

اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی- رفتاری بر مشکلات رفتاری، مسولیت پذیری و

عزت نفس دانش آموزان پسر دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی

میلاد حیدریان^۱، مژده میرزایی^۲، سمیرا شاه اویسی^۳، دکتر مریم اکبری^{۴*}

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بازی درمانی شناختی رفتاری همان طوری که از اسمش هم عیان است، مداخلات شناختی رفتاری را درون برنامه بازی می‌گنجاند. فعالیت‌های بازی و همچنین ارتباط کلامی و غیر کلامی در حل مشکلات کودکان مورد استفاده قرار می‌گیرند. هدف از این پژوهش بررسی میزان اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر مسولیت پذیری، مشکلات رفتاری و عزت نفس دانش آموزان پسر دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی پایه پنجم و ششم ابتدایی شهرستان جوانرود می‌باشد.

روش پژوهش: جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه دانش آموزان پسر پایه پنجم و ششم ابتدایی شهرستان جوانرود در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۲۰۲۰ می‌باشد. روش این پژوهش نیمه آزمایشی و به لحاظ هدف کاربردی است و از نظر روش اجرا، نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل و مداخله بود که برای هر گروه ۱۵ نفر بصورت تصادفی قرار گرفته (در کل ۳۰ نفر) و به مدت ۱۰ جلسه بازی درمانی شناختی- رفتاری را دریافت کردند. روش نمونه‌گیری این پژوهش، روش نمونه‌گیری در دسترس بود که بعد از در اختیار داشتن گروه نمونه آن‌ها بطور تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم کردیم. در این پژوهش از سه پرسشنامه و روی هر دو گروه اجرا شدند که عبارت اند از آزمون پنج مقیاسی عزت نفس پپ و همکاران (۱۹۸۹) برای کودکان، پرسشنامه مشکلات رفتاری راتر (۱۹۶۷)، پرسشنامه مسولیت پذیری منیر کردلو (۲۰۱۵) و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد. کلیه تجزیه و تحلیل آماری در این پژوهش به کمک نرم افزار آماری SPSS 22 صورت گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بازی درمانی شناختی- رفتاری بر مشکلات رفتاری، مسولیت پذیری و عزت نفس دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی موثر بوده و تغییرات معناداری را ایجاد کرده است.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر میزان مشکلات رفتاری، مسولیت پذیری و عزت نفس دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی، و ایجاد تغییرات معنادار در آنها می‌توان از این روش

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دپارتمان روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی،

دانشکده علوم رفتاری دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران، تهران، ایران.

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج، کردستان، ایران.

۳. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج، کردستان، ایران.

۴. دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج،

کردستان، ایران. Akbari1384@gmail.com

درمانی برای مداخله و بهبود علائم کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی در کنار دارو درمانی و سایر درمان‌های توانبخشی استفاده کرد.

واژگان کلیدی: بازی درمانی شناختی- رفتاری، مسئولیت پذیری، مشکلات رفتاری، عزت نفس، اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی کودکان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۹/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۹/۲۵

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی^۱ به عنوان نوعی اختلال رشدی- عصبی شناخته شده و خصیصه اساسی آن نارسایی توجه، بیش فعالی و تکانشگری^۲ است. که در چندین موقعیت وجود دارد و بر عملکرد شغلی، تحصیلی و اجتماعی فرد تاثیر می گذارد. انجمن روانپزشکی آمریکا^۳ بر مبنای علائم خاص، بین سه نوع فرعی این اختلال تمایز قائل شده است (اناستوپولوس^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). نقص های اصلی در علایم می تواند حوزه های مختلف رفتاری، جسمانی، و جنبه های اجتماعی سلامت فرد را تحت تاثیر قرار دهد. ابعاد ذهنی این اختلال شامل علایم اصلی مانند: عدم توجه و نقص در کنترل بازداری است که باعث مشکلات رفتاری، عدم انجام دادن درست تکالیف و مسوولیت ها و در نتیجه لطمه خوردن به حرمت خود و عزت نفس فرد می شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). شیوع این اختلال بالا بوده و شیوع آن در میان کودکان بین ۵ تا ۱۰ درصد عنوان شده است که به طور میانگین می توان گفت که بین ۳۰ تا ۷۰ درصد از کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی را به دوران بزرگسالی هم منتقل کرده و با خود دارند (جنتیان و همکاران، ۲۰۰۹).

اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی اختلالی پیشرونده و تقریباً شایعی است که با رفتارهای نامناسب سن، تحمل کم، جنب و جوش زیاد، مشکلات عدیده در توجه و تمرکز، تکانشگری و آشفتگی های هیجانی و رفتاری همراه است (عاشوری و دلال زاده بید گلی، ۲۰۰۸). این کودکان با مشکلات رفتاری عدیده و مسوولیت پذیری مواجه هستند که عزت نفس آن ها را هم متعاقباً به چالش می کشد (تجربشی، و همکاران، ۲۰۱۵). این دست از مشکلات کودکان باعث اختلال در محیط و اختلال در رابطه تعاملی با مادر و ایجاد استرس در او می شود (اس جور^۵ و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین باید عنوان کرد که این مشکلات باعث می شود تا این کودکان از جانب همسالان و همکلاسی هایشان مورد طرد اجتماعی قرار گرفته و در نتیجه با مشکلات روانشناختی دیگری مانند افسردگی، اضطراب و استرس دست و پنجه نرم کنند (روز و گرازیانو^۶، ۲۰۱۸).

-
1. attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)
 2. impulsivity
 3. American psychiatry association
 4. Anastopoulos, A. D
 5. Esbjorn, B. H., & colleague
 6. Ros, R., Graziano, P. A

با توجه به میزان شیوع و تاثیرات پایدار و مزمن این اختلال، پژوهشگران بر آنند تا روش های درمانی موثر و راهبردهای پیشگیری از گسترش مشکلات کودکان در معرض خطر را شناسایی کنند. از بین درمان های متفاوت که برای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی به کار برده شده اند، بازی درمانی به لحاظ درمانی و آموزشی از اهمیت ویژه ای برخوردار بوده است (هالاها و کافمن^۱، ۲۰۱۵). بازی درمانی روش بسیار کاربردی برای درمان مشکلات متنوع کودکان است که دنیای درونی و بیرونی کودکان را به هم گره زده و باعث ارتقاء توانمندی های کودک می شود (جان و ری^۲، ۲۰۱۶). بازی دارای فواید و ارزش های بسیاری برای کودک به شمار می رود که به او کمک کرده تا احساسات خود را به شکل ساده و موثر بیان کند (وینگتون^۳ و همکاران، ۲۰۰۸). بازی در واقع نوعی زبان رمزی برای کودکان است که به آنها اجازه می دهد تا در چارچوب بازی چیزهایی یادگیرند و با پیامدهای شناخت ها و رفتارهایشان آگاه شوند (نورتون^۴ و همکاران، ۲۰۱۱) و با تکیه بر ارتباطات غیر کلامی، به تسهیل و تقویت منابع درونی پرداز (تیلور^۵، ۲۰۰۹). کودکان از طریق فرآیند بازی درمانی به تخلیه هیجانی پرداخته و می توانند بر محیط پیرامون خود مسلط شوند و همین به نوبه خود باعث ایجاد انگیزه برای تداوم بازی می شود به شیوه ای که کودک از فرآیند بازی هم لذت ببرد (لو ال^۶ و همکاران، ۲۰۱۰) و به همین خاطر بازی به عنوان نوعی روش درمانی برای مشکلات کودکان، به طور روز افزونی مورد استفاده بوده است (سیو آف^۷، ۲۰۱۰). بازی درمانی رویکردهای گوناگونی دارد که در این پژوهش از مدل شناختی- رفتاری استفاده شده است. در طی فرآیند بازی درمانی شناختی- رفتاری، شناخت ها و رفتارهای ناکارآمد کودک شناسایی شده و روی آن ها کار می شود تا کودک مهارت های گوناگون ارتقاء بهبود عملکرد و رفتار و سایر مهارت های اساسی را یاد بگیرد. در بازی درمانی شناختی- رفتاری، محتوای جلسات و نوع بازی که برای کودکان طراحی می شود متناسب با سن کودکان است و بصورت ارتباط کلامی و غیر کلامی انجام می شود. این روش، به درگیر کردن فعالانه کودکان در طی جلسات درمان و مشارکت او در بازی ها سخن گفتن در مورد

-
- | | | |
|----|------------------------------|---|
| 1. | Hallahan, D. P., Kauffman, J | M |
| 2. | Jayne, K. M., Ray, D. C | |
| 3. | Wethington, H. R | |
| 4. | Norton, B., & colleague | |
| 5. | Taylor, E. R | |
| 6. | Lu, L | |
| 7. | Siu, A. F | |

موضوع‌های مربوط به خود-کنترلی، تسلط و پذیرش مسولیت برای تغییر رفتار تاکید دارد. کودک با ترکیب کردن مهارت‌های شناختی که یاد گرفته در طی درمان یاد خواهد گرفت که آن‌ها را به بوته عمل بگذارد و درمانگر به کودک کمک خواهد کرد تا شناخت‌های ناکارآمد را شناسایی و اصلاح کند و شناخت‌های کارآمد و مفید را جایگزین آن‌ها کند (نل، ۱۹۹۹). به عنوان نمونه از عروسک‌های خیمه شب بازی یا حیوانات دستکشی برای آموزش تکنیک‌های شناختی کارآمد (مانند، مقابله با نگرش‌های ناسالم و خودگویی مثبت) در بازی درمانی استفاده خواهد شد (گلگرو و همکاران، ۲۰۰۴).

بازی درمانی مدل شناختی-رفتاری در مراحل گوناگون (شروع: آشنایی و آمادگی، ارزیابی، مرحله میانی و پایانی) اجرا می‌گردد و به کودک آموزش می‌دهد تا مسولیت تمامی کارهایش را پذیرفته و رفتارهای او پیامدهایی خواهند داشت. بعد از اینکه کودک را آماده گردید، از توانایی‌ها و مشکلات او ارزیابی به عمل آمد و در قدم بعد درمانگر به انجام مراحل بازی درمانی پرداخته و با تاکید بر حس پیشرفت، خودکارآمدی، مسولیت‌پذیری و ارتقای حس خودکارآمدی و انواع رفتارهای متناسب با محیط به کودکان؛ فرآیند درمان را پی گرفته و در آخر کودک و خانواده را برای خاتمه دادن به جلسات درمانی آماده می‌کند (نل، ۱۹۹۹).

مرور پیشینه پژوهش بیانگر آن است که مطالعات گوناگون، کارآمدی بازی درمانی را بر اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی (عاشوری، ۲۰۱۹)، کاهش اضطراب، فوبیا و اقدام به خودکشی (شن‌یی جی، ۲۰۰۲)، افزایش توانایی‌های مربوط به کارکردهای اجرایی مغز و مهارت‌های اجتماعی (براتون^۴ و همکاران، ۲۰۰۵)، افزایش اعتماد به نفس و کاهش اختلالات خلقی (بگرلی^۵، ۲۰۰۴)، کاهش مشکلات زبانی و گفتاری (دینجر و کلاندرث^۶، ۲۰۰۵)، کاهش آگورافوبیا (جلالی و همکاران، ۲۰۰۹)، کاهش مشکلات رفتاری-هیجانی (مورو^۷ و همکاران، ۲۰۰۶) و کاهش مشکلات

-
1. Knell, S.M
 2. Gallagher, H. M
 3. Shen, Y. J
 4. Bratton, S. C
 5. Baggerly, J
 6. Danger, S., Landreth, G
 7. Muro, J

درونی سازی و برونی سازی (پک من و براتون، ۲۰۰۳) را در کودکان بخصوص کودکان دارای کم توانی هوشی (انزانیوشان و همکاران، ۲۰۱۲) نشان داده اند.

در مجموع می توان گفت که تا اکنون درمان شناختی رفتاری در قالب بازی موجب بهبود بسیاری از اختلالات دوران کودکی شده است و کارآمدی آن در اکثر مشکلات به تایید رسیده است. از آنجایی که کودکان دارای جایگاه حساس و مهمی در جامعه هستند و والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی نگرانی زیادی بابت مشکلات عدیده رفتاری، عزت نفس و مسولیت پذیری این کودکان دارند و از سوی دیگر شیوع این اختلال رو به رشد بوده لذا پژوهشگران این پژوهش در صدد است تا با استفاده از بازی درمانی شناختی- رفتاری زمینه برای رفع مشکلات رفتاری، مسولیت پذیری و عزت نفس کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی را فراهم کرده و ضمن افزایش دانش بشر مربوط به بازی درمانی، نتایج مطالعه در اختیار متخصصانی قرار گیرد که بتوانند از روش های اصلاحی و درمانی بدون عوارض جانبی در جهت حل مشکلات مربوط به این اختلال استفاده کند. با توجه به این نکته که مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی در سال های بعدی زندگی هم مشاهده می شوند، چنانچه این کودکان از مداخلات کارآمد برخوردار شوند، رفتارهای سازگارانه آن ها در سال های آتی تضمین خواهد شد.

بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین کارآمدی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر مشکلات رفتاری، مسولیت و عزت نفس دانش آموزان پسر دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی است که در صورت تایید اثر بخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری می توان در جهت رشد سالم و متعادل شخصیت کودکان قدم برداشت و از تداوم مشکلات رفتاری این کودکان در سال های آینده جلوگیری کرد. در این پژوهش سه فرضیه عنوان شده اند که به ترتیب عبارتند از فرضیه اول: بازی درمانی شناختی- رفتاری بر مسولیت پذیری دانش آموزان پسر دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی پایه پنجم و ششم ابتدایی تاثیر معنادار دارد، فرضیه دوم: بازی درمانی شناختی- رفتاری بر مشکلات رفتاری دانش آموزان پسر دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی پایه پنجم و ششم ابتدایی تاثیر دارد. و در نهایت فرضیه سوم: بازی درمانی شناختی- رفتاری بر عزت نفس دانش آموزان پسر دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی پایه پنجم و ششم ابتدایی تاثیر دارد.

روش پژوهش

روش اجرای این تحقیق از نوع طرح شبه آزمایشی بود. طرح تحقیق به صورت طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه است. متغیر مستقل، بازی درمانی شناختی-رفتاری می‌باشد که فقط در گروه آزمایشی، اعمال شد و تاثیر آن بر نمرات پس آزمون افراد گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه، مورد مقایسه قرار گرفت.

جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه دانش آموزان پسر پایه پنجم و ششم ابتدایی شهرستان جوانرود در سال تحصیلی ۲۰۱۹-۲۰۲۰ می‌باشد. نمونه این تحقیق شامل ۳۰ نفر از جامعه مورد نظر بود. برای انتخاب نمونه پژوهش از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. بدین ترتیب که از مراکز مشاوره شهرستان جوانرود، دانش آموزان پسری که بر اساس نظر مشاور و نظر متخصص روانشناسی حاضر در کلینیک دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی بودند و رفتارهای کارآمد و دارای مسئولیت ضعیفی داشتند شناسایی شده که تعداد ۳۰ نفر از آن‌ها انتخاب شدند و بعد از این مرحله به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند.

آزمون پنج مقیاسی عزت نفس پپ و همکاران (۱۹۸۸) برای کودکان توسط پپ و همکاران در سال ۱۹۸۸ ساخته شده است. عبدالله نژاد (۲۰۰۰) برای بدست آوردن روایی بیرونی به بررسی همبستگی این آزمون و آزمون روزنبرگ پرداخته است که ضریب همبستگی آن ۰/۸۲ به دست آمد. ولی بیگی (۲۰۰۰) برای بررسی پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ ضریب ۰/۷۶ را به دست آورد. همچنین، پژوهشگر این پژوهش هم برای بررسی پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب همبستگی ۰/۷۸ را به دست آورد. این آزمون دارای پنج مقیاس عزت نفس (مقیاس‌های کلی، تحصیلی، جسمانی، خانوادگی، اجتماعی) و یک مقیاس دروغ سنج می‌باشد. هر مقیاس دارای ۱۰ سوال مجزا است و هر کدام از سوالات دارای ۳ ماده می‌باشند (تقریباً هیچ-گاه، بعضی اوقات، همیشه). ضریب آلفای کرونباخ، مبتنی بر انحراف استاندارد سوال‌های آزمون است با توجه به فرمول آلفای کرونباخ ضریب پایایی این آزمون ۰/۸۶ محاسبه شده است که در مقایسه با روش دو نیمه کردن آزمون که ۰/۸۷ می‌باشد، اختلاف میان دو روش محاسبه برابر ۰/۰۱ است که بسیار ناچیز و قابل اغماز است. در ادامه روش آلفای کرونباخ برای پی بردن به ارزش هر سوال در مجموعه سوالات آزمون اقدام به دست آوردن پایایی بعد از حذف هر سوال از مجموعه سوالات شد که به روش لوپ

مشهور است (قاسم زاده، ۲۰۰۸). ضریب پایایی این آزمون به طور کلی برابر با ۰/۸۹ می باشد (غفاری، ۱۹۹۴).

مقیاس عزت نفس به اشکال مختلف عزت نفس بسیار ضعیف، عزت نفس ضعیف، عزت نفس متوسط، عزت نفس خوب، و عزت نفس بسیار بالا تقسیم شدند. به منظور روایی آزمون از روش های همسانی درونی و تحلیل عامل استفاده شد، روش همسانی درونی به وسیله محاسبه همبستگی هر سوال با تک تک سوالات آزمون با مقیاس مربوطه و با کل آزمون مشخص شده است. بیشترین همبستگی کل آزمون با مقیاس عمومی (کلی) می باشد که $r = 0/8346$ به طور کلی تمامی مقیاس ها با سطح احتمال خطا پذیری ۰/۰۰۱ (سطحی که در این پژوهش برای معنی دار بودن پذیرفته می شود)، همبستگی معناداری را نشان می دهند (غفاری، ۱۹۹۴). نمره گذاری این مقیاس بدن شکل است که گزینه تقریباً همیشه = ۲، بعضی اوقات = ۱ و تقریباً هیچگاه = ۰ می گیرد. خرده مقیاس های این پرسشنامه مشتمل اند بر ماده های مقیاس کلی که شامل سوالات، ۵۵، ۴۹، ۴۳، ۳۷، ۳۱، ۲۵، ۱۹، ۱۳، ۷، ۱، و ماده های مقیاس تحصیلی شامل سوالات، ۵۶، ۵۰، ۴۴، ۳۸، ۳۲، ۲۶، ۲۰، ۱۴، ۸، ۲، و ماده های مقیاس جسمانی شامل سوالات ۵۷، ۵۱، ۴۵، ۳۹، ۳۳، ۲۷، ۲۱، ۱۶، ۹، ۳، و ماده های مقیاس خانوادگی شامل سوالات ۵۸، ۵۲، ۴۶، ۴۰، ۳۴، ۲۸، ۲۲، ۱۶، ۱۰، ۴، و ماده های مقیاس اجتماعی شامل سوالات، ۵۹، ۵۳، ۴۷، ۴۱، ۳۵، ۲۹، ۲۳، ۱۷، ۱۱، ۵، و ماده های مقیاس دروغ سنج شامل سوالات، ۶۰، ۵۴، ۴۸، ۴۲، ۳۶، ۳۰، ۲۴، ۱۸، ۱۲، ۶ است که کسب نمره ۲ در ماده ۴ (بیشتر) از ماده های دروغ سنج حاکی از آن است که کودک سعی کرده است به سبک جامعه پسند پاسخ دهد و لذا ممکن است اعتبار مقیاس های عزت نفس مورد تایید قرار گیرد.

پرسشنامه رفتاری راتر توسط مایکل راتر (۱۹۶۷) جهت تمایز گذاشتن بین کودکان بهنجار و کودکان دارای مشکلات رفتاری تنظیم شده است. زیر گروه های آزمون عبارت اند از پر خاشگری- بیش فعالی، اضطراب- افسردگی، رفتار ضد اجتماعی، ناسازگاری اجتماعی و اختلال نارسایی توجه. این آزمون در ایران به وسیله مهریار و همکاران ترجمه و مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه دارای دو فرم والدین و معلمین است که در پژوهش حاضر از فرم والدین استفاده شده است. این ابزار دارای دو فرم است فرم ۳۱ و ۱۸ گویه ای که در این پژوهش از فرم ۱۸ گویه ای استفاده شد که با استفاده از مقیاس سه درجه ای لیکرت (۰=درست نیست، ۱= تا حدودی درست است و ۲=

کاملاً درست است) نمره گذاری می‌گردد. نمرات این پرسشنامه با مجموعه نمره گویه‌ها محاسبه می‌شود، در نتیجه دامنه نمرات بین ۰-۳۶ است و نمره بالاتر نشان دهنده مشکلات رفتاری بیشتر خواهد بود. پرسشنامه راتر دارای روایی علمی قابل قبولی است (راتر و همکاران، ۱۹۷۵). در پژوهش اولیه راتر و همکاران (راتر، ۱۹۶۷)، بر روی ۹۱ کودک در حد توافق بین پرسشنامه و تشخیص روانپزشک در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار گزارش شده است. در پژوهش دیگری به وسیله راتر و همکاران (۱۹۷۵)، با به کار بردن روش پژوهش قبلی درصد توافقی در حد ۶۱/۵ درصد گزارش شد. در مورد پایایی این پرسشنامه هم باید گفت که راتر آنرا ۰/۸۵ گزارش کرده است (راتر، ۱۹۶۷). اما در پژوهش دیگر راتر و همکاران (۱۹۷۵) به بکار بردن روش دو نیمه کردن پرسشنامه، پایایی آن را حدود ۰/۸۹ گزارش کردند که در هر دو پژوهش سطح اطمینان معنی داری آن ۰/۰۰۱ می‌باشد. راتر روایی سازه ابزار را با روش تحلیل عاملی تایید و پایایی آن را با روش بازآزمایی دوماهه ۰/۷۴ گزارش کردند. در ایران سعادت و قمرانی پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش داده اند (سعادت و قمرانی، ۲۰۱۶). در این پژوهش پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بدست آمد.

زمان لازم جهت نمره گذاری و تکمیل پرسشنامه به وسیله والدین حدود ۱۰ دقیقه می‌باشد. والدین بدون وجود ابزار خاص رفتارهای کودک را در ۱۲ ماه گذشته مد نظر قرار داده و مواد لازم را پاسخ می‌دهند. این پرسشنامه توسط والدین کودک (ترجیحاً مادر) نمره گذاری و تکمیل می‌گردد. ابتدا اسامی کلیه والدین دانش آموزانی که به عنوان گروه نمونه انتخاب شده بودند استخراج شد و از آن‌ها خواسته شد که عبارت‌ها را بخوانند و با در نظر گرفتن مشاهدات خود از کودک در سال گذشته پرسشنامه را در مورد کودک خود نمره گذاری کنند.

پرسشنامه مسئولیت پذیری منیره کردلو (۲۰۱۵) توسط کردلو و بر اساس سلسه مراتب نیازهای مزلو و در سال ۲۰۱۱ ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۵۶ سوال با ۵ عامل فعالیت دانش آموز در داخل و خارج از محیط مدرسه، مسئولیت در خانه و مدرسه، غیبت و تاخیر، احساس امنیت و عزت نفس است. کردلو پایایی این پرسشنامه را بر اساس آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بیان کرده است.

این پرسشنامه دارای ۵ مقیاس است. که به ترتیب در مقیاس اول فعالیت‌های دانش آموز در داخل و خارج از مدرسه پرسیده می‌شود. در این سوال به هر گویه یک نمره اختصاص یافته است و جمع

گزینه‌ها میزان فعالیت‌های دانش آموز را نشان می‌دهد. این پرسشنامه دارای پایایی و روایی مناسب می‌باشد. این آزمون بر روی جامعه آماری دانش آموزان شهر تهران اجرا شده است که در آن تعداد ۴۷۹ دانش آموزان دختر و پسر شهر تهران مورد آزمون قرار گرفته اند. روایی این آزمون از طریق همبسته کردن سوالات ۰/۸۲ و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ به میزان ۰/۸۹ است که نمایانگر روایی و پایایی بالای این آزمون است. ضمناً لازم به ذکر است که در نهایت پایایی و روایی مجدداً برای این مطالعه به طور جداگانه محاسبه شد. مقدار آلفای بدست آمده برای این مطالعه ۰/۸۸ بود که نشان دهنده پایایی پرسشنامه مورد استفاده است. پایایی خرده مقیاس‌های پرسشنامه هم در این پژوهش شامل تعهد بیرونی ۰/۷۷، تعهد درونی ۰/۸۴، احساس امنیت ۰/۷۶، عزت نفس ۰/۸۵ و احساس تعلق ۰/۹۱ و روایی کلی آن ۰/۸۹ بدست آمد.

برنامه آموزشی بازی درمانی شناختی- رفتاری که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است، از نوع شناختی- رفتاری است که در طی فرآیند ده جلسه‌ای بازی‌های مختلف مثل آموزش حل مسئله، ایفای نقش و بازی تجسمی با کودکان انجام گرفت که در شیوه انجام تحقیق توضیحات بیشتر داده شده است (زارع، احمدی، ۲۰۰۸، به نقل از میرزایی، ۲۰۱۹).

در این پژوهش، به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید. در بخش آمار توصیفی از فراوانی، درصد فراوانی، نمودار، میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی؛ ضمن رعایت برخی از مفروضه‌ها، از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد. کلیه تجزیه و تحلیل آماری در این پژوهش به کمک نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت. معیارهای ورود افراد به پژوهش شامل دریافت تشخیص اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی، اخذ رضایت از کودک و والدین جهت شرکت در پژوهش و برخورداری از بهره هوشی حداقل متوسط و عدم هیچگونه آسیب حسی (دیداری، شنیداری) و حرکتی (فلج مغزی، صرع و...)؛ همچنین ملاک‌های خروج افراد از پژوهش شامل، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات بازی درمانی شناختی رفتاری، شرکت در مداخله بازی درمانی شناختی رفتاری مشابه در پژوهش حاضر به طور همزمان یا در شش ماه اخیر، ابتلا به سایر اختلالات عصب- تحولی (اختلالات طیف اتیسم، اختلال یادگیری، مشکلات ارتباطی و...) با توجه به پرونده پزشکی کودک.

شرح جلسات بدین شکل است:

۱۳۴ فصلنامه سلامت و آموزش در اوان کودکی؛ سال دوم ؛ شماره سوم ؛ شماره پیاپی (۵)؛ پاییز ۱۴۰۰

جدول ۱: برنامه آموزشی بازی درمانی شناختی- رفتاری

جلسه اول	اعضای گروه به یکدیگر معرفی شدند، در این جلسه سازگاری کودکان با محیط و یکدیگر مد نظر بود و برای ایجاد رابطه دوستی و احساس امنیت هر نوع بازی که کودکان پیشنهاد می دادند انجام می شد؛ به عنوان مثال، در این بازی کودکان با استفاده از ماشین هایی که در دست داشتند و با آن بازی می کردند و ماشین ها زمانی که تصادف می کردند توسط مربی ها، ماشین پلیس و آمبولانس جهت نظم دادن به آن ها و ایجاد امنیت و احساس دوستی با آن ها آمبولانس وارد بازی می شود و آن ها این احساس دوستی و امنیت را درک خواهند کرد.
جلسه دوم و سوم	بازی با عروسک های خیمه شب بازی و اسباب بازی های نرم که به کودک کمک می کند تا رفتارهای صحیح اجتماعی را بیاموزد.
جلسه چهارم	استفاده از حیوانات اسباب بازی برای کشف ترس از روابط با دیگران، از بین رفتن ترس های کودکان از حیوانات و کشف نگرانی از روابطش با استفاده از تکنیک ایفای نقش برای هر حیوان
جلسه پنجم	استفاده از بازی خیالی برای کمک به کودک در ابراز ترس ها، آرزوها و ایده ها به صورت کلامی و غیر کلامی
جلسه ششم	استفاده از خمیر بازی با این هدف که مشکلات رفتاری آن ها شناسایی شوند.
جلسه هفتم و هشتم	استفاده از نقاشی و کشیدن تصاویر
جلسه نهم	استفاده از بازی تئاتر و نقش هایی که دوست دارند انجام دهند
جلسه دهم	استفاده از بازی های گروهی

(زارع، احمدی، ۲۰۰۸، به نقل از میرزایی، ۲۰۱۹)

یافته ها

در جدول (۱)، به بررسی همگنی ماتریس واریانس- کواریانس با استفاده از آزمون Box's M پرداخته شده که با توجه به آن باید گفت که F محاسبه شده در سطح آلفای ۰/۰۵ از لحاظ آماری معنی دار نیست ($F=0/308$ و $\text{sig}>0/05$)، بنابراین پیش فرض تساوی کواریانس ها برقرار است.

جدول ۲: آزمون باکس برای بررسی همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس

Box's M	۳/۸۹۸
F	۱/۱۹۹
درجه آزادی	۳

۱۴۱۲۰/۰۰۰

درجه ی آزادی ۲

۰/۳۰۸

سطح معنی داری (Sig)

در جدول (۳) برای بررسی یکسانی واریانس هاست که با توجه به نتایج آزمون لوین چون که سطح معناداری F محاسبه شده برای متغیرهای پیوسته بیشتر از آلفای ۰/۰۵ می باشد ($Sig > 0/05$)، بنابراین مفروضه یکسانی واریانس ها تایید می گردد.

جدول ۳: آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس در گروه ها

متغیرهای وابسته	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
پس آزمون خودکارآمدی	۰/۲۶۵	۱	۲۸	۰/۶۱۱
پس آزمون احساس تنهایی	۱/۰۹۹	۱	۲۸	۰/۳۰۳

فرضیه اول: بازی درمانی شناختی- رفتاری بر مسولیت پذیری دانش آموزان پسر دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی پایه پنجم و ششم ابتدایی تاثیر معنادار دارد (جدول ۴).

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره در مورد اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر میزان مسولیت پذیری دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی

اثر	ارزش	F	درجه آزادی	درجه آزادی	معنی داری	اندازه اثر
			فرضیه	خطا	(Sig)	(Eta)
گروه	لامبدای ویلکز	۳۳/۰۳۱	۲	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۷۲۵

همانطور که در جدول (۴) مشاهده می شود، نتایج آزمون چند متغیری لامبدای ویلکز که به طور همزمان اثر هر یک از عوامل را بر متغیر مسولیت پذیری می سنجد، در مورد متغیر ترکیبی یعنی تفاوت دو گروه بازی درمانی شناختی- رفتاری و گروه کنترل با توجه به متغی وابسته (مسولیت پذیری دانش آموزان پسر دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی) در سطح آلفای بونفرونی معنی دار است ($F_{(2, 28)} = 33/031, Sig < 0/01$)؛ بنابراین، F محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار است. همچنین، میزان رابطه یا اندازه اثر نیز برابر با ۰/۷۲۵ می باشد ($Partial\eta^2 = 0/725$)؛ بنابراین با عنایت به معناداری F، و با ۹۵ درصد اطمینان می توان نتیجه گرفت که بازی درمانی شناختی- رفتاری بر

مسئولیت پذیری دانش آموزان پسر دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی موثر بوده است؛ بنابراین فرضیه مبنی بر اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر مسئولیت پذیری دانش آموزان پسر دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی تایید می‌شود.

فرضیه دوم: بازی درمانی شناختی- رفتاری بر مشکلات رفتاری دانش آموزان پسر دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی پایه پنجم و ششم ابتدایی تاثیر دارد.

در جدول (۵) به بررسی آزمون لوین برای بررسی یکسانی واریانس‌ها پرداخته شده است. که F محاسبه شده در سطح آلفای ۰/۰۵ برای متغیر مشکلات رفتاری معنادار نیست ($Sig > ۰/۰۵$)، $(F_{(۲۸,۴۱)} = ۰/۳۷۰)$ ؛ بنابراین مفروضه یکسانی واریانس‌های پذیرفته می‌شود.

جدول ۵: آزمون لوین برای یکسانی واریانس‌ها

متغیر وابسته	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
مشکلات رفتاری	۰/۳۷۰	۱	۲۸	۵۴۸/۰

با توجه به نتایجی که در جدول (۶) مشاهده می‌شود، و با توجه به کنترل و حذف آماری متغیر تصادفی کمکی (پیش آزمون)، برای متغیر مشکلات رفتاری، F محاسبه شده در سطح آلفای برونفرونی معنادار است ($Sig < ۰/۰۱$ ، $F = ۳۲/۰۳۸$)، اندازه اثر که در واقع مترادف با مجذور همبستگی (r^2) است، برابر ۰/۵۴۳ می‌باشد. بدین معنی که بیش از ۵۴ درصد کاهش مشکلات رفتاری دانش آموزان در نمرات پس- آزمون به بازی درمانی شناختی- رفتاری مربوط است و بدین ترتیب هم فرضیه دوم پژوهش تایید می‌گردد.

فرضیه سوم: بازی درمانی شناختی- رفتاری بر عزت نفس دانش آموزان پسر دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی پایه پنجم و ششم ابتدایی تاثیر دارد.

در جدول (۶) به بررسی آزمون یکسانی واریانس‌ها به وسیله آزمون لوین پرداخته شد.

جدول ۶: آزمون لوین برای بررسی یکسانی واریانس‌ها

متغیر وابسته	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
عزت نفس	۱/۱۷۸	۱	۲۸	۰/۲۸۷

همانگونه که در جدول فوق نشان داده شده است، آماره F در سطح آلفای ۰/۰۵ معنادار نیست ($F_{(280)} = 0/370$ ، $Sig > 0/05$)؛ بنابراین، پیش فرض برابری واریانس‌ها پذیرفته می‌شود.

جدول ۷: نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر عزت نفس

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری (Sig)	اندازه اثر (Eta)
عزت نفس		۱۳۸۰/۸۹۴	۱	۱۳۹۰/۸۹۴	۲۳/۲۹۰	۰/۰۰۰	۰/۴۶۳
گروه	خطا	۱۶۰۰/۸۶۳	۲۷	۵۹/۲۹۱			

همانطور که در جدول فوق و F محاسبه شده در سطح آلفای بونفرونی معنادار گردیده است ($0/01 < Sig$ ، $F = 23/290$) می‌توان نتیجه گرفت که بازی درمانی شناختی- رفتاری بر عزت نفس موثر بوده و آن را افزایش داده است. همچنین جدول فوق موید این مطلب است که اندازه اثر برابر ۰/۴۶۳ می‌باشد. بدین معنی که بیش از ۴۶ درصد افزایش عزت نفس در نمره‌های پس آزمون به تاثیر بازی درمانی شناختی- رفتاری مربوط است.

بحث و نتیجه گیری

یکی از نتایج این تحقیق، تاثیر معنی دار بازی درمانی شناختی- رفتاری بر مسولیت پذیری دانش آموزان پسر دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی پایه پنجم و ششم ابتدایی می‌باشد که با توجه به نتایج بدست آمده، این فرضیه تحقیق تایید می‌شود. نتیجه تحقیق حاضر با نتیجه تحقیق زارع و احمدی (۲۰۰۸) و ابوالقاسمی و همکاران (۲۰۰۶) همسو می‌باشد.

در تبیین این نتیجه باید عنوان کرد که کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی دارای رفتارهای تکانشی، زیر پا گذاشتن یا نادیده گرفتن قواعد و قوانین، و در نتیجه اینها عدم بر عهده گرفتن مسولیت رفتار خود یا تکالیف محوله باعث می‌شود که از طرف خانواده و مدرسه مورد سرزنش و حتی طرد قرار بگیرند و دوباره همین امر باعث می‌شود که این کودکان مسولیت‌هایشان را به خوبی بر عهده نگیرند در نتیجه در یک سیکل معیوب گیر می‌کنند (کویی، ۲۰۲۱) اما در مداخله

ما انواع آموزش‌های رفتاری و شناختی متناسب با مسولیت در بازی‌ها گنجانده شد و چندان دور از انتظار نیست که مسولیت‌پذیری این کودکان بهبود یابد و تغییر معناداری پیدا کند.

یکی دیگر از نتایج این تحقیق، تاثیر معنی‌دار بازی درمانی شناختی- رفتاری بر مشکلات رفتاری دانش‌آموزان پسر دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی پایه پنجم و ششم ابتدایی بود که با توجه به نتایج بدست آمده تغییرات معنی‌دار است. نتایج این تحقیق با نتایج پژوهش ایوانز و همکاران (۲۰۱۱) همسو است. همچنین یافته‌های این بخش از پژوهش با تحقیق لندرت و همکارانش (۲۰۰۹) که به بررسی اثربخشی بازی درمانی بر رفتار و هیجان‌های کودکان پرداخته بودند، تحقیق صریح و همکارانش (۲۰۱۵) که به بررسی بازی درمانی گروهی و اثربخشی آن بر مشکلات رفتاری پرداخته بودند، همچنین عاشوری و همکارانش (۲۰۱۸) که به تاثیر بازی درمانی شناختی- رفتاری بر بهبود مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی پرداختند همسو و همخوان است.

در تبیین این مسئله که بازی درمانی شناختی- رفتاری باعث کاهش مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی می‌شود، می‌توان بدین گونه عنوان کرد که کودکان در خلال بازی درمانی، آگاهی و بینش بیشتری نسبت به رفتارها و افکار خود پیدا کرده و راهکارهایی را یاد می‌گیرند که به وسیله آن‌ها قادر خواهند بود تا از بخش اعظم مشکلات خود عبور کنند (رضایی اردانی، ۲۰۱۱). با توجه به اینکه کودکان دارای اختلال نارسای توجه/ بیش‌فعالی دچار مشکلات عدیده رفتاری و واکنش‌های مناسب رفتاری هستند و نتیجه آن دچار انواع مختلف اختلالات اضطرابی و افسردگی خواهند شد این کودکان نیازمند آموزش هستند تا رفتار درست را یاد گرفته و بتوانند متناسب با موقعیت رفتارهای مناسب را بکار بگیرند در نتیجه جلسات بازی درمانی باید حاوی تکنیک‌هایی باشد تا شناخت، تفکر و رفتار آن‌ها را اصلاح کرده و راه درست را به آن‌ها یاد دهد (جنتیان و همکاران، ۲۰۰۹). چون برنامه بازی درمانی شناختی- رفتاری این موارد را شامل می‌شد، نتیجتاً اینگونه مشکلات هم به گونه معناداری کاهش پیدا کرد.

و آخرین نتیجه این تحقیق اثربخشی معنادار بازی درمانی شناختی- رفتاری بر عزت نفس کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بود که معنادار بود. والدین این کودکان بعد از به اتمام رسیدن جلسات بازی درمانی شناختی- رفتاری بازخوردهای خوبی درباره‌ی ارتباط با فرزندان خود

گزارش دادند که با توجه به این گفته و نتایج به دست آمده از سطح معناداری تغییرات می توان گفت که بهتر شدن رابطه والدین با کودکان منجر به افزایش عزت نفس و احترام به خود دانش آموزان شده است. این نتایج با تحقیق هنسن و همکاران (۲۰۰۰) همسو است که در آن نشان داده اند شرکت کودکان در جلسات بازی درمانی باعث می شود تا رفتارهای مناسب و مطلوب را یاد گرفته و آن ها را در موقعیت های اجتماعی بکار ببرند. همین ها باعث می شود تا نقش اجتماعی شان را به خوبی ایفا کرده و تقویت دریافت کنند و در نتیجه اینها هم عزت نفس و حرمت- خود آن ها به طرز بسیار معناداری ارتقاء می یابد. بنابراین می توان نتیجه گرفت که برای ارتقای عزت نفس در کودکان و مخصوصا کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی از انواع بازی درمانی و مخصوصا بازی درمانی شناختی- رفتاری استفاده کرد.

نتایج پژوهش اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری را بر هر سه متغیر وابسته را نشان داد و باز باید برگشت به سخنان نل (۱۹۹۹) که عنوان می کند بازی درمانی شناختی- رفتاری به صورت رهنمودی، متمرکز بر مشکل و کوتاه مدت است و به خوبی روی انواع مشکلات کودکان جواب می دهد. کودکان در خلال بازی درمانی مهارت هایی را هم مثل، همکاری، دوستی و اعتماد را یاد می گیرند که اتفاقا در این زمینه ها هم ضعف داشته و تقویت این مهارت ها بستر را برای رشد سایر مهارت های مشکل دار این کودکان مهیا می سازد. این پژوهش محدودیت هایی داشت و از جمله آن ها می توان به تفاوت فرهنگی و سطح علمی والدین این دانش آموزان، محدود شدن گروه نمونه به یک شهر ایران (شهرستان جوانرود) و فقط کودکان در دو مقطع تحصیلی در این پژوهش شرکت داشتند و پیشنهاد می شود این تحقیق را با گروه نمونه بزرگتر، مشارکت دادن دختران در پژوهش، و استفاده از تصویربرداری مغزی برای دستیابی به نتایج بهتر انجام دهند.

محدودیت ها:

از جمله محدودیت های این پژوهش شامل عدم توانایی پژوهشگر در کنترل میزان دوز مصرفی دارو و نوع داروهای روان پزشکی مصرفی آزمودنی ها داشته باشد و همچنین در این پژوهش تمامی آزمودنی ها پسر بودند و امکان دسترسی به کودکان دختر دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی نبود. همچنین از جمله محدودیت های مهم این پژوهش تعداد اندک آزمودنی ها بود که امکان تعمیم نتایج را به جامعه بزرگتر مشکل می سازد.

پیشنهادهات:

پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی، نوع داروی روانپزشکی مصرفی و میزان دوز آن در هر دو گروه آزمایش و کنترل مورد توجه قرار گیرد. و از تعداد نمونه بیشتری استفاده شود تا بتوان به راحتی نتایج را تعمیم داد.

ملاحظات اخلاقی:

جهت رعایت کردن اصول اخلاقی، اطلاعات افراد شرکت کننده در پژوهش محرمانه مانده و از والدین رضایت نامه کتبی گرفته شد و با آن ها اطمینان داده شد که اطلاعات فرزندان آن ها بصورت محرمانه حفظ خواهند شد.

تضاد منافع:

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله هیچ گونه تعارض منافی ندارد.

تشکر و قدردانی:

پژوهشگران و نویسندگان این مقاله لازم می دانند تا بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان و والدین این کودکان که در اجرای این پژوهش نقش داشته اند، صمیمانه تقدیر و تشکر نمایند.

خلاصه برنامه آموزشی برنامه شناختی- رفتاری:

جلسه اول	معرفی اعضا به همدیگر، ایجاد رابطه درمانی
جلسه دوم و سوم	آموزش رفتارهای اجتماعی مناسب به کودکان
جلسه چهارم	از بین بردن ترس کودکان با استفاده از نمایش عروسکی
جلسه پنجم	آموزش ابراز وجود با استفاده از بازی تخیلی
جلسه ششم	شناسایی مشکلات رفتاری با استفاده از خمیربازی
جلسه هفتم و هشتم	کشیدن نقاشی و تخیله هیجان
جلسه نهم	اجرای آموخته ها با تئاتر و نقاشی
جلسه دهم	بازی جمعی و گروهی

منابع

- Anastopoulos, A. D., DuPaul, G. J., Weyandt, L. L., Morrissey-Kane, E., Sommer, J. L., Rhoads, L. H., ... & Gudmundsdottir, B. G. (2018). Rates

- and patterns of comorbidity among first-year college students with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 236-247.
- Amir Rezaei A. The efficacy of developmental attachment-based play therapy on developmental trauma disorder symptoms in children from 3 to 9 years old. *Journal of fundamentals of mental health*. 2010; 12 (47), 62-69
 - Azarnioshan B, Behpajoo A, Ghobari-Bonab B. Effectiveness of play therapy with cognitive-behavioral approach on behavioral problems students with mental retardation in elementary schools. *Research in Exceptional Children Journal*. 2012;12(2):6-16.
 - Baggerly J. The Effects of Child-Centered Group Play Therapy on Self-Concept, Depression, and Anxiety of Children Who Are Homeless. *International Journal of Play Therapy*. 2004;13(2):31.
 - Bratton SC, Ray D, Rhine T, Jones L. The Efficacy of Play Therapy With Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2005;36(4):376.
 - Cullen, J., & Ratter, J. A. (1967). Taxonomic and cytological notes on Turkish Ornithogalum. *Notes Roy. Bot. Gard. Edinburgh*, 27(3), 293-339.
 - Danger S, Landreth G. Child-Centered Group Play Therapy with Children with Speech Difficulties. *International Journal of Play Therapy*. 2005;14(1):81.
 - Esbjørn, B. H., Normann, N., Christiansen, B. M., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2018). The efficacy of group metacognitive therapy for children (MCT-c) with generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of anxiety disorders*, 53, 16-21.
 - 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. Janatian S, Nouri AB, Shafte S.A, Moulavi H, Samavatian H. *Journal of research in behavioral sciences*. 2008; 6 (2), 109-118
 - Hansen, S., Meissler, K., & Ovens, R. (2000). Kids together: A group play therapy model for children with ADHD symptomatology. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 10(4), 191-211.
 - Gallagher HM, Rabian BA, McCloskey MS. A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*. 2004;18(4):459-79.
 - Hallahan, D. P, Kauffman, J. M, Pullen, P. C. (2015) Exceptional learners: an introduction to special education. *New York: Pearson*.

- Investigating the relationship between self-esteem, locus of control and academic achievement in students of Shahid Beheshti University. **Ghasemzadeh M, Thesis of MA.** 2007.
- Jayne, K. M., & Ray, D. C. (2016). Child-centered play therapy as a comprehensive school counseling approach: Directions for research and practice. **Person-Centered & Experiential Psychotherapies**, 15(1), 5-18.
- Jalali, S. Aghaei, A. Moulavi, H. Karahmadi, M. (2009). **The effect of play therapy on phobia in 5-11 years old children who were referred to clinics of Isfahan medical sciences university.**
- Koi, P. (2020). Born which Way? ADHD, Situational Self-Control, and Responsibility. **Neuroethics**, 1-14.
- Knell SM. Cognitive-behavioral play therapy. Handbook of psychotherapies with children and families: **Springer**; 1999. p. 385-404.
- Landreth, G. L., Ray, D. C., & Bratton, S. C. (2009). Play therapy in elementary schools. **Psychology in the Schools**, 46(3), 281-289.
- Lu, L. Petersen F. Lacroix, L. Rousseau, C. (2010). Stimulating creative play in children with autism through sandplay. **The Arts in Psychotherapy**, 37(1):56-64.
- Muro, J. Ray, D. Schottelkorb, A. Smith, M. R. Blanco, P. J. (2006). Quantitative analysis of long-term child-centered play therapy. **International Journal of Play Therapy**, 15(2):35.
- Norton, B., Ferriegel, M., Norton, C. (2011). Somatic expressions of trauma in experiential play therapy. **International Journal of Play Therapy**; 20(3):138.
- Packman, J., Bratton, S. C. (2003). A School-Based Group Play/Activity Therapy Intervention with Learning Disabled Preadolescents Exhibiting Behavior Problems. **International Journal of Play Therapy**; 12(2):7.
- Pourmohammadreza Tajrishi, M., Ashori, M., Jalil-Abkenar, S. S., Behpajoo, A. (2014). the effectiveness of response inhibition training on the working memory in students with attention deficit hyperactivity disorder. **Rehabilitation journal**, 15(3), 12-21
- Ratter, J. A. (1975). **Spergularia.**
- Saadat, E., Qamrany, A. (2016). Study of the relationship between entrapment and anhedonia of mothers, behavioral disorders of preschool girl children. **Journal of pediatric nursing**; 2(3):56-63.
- Standardization of children and adolescents self-esteem test for high school students in Tehran. Ghaffari A. MA Thesis. **Allameh Tabatabaei University.** 1993.
- Saei, N., Pourmesaei, N., Sadat, G., Nikakhlagh, M. (2016). the effectiveness of group play therapy on behavioral problems in preschools. **Cognitive analysis psychology journal**; 23 (6), 35-41

- Siu, A. F. (2010). Play therapy in Hong Kong: Opportunities and challenges. *International Journal of Play Therapy*;19(4):235.
- Shen, Y-J. (2002). Short-term group play therapy with Chinese earthquake victims: Effects on anxiety, depression and adjustment. *International Journal of Play Therapy*;11(1):43
- Ashori, M., Dallalzadeh Bidgoli, F. (2018). The effectiveness of play therapy based on cognitive behavioral model: behavioral problems and social skills of preschool children with attention deficit hyperactivity disorder. *the journal of rehabilitation*; 19 (2), 102-115
- Zare, H., Saffarinia, M., Rezaei, P. (2013). The Comparison Of Meta-Cognitive Learning Strategies, Perfectionism, And Cognitive Arousal Of The High Ranks And Other Candidates Of National University Entrance Examination. *Journal of knowing and research in applied psychology*; 14 (1), 53-62
- Taylor, E. R. (2009). Sandtray and solution-focused therapy. *International Journal of Play Therapy*;18(1):56.
- Wethington, H. R., Hahn, R. A., Fuqua-Whitley, D. S., Sipe, T. A., Crosby, A.E., Johnson, R. L. (2008). The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. *American journal of preventive medicine*;35(3):287-313.