‌های کاستی توجه و فزون‌کنشی کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلال ADHD بود. در این خصوص می‌توان فرضیه پژوهش را بدین صورت تدوین نمود: آموزش بازی‌درمانی بومی شده می‌تواند شدت نشانه کاستی توجه و فزون‌کنشی /تکانش‌گری کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال ADHD گروه آزمایش را در مقایسه با گروه گواه کاهش دهد.

## روش

پژوهش حاضر از انواع پژوهش‌های آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و مرحله پیگیری با گروه گواه بود.

جدول ۱: شمای طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه

| گروه   | گزینه‌ش تصادفی | پیش‌آزمون | متغیر مستقل | پس‌آزمون | پیگیری |
|--------|----------------|-----------|-------------|----------|--------|
| آزمایش | R              | T2        | X1          | T2       | T3     |
| گواه   | R              | T1        | -           | T2       | T3     |

## جامعه آماری

در پژوهش حاضر جامعه آماری شامل تمامی مادران و کودکان دارای اختلال کاستی توجه و فزون‌کنشی / تکانش‌گری مراکز پیش‌دبستانی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ بر اساس اعلام رضایت و همکاری از سوی آنان و مدیران مهد بود.

## نمونه و روش نمونه‌گیری

بعد از کسب مجوز از اداره آموزش و پرورش اصفهان با استفاده از روش نمونه‌گیری مرحله‌ای در دسترس و به لحاظ موجود بودن فهرست نواحی آموزش و پرورش تعداد دو ناحیه به تصادف انتخاب و سپس از بین دو ناحیه تعداد ۱۰ مرکز پیش‌دبستانی به تصادف انتخاب و از میان تعداد ۵۷۴ نفر کودکان پیش‌دبستانی انتخاب شده این مراکز بر اساس گزارش مدیران مدارس کودکانی که اغلب با تشخیص روان‌پزشک یا روان‌شناس تحت درمان و یا نشانه‌های بالینی کودک ADHD را همراه داشتند، تعداد ۴۸ نفر (۱۶ نفر، ۳۲ پسر) گزارش شدند. در مرحله بعد با استفاده از مصاحبه بالینی نیمه‌ساختار با مادر و نتایج آزمون وندر بیلت (فرم والد) مورد غربال‌گری مجدد قرار گرفتند. نقطه برش انتخاب کودکان دارای اختلال بر اساس دستورالعمل پرسش‌نامه حداقل نمره ۶ از ۹ نمره برای

خرده‌آزمون‌های مشکلات کاستی توجه و فزون‌کنشی بود. از میان ۴۸ کودک ارزیابی شده تعداد ۳۲ کودک دارای نشانه‌های فزون‌کنشی و کاستی توجه /تکانش‌گری از ضعیف تا شدید تشخیص داده شدند که از این افراد با توجه به شرایط ورود آزمودنی‌ها، از جمله توانایی بازی با کودک، عدم مشکلات روانی و هوشی خاص و حضور دائم در جلسات آموزش، تعداد ۲۴ نفر از مادران کودکان با تشخیص نهایی اختلال ADHD (۹ دختر و ۱۵ پسر) انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. در تحلیل نهایی داده‌ها تعداد چهار نفر از آزمودنی‌ها به علت عدم حضور در جلسات از تحلیل نهایی حذف گردیدند.

## روش اجرا

شیوه مداخله برگرفته از مدل بومی سازی شده بازی‌درمانی تعامل والد - کودک گرنی (۱۹۶۵) بود. از آن‌جا که والدین از نظر ارتباط عاطفی به شکل بالقوه اهمیتی بیشتر از درمانگر جهت کمک به کودک دارند، لذا این روش بازی‌درمانی با هدف کمک به والد از طریق پیوند طبیعی موجود با فرزند به عنوان عامل درمانی و کمک‌درمانگر در زندگی فرزند، به نام تباردرمانی<sup>۴۶</sup> شکل گرفت. در این‌جا چون بازی بهترین ابزار تسهیل تعاملات و ایجاد ارتباط مثبت والد - کودک به شمار می‌رود، پس اصول بازی‌درمانی کودک‌محور در قالب گروه‌های کوچک به کار گرفته می‌شود. در این برنامه والد نه به عنوان درمانگر، بلکه به عنوان عامل درمانی و کمک‌درمانگر در فرآیند بازی با فرزند خود ایفای نقش می‌کند.

بازی‌درمانی گرنی با استفاده از تعامل والد - کودک، کاربرد بازی‌های خاص، بسترهای فرهنگی متفاوت و هم‌چنین در نظر گرفتن اصول بازی‌درمانی کودک‌محور مثل گوش دادن همراه با انعکاس، پاسخ‌دهی هیجانی، تعیین محدودیت‌های درمانی، ایجاد اعتماد به نفس در کودک به عنوان یک ابزار درمانی مهم در پیشگیری از اختلال‌های دوران کودکی مورد توجه هست. در این خصوص با توجه به بستر فرهنگی جامعه ایرانی و وجود بازی‌های بومی و ساده ارائه یک برنامه درمانی شده برای والدین و کودکان پیش‌دبستانی دارای نشانه‌های کاستی توجه/فزون‌کنشی ضروری به نظر می‌رسد.

بسته آموزشی بر اساس رویکرد بازی‌درمانی گرنی که خود مبتنی بر اصول بازی‌درمانی کودک‌محور و خانواده‌محور بود و هم‌چنین با بازی‌های ایرانی بومی‌سازی شده، تدوین گردید. بعد از اخذ مجوز و هماهنگی با مدیران و والدین محل جلسات مشخص و وسایل لازم تهیه گردید. جلسات شامل ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بوده که با حضور مادران کودکانی که بر اساس مقیاس‌های بالینی و آزمون‌های روان‌شناختی دارای نشانه‌های کاستی توجه/ فزون‌کنشی و تکانش‌گری از ضعیف تا شدید تشخیص داده شدند، برگزار شد. پژوهشگر به عنوان بازی‌درمانگر محتوای جلسات را با توجه به اصول بازی‌درمانی گرنی و در قالب دو مرحله تهیه و تدوین نمود. مرحله اول بعد از مطالعه منابع

نظری و پژوهشی در این باره، از پنج نفر از مادران کودکان با تشخیص اختلال ADHD خواسته شد که با استفاده از بازی‌هایی چون نان بیار، کباب ببر، گل یا پوچ، دوغی ماستی، لی‌لی، کلاغ‌پر، مجسمه و بادکنک‌بازی به مدت پنج جلسه و هر جلسه به مدت نیم ساعت در منزل با فرزند خود بازی کنند، سپس در پایان جلسات با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته و روش پدیدارشناسی، تجارب مادران از جلسات و ویژگی‌های روان‌شناختی فرزند آنان ثبت شد. سپس بر اساس مدل بازی‌درمانی گرنی نتایج مصاحبه با محتوای مدل بازنویسی و بسته آموزشی بازی‌درمانی تدوین گردید. در مرحله بعد بسته آماده شده در اختیار پنج نفر از استادان گروه روان‌شناسی کودکان استثنایی دانشگاه تهران و دانشگاه اصفهان و دو نفر بازی‌درمانگر قرار گرفت و روایی محتوایی و صوری آن مورد تأیید قرار گرفت. در مرحله دوم بسته آموزشی در قالب یک مطالعه مقدماتی روی گروهی از مادران کودکان ADHD مورد ارزیابی قرار گرفت که نتایج آن حکایت از تأثیر معنادار برنامه مداخله خانواده‌محور مبتنی بر بازی‌درمانی بومی شده بر نشانه کاستی توجه و فزون‌کنشی کودکان پیش‌دبستانی داشت (رحیمی، غباری بناب، افروز و فرامرزی<sup>۴۷</sup>، ۱۳۹۳). بعد از اصلاحات نهایی بسته آموزشی بازی‌درمانی بومی شده تعامل والد - کودک گرنی در قالب جدول ۲ آماده و در مرحله اجرای اصلی در قالب مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و بعد از دو ماه و نیم در مرحله پیگیری اجرا شد.

جدول ۲: خلاصه جلسات بازی‌درمانی بومی سازی شده

| جلسه  | هدف‌ها  | محتوا و روش  |
|-------|---|--|
| اول   | - میانی روان‌شناختی کودک با کاستی توجه/فزون‌کنش پیش‌دبستانی   | - پرسش و پاسخ درباره داشتن کودک با کاستی توجه/فزون‌کنش، چالش‌های خانواده، نمایش فیلم کودک ADHD، بررسی نشانه‌های بالینی   |
| دوم   | - مرور تکالیف، راه‌های ورود به دنیای کودک - تشریح اتاق بازی در منزل، جلسات والد - کودک - کاربرد بازی‌های بومی و اثربخشی آن بر تعامل والد - کودک | - تعریف بازی و بازی‌درمانی والد - کودک و اهمیت آن در پیش از دبستان - نمایش فیلم بازی‌درمانی والد - کودک و تشریح اصول آن - بازی‌ها: نان بیار کباب ببر، گل یا پوچ، کاغذ و قلم، بادکنک‌بازی، توپ و سبد، لی‌لی با خط‌کشی، مجسمه، کلاغ‌پر، جم‌جمک، خاله‌بازی، تپله‌بازی، گل‌بازی، مکعب‌بازی، دوغی ماستی |
| سوم   | - شرح چارچوب بازی‌ها - یادگیری اصول و مهارت‌های بازی‌درمانی والد - کودک، حد و مرزها، پاسخ‌دهی هیجانی  | - مشاهده ایفای نقش والدین در خصوص شیوه پاسخ‌دهی همدلانه - نمایش فیلم بازی‌درمانی کودک محور لندرت و تأکید بر اصول آن، توجه به بازی‌ها   |
| چهارم | - بررسی تکالیف، بازی‌ها، تقویت توجه و دقت کودک، حافظه کاری، تعامل والد - کودک، کاهش تکانش‌گری کودک، گوش دادن فعال                               | - انجام بازی کاغذ و قلم و بیان قصه برای آغاز ارتباط با کودک بازی جم‌جمک، آموزش بادکنک‌بازی، انجام بازی توپ و سبد، بازی نان بیار کباب ببر، گل یا پوچ، لی‌لی بازی همراه با خط‌کشی  |
| پنجم  | - بررسی تکالیف منزل، تقویت توجه و تصمیم‌گیری، خودکنترلی و خودگویی مثبت  | - گزارش مادران در خصوص شیوه انجام بازی‌ها، نمایش فیلم بازی - لی‌لی بازی، توپ و سبد، تپله‌بازی، گل یا پوچ، نان بیار کباب ببر،   |
| ششم   | - بررسی تکالیف، تقویت آزادی عمل کودک، تقویت مهارت توجه، گوش دادن  | - بررسی تمرین‌ها، بحث و تبادل نظر و تصحیح گزارش فیلم ضبط شده - انجام بازی توپ و سبد، گل یا پوچ، تپله‌بازی، بازی مجسمه، کلاغ‌پر، خاله‌بازی، قایم باشک   |

## ادامه جدول ۱

|      |   |  |
|------|---|--|
| هفتم | - بررسی تکالیف، درک احساسات کودک<br>مسئولیت‌پذیری   | - بررسی گزارش مادران درباره بازی‌ها و کاهش تنیدگی والد<br>- لی‌لی بازی، توپ و سبد، مجسمه، گل یا پوچ، کلاغ‌پر، خاله‌بازی  |
| هشتم | - بررسی تکالیف جلسه قبل، درک همدلانه<br>کودک در حین بازی، شیوه تعامل و تسهیل آن                 | - بحث و تبادل نظر در مورد گزارش مادران، گل‌بازی، تپله‌بازی، نون بیار<br>کباب ببر، توپ و سبد، بازی با بادکنک، بازی مجسمه  |
| نهم  | - بررسی تکالیف، توجه به آزادی عمل کودک،<br>تصمیم‌گیری و بازداری پاسخ، شیوه تعامل والد<br>- کودک | - بررسی گزارش والد، استفاده از بازی‌هایی چون لی‌لی بازی، دوغی ماستی،<br>نون بیار کباب ببر، گل یا پوچ، توپ و سبد، بازی با کاغذ، مجسمه،<br>جم‌جمک، گل بازی، عروسک‌بازی، قایم باشک، بازی بادکنک |
| دهم  | - بررسی تکالیف منزل، بررسی و مرور چارچوب<br>بازی‌ها، اصول همدلی، بیان حد و مرزها،<br>پاسخ‌دهی   | - تحلیل بازی‌ها با توجه به ویژگی‌های کودک فزون‌کنش و تأثیر آن بر<br>تنیدگی والد، جمع‌بندی  |

Wolraich, et al. (2003)

## ابزارها

در این پژوهش برای گردآوری اطلاعات از دو ابزار استفاده شد.

**پرسش‌نامه ADHD وندریبلت**<sup>۴۸</sup> (ولریچ، لمبرت، دافینگ، بیکمن، سیمونز و ورلی<sup>۴۹</sup>، ۱۹۹۷) کودکان پیش‌دبستانی و دبستانی (فرم والدین) - VADTRS<sup>۵۰</sup>. این مقیاس بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM IV) توسط ولریچ و همکاران (۱۹۹۷) طراحی شده است که همه ۱۸ ملاک این اختلال را دربر می‌گیرد. این مقیاس شامل ۴۷ گویه است که علاوه بر ملاک‌های تشخیص اختلال ADHD ملاک‌های نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک، اضطراب و افسردگی کودکان را نیز دربر می‌گیرد. گویه‌ها روی یک مقیاس لیکرت با درجات هرگز نمره ۱، گه-گاه نمره ۲، اغلب نمره ۳ و خیلی زیاد نمره ۴ مشخص شده است. نقطه برش برای خرده‌آزمون‌های مشکلات توجه و فزون‌کنشی/تکانش‌گری بر اساس دستورالعمل پرسش‌نامه هر کدام جداگانه نمره ۶ از ۹ در نظر گرفته شد.

اعتبار<sup>۵۱</sup> این پرسش‌نامه براساس آلفای کرونباخ برای اختلال ADHD ۰/۹۰، اختلال OD، ۰/۹۱، اختلال اضطراب و افسردگی، ۰/۷۹ گزارش شده است (ورهاست و ون دراند<sup>۵۲</sup>، ۲۰۰۶؛ ترجمه فرامرزی، حیدری و شرقی لیله سر). در این پژوهش اعتبار مقیاس بر اساس آلفای کرونباخ برای خرده‌آزمون ADHD ۰/۸۸ محاسبه شد.

**مصاحبه بالینی:** بر اساس ملاک‌های پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM5) ارزیابی تشخیصی نشانه‌های کاستی توجه/ فزون‌کنشی و تکانش‌گری کودکان از مادران به خاطر تشخیص دقیق‌تر به عمل آمد. این مصاحبه‌ها به شکل مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته بود که توسط پژوهشگر و دو روان‌شناس انجام شد. روایی محتوای مصاحبه با استفاده از توافق ارزیابان مورد تأیید قرار گرفت. مقدار ضریب توافق کاپا ۰/۹۱ محاسبه شد که بیانگر وجود قابلیت اعتماد مناسب است.



## یافته‌ها

در بخش زیر ویژگی‌های توصیفی و تحلیل استنباطی داده‌ها بر اساس جدول‌ها در دو گروه آزمایش و گروه گواه آورده شده است. در جدول شماره ۳ نتایج میانگین و انحراف معیار نمره‌های آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آورده شده است.

جدول ۳: شاخص توصیفی نتایج میانگین مقیاس ADHD و ندریبلت والدین در دو گروه آزمایشی و گواه

| گروه    | شاخص آماری       | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیگیری |
|---------|------------------|-----------|----------|--------|
| آزمایشی | میانگین          | ۳۱/۰۵     | ۲۳/۹     | ۲۴/۷   |
|         | انحراف استاندارد | ۶/۲۷      | ۷/۱۵     | ۶/۲۶   |
|         | نمونه            | ۱۰        | ۱۰       | ۱۰     |
| گواه    | میانگین          | ۲۹/۷۲     | ۲۷/۷۲    | ۲۸/۳۷  |
|         | انحراف استاندارد | ۵/۳۶      | ۴/۸۶     | ۴/۹۷   |
|         | نمونه            | ۱۰        | ۱۰       | ۱۰     |

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین نمرات کاستی توجه و فزون‌کنشی گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه کاهش یافته است. از آن‌جا که طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه هست، لذا برای تحلیل اثر کاربندی متغیر مستقل بازی‌درمانی در سه مرحله زمانی از مدل تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر با رعایت آزمون پیش‌فرض‌ها استفاده گردید. فرض نرمال بودن و برقراری واریانس‌ها بر اساس آزمون کلموگراف اسمیرنوف و لوین معنادار نشد، بنابراین برای انجام آزمون این فرض‌ها برقرار هست. (لوین، ۰/۸۹؛ درجه آزادی، ۱۸؛ سطح معناداری، ۰/۲۴) و (آزمون نرمال بودن کلموگراف اسمیرنوف، ۰/۷۵؛ سطح معناداری، ۰/۳۲). به منظور پاسخ‌گویی به فرضیه پژوهش ابتدا برای تعقیب آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر از آزمون پیش‌فرض کرویت موخلی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴: نتایج آزمون موخلی برای آزمون برابری واریانس‌ها و

کواریانس‌ها در مقیاس ADHD و ندریبلت (والدین)

| اثرات درون‌گروهی | W موخلی | خی‌دو | df | sig  | اپسیلون |
|------------------|---------|-------|----|------|---------|
| کاستی توجه       | ۰/۸۵    | ۲/۶۴  | ۲  | ۰/۲۶ | ۰/۸۷    |
| فزون‌کنشی        | ۰/۸۹    | ۱/۴۶  | ۲  | ۰/۴۵ | ۰/۸۹    |

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین واریانس‌ها و کواریانس‌های گروه‌های آزمایش و گواه در نمرات کاستی توجه و فزون‌کنشی تفاوت معناداری مشاهده نشد ( $P > 0/05$ ). این امر نشانگر پیش‌فرض برابری واریانس‌ها و کواریانس‌ها برای تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر تأیید شده است.

همگنی کواریانس‌های اندازه‌گیری متغیرهای وابسته هم بررسی شد. لذا فرض کرویت برقرار بود، بنابراین انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر بلا مانع است. نتایج این تحلیل در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر تک‌متغیره  
نمرات نشانه‌های بالینی ADHD در مقیاس ADHD و ندریپلت

| اندازه اثر | توان | سطح معناداری | مقدار F | میانگین مجذورات | درجه آزادی | مجموع مجذورات | منابع تغییر |           |
|------------|------|--------------|---------|-----------------|------------|---------------|-------------|-----------|
| ۱          | ۰/۵۶ | ۰/۰۰۱        | ۴۳/۱۶   | ۱۶۱/۷۲          | ۲          | ۱۲۴/۰۳        | کاستی توجه  | گروه      |
| ۱          | ۰/۵۶ | ۰/۰۰۱        | ۲۳/۴۶   | ۲۶۱/۲۱          | ۲          | ۳۲۳/۴۳        | فزون‌کنشی   |           |
| ۱          | ۰/۵۹ | ۰/۰۰۰۱       | ۵۶/۰۶   | ۱۶۳/۷۱          | ۲          | ۲۲۱/۲۳        | کاستی توجه  | زمان      |
| ۱          | ۰/۵۹ | ۰/۰۰۰۱       | ۲۳/۴۶   | ۱۶۴/۷۳          | ۲          | ۴۲۳/۴۳        | فزون‌کنشی   |           |
| ۰/۹۶       | ۰/۳۴ | ۰/۰۰۱        | ۹/۳۱    | ۶۴/۷۱           | ۲          | ۱۲۸/۴۳        | کاستی توجه  | زمان*گروه |
| ۱          | ۰/۲۶ | ۰/۰۰۱        | ۶/۴۶    | ۱۶۱/۷۱          | ۲          | ۲۲۲/۴۳        | فزون‌کنشی   |           |
|            |      |              |         | ۶/۸۹            | ۳۶         | ۲۴۸/۱۳        | کاستی توجه  | خطا       |
|            |      |              |         | ۸/۸۹            | ۳۶         | ۳۴۹/۰۳        | فزون‌کنشی   |           |

نتایج ارائه شده در جدول ۵ نشان می‌دهد که مداخله انجام شده توانسته است در زیرمقیاس‌های کاستی توجه و فزون‌کنشی تغییر معنادار (در سطح  $P < 0/01$ ) ایجاد نماید. لذا جهت پی بردن به این نکته که این تفاوت‌ها در کدام مراحل وجود داشته و تأثیر بیشتر در کدام سطح وجود داشته، بعد از بررسی میانگین‌ها نتایج نشان داد که در زیرمقیاس‌های کاستی توجه و فزون‌کنشی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری و در سطح گروه، زمان و تعامل گروه و زمان تفاوت نمرات معنادار است و این تفاوت در سطح زمان برای متغیر کاستی توجه بیشتر بوده است، یعنی نشانه کاستی توجه در مراحل اندازه‌گیری پس‌آزمون و پیگیری افزایش بیشتری نسبت به متغیر فزون‌کنشی داشته است. البته تفاوتی در بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد.

به عبارت دیگر آموزش بازی‌درمانی موجب کاهش بیشتر کاستی توجه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به نشانه فزون‌کنشی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شد. با مشاهده نمرات F در سه موقعیت اشاره شده (گروه،  $F = 43/16$  و  $F = 23/46$ ؛ زمان،  $F = 56/06$  و  $F = 33/46$ ؛ تعامل زمان و گروه،  $F = 9/31$  و  $F = 6/46$ )، نتایج حاکی از آن است که برنامه مداخله‌ای باعث افزایش استفاده از بازی‌درمانی بومی شده در کاهش نشانه‌های کاستی توجه و فزون‌کنشی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایشی شده است و این افزایش در گروه گواه مشاهده نشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر اثربخشی آموزش بازی‌درمانی بومی شده بر نشانه‌های کاستی توجه و فزون‌کنشی کودکان ADHD را نشان می‌دهد. یافته‌های پژوهش حاضر فرضیه تحقیق را تأیید می‌کند. نتایج

نشان داد که آموزش بازی‌درمانی به والدین کودکان ADHD توانست نشانه کاستی توجه و فزون‌کنشی آنان را کاهش دهد. همان‌طور که در بخش مقدمه اشاره شده در مطالعات قبلی، پژوهشی که به بررسی اثربخشی آموزش بازی‌درمانی بومی شده به مادران کودکان پیش‌دبستانی ADHD و تأثیر آن بر نشانه‌های بالینی این کودکان پرداخته باشد، یافت نشد. با این حال پژوهشگران بی‌شماری چون (گری<sup>۵۳</sup>، ۲۰۰۸؛ پیرسون، ۲۰۰۸؛ نیر و همکاران، ۲۰۱۴؛ یانگ، تای، یانگ و گاو<sup>۵۴</sup>، ۲۰۱۳؛ هالپرین و هیلی، ۲۰۱۱؛ وورال، آکایا، کوکوکپارلاک، ارکان و اراکار<sup>۵۵</sup>، ۲۰۱۴؛ ایگیوم - ویلکنز و همکاران، ۲۰۱۴؛ شکوهی یکتا، اکبری زردخانه، پرنده و پوران<sup>۵۶</sup>، ۱۳۹۱؛ کنگرلو، لطفی کاشانی و وزیری<sup>۵۷</sup>، ۱۳۹۱؛ و پوشکارنا<sup>۵۸</sup>، ۲۰۱۴) از برنامه بازی‌درمانی و مداخله بهنگام از طریق آموزش والدین به منظور بهبود رفتار کودکان و کاهش شدت نشانه‌های بالینی آنان، به ویژه کودکان دارای اختلال ADHD استفاده کرده‌اند. با توجه به اینکه هدف برنامه‌های آموزش بازی‌درمانی به والدین کودکان ADHD بر کاهش شدت نشانه‌های بالینی و مدیریت رفتار تأکید دارد (بارکلی<sup>۵۹</sup>، ۲۰۱۳)؛ لذا می‌توان نتایج این پژوهش را به طور تلویحی همسو با پژوهش‌های ذکر شده دانست.

از آنجایی که برنامه مداخله‌ای به کار برده شده به شکل بومی و برگرفته از مدل بازی‌درمانی تعامل والد - فرزند گرنی بود، با نتایج به دست آمده از مطالعه اکبری، خلجی و شفیعی زاده<sup>۶۰</sup> (۱۳۸۶) همخوانی دارد. این پژوهشگران با استفاده از بازی‌های بومی توانستند مهارت‌های حرکتی کودکان ۹-۷ ساله را افزایش دهند. دیگر یافته‌های این پژوهش مبنی بر تأثیر بازی‌درمانی بر کاهش مشکلات بالینی کودکان ADHD در نتایج پژوهش‌های پوشکارنا (۲۰۱۴)، اسکوگان و همکاران (۲۰۱۵)، هالپرین و همکاران (۲۰۱۲)، هلث، کرتیس و مک فرسان<sup>۶۱</sup> (۲۰۱۵)، نشان داد که بازی‌درمانی در کاهش نشانه‌های بالینی کودکان ADHD مؤثر بوده و باعث افزایش تعامل والد - کودک می‌گردد. هلث و همکاران (۲۰۱۵) در برنامه آموزش مدیریت رفتار والدین (BPT) کودکان ADHD که با شرکت ۴۳ خانواده و با هدف کاهش تنیدگی والدینی و افزایش خودکارآمدی والدینی انجام شد، نشان داد که تغییرات معناداری در متغیر تنیدگی والدینی و خودکارآمدی والدین ایجاد گردید. همچنین بر اساس گزارش والدین شدت نشانه‌های بالینی کودکان هم کاهش یافت. یافته‌ها را می‌توان برحسب موارد زیر تبیین نمود:

در بازی‌درمانی بومی‌سازی شده تعامل والد - فرزند گرنی، مادران کودکان با اختلال کاستی توجه/ فزون‌کنشی در کارگاه بازی‌درمانی به عنوان کمک‌درمانگر و عامل درمانی شناخته شده و به خاطر ارتباط عاطفی قوی با فرزند خود شرایط تعامل بیشتری را با فرزند خود داشته و از آنجا که بازی‌های بومی مثل گل یا پوچ، نان بیار کباب بیر، مجسمه، کلاغ‌پر، گل‌بازی، بادکنک‌بازی، لی‌لی و دیگر بازی‌های مورد استفاده هر کدام برخاسته از بستر بومی خانواده‌های ایرانی است، مادران

شرکت‌کننده در جلسات با استفاده از بازی‌های اشاره شده شرایط تعامل بهتری را با فرزند دارای مشکل خود فراهم نموده و تأثیر هر کدام از بازی‌ها با توجه به هسته‌های مشکلات کودکان ADHD در کارکردهای اجرایی علاوه بر کاهش تنیدگی مادران، شدت نشانه‌های اختلال فرزندانش را هم به تدریج کاهش داد. از این رو کاربرد بازی‌های بومی در قالب بازی‌درمانی توسط مادران کودکان ADHD توانست نیازهای روان‌شناختی فرزندانش را فراهم نماید.

برنامه بازی‌درمانی بومی‌سازی شده گرنی، که خود ترکیبی از خانواده‌درمانی و بازی‌درمانی کودک‌محور است، توسط پژوهشگر در مطالعه مقدماتی (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۳) به‌کار گرفته شد و نتایج آن حاکی از تأثیر این نوع بازی‌درمانی در کاهش شدت نشانه‌های اختلال ADHD بود. در جلسات آموزش، مادران هر کدام با استفاده از اصول بازی‌درمانی کودک‌محور که مبتنی بر اصل پذیرش، پاسخ‌دهی هیجانی و همدلی بود و از طریق تمرین بازی‌های بومی با فرزند دارای مشکل خود در محیط منزل سپری می‌شد به تدریج میزان توجه کودکان افزایش و هم‌چنین میزان فزون‌کنشی آنان کاهش یافت. به مادران آموزش داده شد تا در برخورد با کودک خود صبر پیشه کرده و فرزند خود را به طور کامل بپذیرند. هم‌چنین طی جلسات، خود مادران اذعان می‌کردند که تعامل بهتری با فرزند خود داشته و به تدریج این شکل از تعامل افزایش می‌یافت. برخی بازی‌ها مثل کاغذ و قلم، بادکنک‌بازی و گل‌بازی شرایط بهتری برای توجه فرزند ایجاد می‌نمود و کودک خود در فضای بازی با مادر احساس آرامش بیشتری داشت و این حالت با احساس پیروزی در فضای بازی همراه می‌شد که خود به خود خودکارآمدی مادر و فرزند را افزایش می‌داد. در این راستا در تعمیم نتایج مطالعات یانگ و همکاران (۲۰۱۳)؛ هالپرین و هیلی (۲۰۱۱)؛ وورال و همکاران (۲۰۱۴)، ایگیوم - ویلکنز و همکاران (۲۰۱۴)، بایستی با احتیاط عمل کرد، زیرا نتایج آنان نشان داد که استفاده از بازی و بازی‌درمانی عملکرد مثبت والدین را تا حدی افزایش داده و کمتر به کاهش شدت نشانه‌های بالینی کودکان ADHD منجر شده است.

با بررسی هر کدام از نتایج پژوهش‌های اشاره شده می‌توان استنباط کرد که داشتن یک برنامه بازی‌درمانی بومی شده برای گروه‌های با فرهنگ‌های متفاوت می‌تواند نتایج بهتری را به همراه داشته باشد. بنابراین انتظار می‌رود که با متناسب‌سازی مدل‌های مختلف بازی‌درمانی بتوان شرایط سازگاری والدین و خانواده و هم‌چنین شدت نشانه‌های اختلال‌های کودکان پیش‌دبستانی را کاهش داد. در این خصوص یافته‌های این پژوهش نشان داد که علیرغم محدودیت‌های موجود در خصوص نوع همکاری والدین، عدم حضور پدران در برنامه آموزشی، کوتاه بودن دوره آموزشی و تشخیص بهنگام و دقیق اختلال ADHD، کاربرد مداخله‌های خانواده‌محور به لحاظ تبارشناسی نتایج بهتری را برای والدین کودکان دچار اختلال ADHD به همراه دارد. پس می‌توان گفت که بازی‌درمانی با ابعاد

روان‌شناختی کودکان هماهنگ بوده و برای آنان تجربه خوشایندی محسوب می‌شود و با ایجاد چارچوب ارتباطی امن و پذیرنده، زمینه درمان و بهبود مشکلات کودکان را هموار می‌سازد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد با تشخیص کلینیکی دقیق‌تر و با نمونه بیشتر از هر دو والد به شکل زوج در جلسه‌های آموزشی استفاده شود و همچنین با توجه به اهمیت برنامه بازی‌درمانی بومی در داخل کشور، پیشنهاد می‌گردد پروتکل بازی‌درمانی بومی شده در قالب کارگاه آموزشی به روان‌شناسان، مشاوران و والدین آموزش داده شود.

### سیاسگزاری

شایسته است از همکاری صمیمانه مدیران مراکز پیش‌دبستانی آموزش و پرورش ناحیه ۲ و ۴ شهر اصفهان، به ویژه مراکز ستوده، نیکان، تبسم و شکوفه‌ها و همچنین مادران شرکت‌کننده در جلسات تشکر و قدردانی گردد.

### پی‌نوشت‌ها

1. Neurodevelopmental disorders
2. Stress
3. Lee, Lin, Robson, Yang, Chen & Niew
4. Attention deficit/ hyperactivity disorder
5. Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders
6. Inattention
7. Hyperactivity
8. Impulsivity
9. American Psychiatric Association (APA)
10. Antshel & Barkley
11. Comorbidity
12. Anxiety
13. Depression
14. Defiant
15. Conduct
16. Agression
17. Steinberg & Drabick
18. Willoughby, Pek & Greenberg
19. Mahone & Schneider
20. Ludici, Faccio, Belloni & Costa
21. Campbell, Halperin & Sonuga-Barke
22. Skogan, Zeiner, Egeland, Urnes, Reichborn-Kjennerud & Aase
23. Sjowall, Backman & Thorell
24. Early intervention
36. Pearson
37. Eggum-Wilkens, Fabes, Castle, Zhang, Hanish & Martin
38. Nair, Yusof & Arumugam
39. Huang, Lu, Tsai, Chao, Ho, Chuang & et.al.
40. Behavior Management
41. Sensory-Motor Integration
42. Asghari Nekah
43. Ray
44. Gurney Play Therapy
45. Child Parent Relationship Therapy
46. Filial Therapy
47. Rahimi, Ghobari Bonab, Afrooz & Faramarzi
48. Vanderbilt Scale
49. Wolraich, Lambert, Doffing, Bickman, Simmons & Worley
50. Vanderbilt ADHD Diagnosis Parent Rating Scale
51. Reliability
52. Verhulst & Van der Ende
53. Grey
54. Yang, Tai, Yang & Gau
55. Vural, Akkaya, Kucuk-kparlak, Ercan & Eracar

25. Chronis-Tuscano, Lewis-Morrarty, Woods, O'Brien, Mazursky-Horowitz & Thomas  
 26. Self rgulation  
 27. Parenting  
 28. Halperin, Bedard & Curchack-Litchin  
 29. Cunningham  
 30. Nazemi, Mohammadkhani & Khoshabi  
 31. Lerner & Mikami  
 32. Halperin & Healey  
 33. Bulotsky-Shearer, Bell, Romero & Carter  
 34. Internalizing behavioral problems  
 35. Externalizing behavioral problems
56. Shokohi-Yekta, Akbari Zard-khaneh, Parand & Pooran  
 57. Kangarloo, Lotfi Kashani & Vaziri  
 58. Pushkarna  
 59. Barkley  
 60. Akbari, Khalaji & Shafizadeh  
 61. Health, Curtis & McPherson

## منابع

- اصغری‌نکاح، م. (۱۳۸۸). کاربردهای آموزشی - ترمیمی بازی‌های بومی ایران در آموزش و توانبخشی کودکان دارای نیازهای ویژه. *مجله تعلیم و تربیت/استثنایی*، ۹۰، ۱۴-۳.
- اکبری، ح.، خلجی، ح. و شفیع‌زاده، م. (۱۳۸۶). تأثیر بازی‌های بومی و محلی بر رشد مهارت‌های جابه‌جایی پسران ۷ تا ۹ ساله. *مجله حرکت*، ۳۴، ۳۵-۴۶.
- رحیمی، س.، غباری‌بناب، ب.، افروز، غ. و فرامرزی، س. (۱۳۹۳). مطالعه مقدماتی اثربخشی مداخلات خانواده‌محور مبتنی بر مدل بازی‌درمانی بومی شده بر تنیدگی مادران کودکان با اختلال کاستی توجه و فزون‌کنشی. *سومین همایش ملی سلامت روان و تندرستی*.
- شکوهی‌یکتا، م.، اکبری‌زردخانه، س.، پرند، ا. و پوران، ف. (۱۳۹۱). ارتقای تعامل والدین و فرزندان آن‌ها با استفاده از آموزش روش‌های نوین والدگری. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۲(۱۰) ۱-۱۴.
- کنگرلو، م.، لطفی‌کاشانی، ف. و وزیر، ش. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش خانواده در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۲۲(۳) ۲۱۶-۲۲۰.
- ورهالتس، اف. سی. و ون‌دراند، جی. (۲۰۰۶). *مقیاس‌های ارزیابی روان‌شناختی و روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان*. ترجمه فرامرزی، حیدری و شرقی لیله‌سر (۱۳۹۲). اصفهان: جهاد دانشگاهی.
- Akbari, H., Khalaji, H., & Shafizadeh, M. (2007). [Effect of local and country games on development of displacement skills in 7-9 year-old boys]. *Journal of Harakat*, 34, 35-46 [in Persian].
- Antshel, K., & Barkley, R. (2008). Psychosocial intervention in attention hyperactivity disorder. *Child and adolescent psychiatric Clinics of North America*, 17, 421-437.
- Asghari Nekah, M. (2009). [Educational- rehabilitational application of Iran Native games on educating and rehabilitating of children with especial needs]. *Journal of exceptional education*, 9, 3-14 [in Persian].
- Barkley, R. A. (2013). *Taking charge of ADHD: The Complete, Authoritative Guide for Parents*. New York: Guilford Publications.
- Bulotsky-Shearer, R. J., Bell, E. R., Romero, S. L., & Carter, T. M. (2012). Preschool interactive Peer play mediates problem behavior and learning for low- income children. *Journal of applied developmental psychology*, 33(1), 53-65.

- Campbell, S. B., Halperin, J. M., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2014). *A developmental perspective on attention-deficit/Hyperactivity disorders: Handbook of developmental psychopathology*. New York: Springer Science.
- Chronis-Tuscano, A. M., Lewis-Morrarty, E., Woods, K., O'Brien, K. A., Mazursky-Horowitz, H., & Thomas, S. R.. (2014). Parent-child interaction therapy with emotion coaching for preschoolers with ADHD disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 23(1)* 4-17.
- Cunningham, C. E. (2007). A family-centered approach to planning and measuring the outcome of interventions for children with ADHD disorders. *Journal of Pediatric Psychology, 32(6)* 676-694.
- Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*. (2013). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Eggum-Wilkens, N. D., Fabes, R. A., Castle, S., Zhang, L., Hanish, L. D., & Martin C. L. (2014). Playing with others: Head start children's peer play relations with kindergarten school competence. *Early childhood research quarterly, 29(3)* 345- 356.
- Grey, P.(2011). The decline of play and the rise of psychopathology in children and adolescents. *American journal of play, 3(4)* 443-449.
- Halperin, J. M., Bedard, A. C. V., & Curchack-Lichtin, J. T. (2012). Preventive interventions for ADHD: A Neurodevelopmental perspective. *Neurotherapeutics, 9(3)* 531-541.
- Halperin, J. M., & Healey, D. M. (2011). The influences of environmental enrichment, cognitive enhancement, and physical exercise on brain development: can we alter the developmental trajectory of ADHD? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 35(3)* 621-634.
- Health, C. L., Curtis, D. F., & McPherson, R. (2015). The association between parenting stress, parenting self efficacy, and the clinical significance of child ADHD symptom change following behavior therapy. *Child psychiatry and human Development, 46(1)* 118-129.
- Huang, H. L., Lu, C. H., Tsai, H. W., Chao, C. C., Ho, T. Y., Chuang, S. F., Tsai, C. H., & Yang, P. C. (2009). Effectiveness of behavioral parent therapy in preschool children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences, 25(7)* 357-365.
- Kangarloo, M., Lotfi Kashani, F. & Vaziri, S. (2012). [Effect of family education in decreasing behavior problems of children with ADHD]. *Journal of Medical Science of Islamic Azad University, 22(3)* 216-220 [in Persian].
- Lee, P. C., Lin, K. C., Robson, D., Yang, H. J., Chen, V. H., & Niew, W. I. (2012). Parent-child intervention of mothers with depression and their children with ADHD. *Research in developmental disabilities, 34(1)* 656- 668.
- Lerner, M. D., Mikami, A. Y., & McLeod, B. D. (2011). The alliance in a friendship coaching intervention for parents of children with ADHD. *Behavior therapy, 42(3)* 449-461.
- Ludici, A., Faccio, E., Belloni, E., & Costa, N. (2014). The use of the ADHD diagnosis label: What implications exist for children and their families? *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 122*, 506-509.
- Mahone, E. M., & Schneider, H. E. (2012). Assessment of attention in preschoolers. *Neuropsychology Review, 22(4)* 361-383.
- Nair, S. M., Yusof, N. M., & Arumugam, L. (2014). The effects of using the play method to enhance the mastery of vocabulary among preschool children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 116*, 3976-3982.

- Nazemi, F., Mohammadkhani, P., & Khoshabi, K. (2010). Parent management training used in abusive parent-child interaction in children with ADHD. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 244-249.
- Pearson, B. (2008). *Effects of a cognitive behavioral play intervention on children's hope and school adjustment*. Thesis of PhD. University of Carolina.
- Pushkarna, P. (2014). ADHD, an account of a successful play therapy (Psychoanalytical Psychotherapy). *Journal of Apollo Medicine*, 11(1) 35-36.
- Rahimi, S., Ghobari Bonab, B., Afrooz, G., & Faramarzi, S. (2014). [Initiative Study on Effectiveness of Family Based Intervention with Emphasize on Localized Play Therapy on Stress of Mothers with ADHD Child]. *The Third National Conference on Mental Health and Well-Being* [in Persian].
- Ray, D. C. (2008). Impact of play therapy on parent- child relationship stress at a mental health training setting. *British Journal of Guidance and Conselling*, 36(2) 165- 187.
- Shokohi-Yekta, M., Akbari Zardkhaneh, S., Parand, A., & Pooran, F. (2012). [Enhancing relationship of parents and children through educating new methods of parenting]. *Journal of psychological method and modeling*, 2(10) 1-14 [in Persian].
- Sjowall, D., Backman, A., & Thorell, L. B. (2015). Neuropsychological heterogeneity in preschool ADHD: Investigating the interplay between cognitive, affective and motivation-Based forms of regulation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(4) 669-680.
- Skogan, A. H., Zeiner, P., Egeland, J., Urnes, A. G., Reichborn-Kjennerud, T., & Aase, H. (2015). Parent ratings of executive function in young preschool children with symptoms of ADHD disorder. *Behavioral and Brain Functions*, DOI: 10.1186/s12993-015-0060-1.
- Steinberg, E. A., & Drabick, D. A. G. (2015). A developmental psychopathology perspective on ADHD and comorbid conditions: The role of emotion regulation. *Child psychiatry and Human Development*, 46(6) 951-966.
- Verhulst, F. C., & Van der Ende, J. (2006). *Assessment scales in child and adolescent psychiatry* (S. Faramarzi, T. Hidari, & S. Sharghi Leyleh-Sar, Trans.). Esfahan: Jahad Daneshgahi Publications [in Persian].
- Vural, P., Akkaya, C., Kucukparlak, I., Ercan, I. & Eracar, N. (2014). Psychodramatic group psychotherapy as a parental intervention in attention deficit hyperactivity disorder: A preliminary study. *The Arts in Psychotherapy*, 41(3) 233-239.
- Willoughby, M. T., Pek, J., & Greenberg, M. T. (2012). Parent-reported attention deficit/hyperactivity symptomology in preschool-aged children: factor structure, developmental change, and early risk factors. *Journal of abnormal child psychology*, 40(8) 1301-1312.
- Wolraich, M. L., Lambert, W., Doffing, M. A., Bickman, L., Simmons, T., & Worley, K. (2003). Psychometric properties of the Vanderbilt ADHD Diagnostic parent rating scale in a referred population. *Journal of pediatric psychology*, 28(8) 559-568.
- Yang, H. N., Tai, Y. M., Yang, L. K., & Gau, S. S. F. (2013). Prediction of childhood ADHD symptoms to quality of life in young adults: Adult ADHD and anxiety/-depression as mediators. *Research in developmental disabilities*, 34(10) 3168-3181.