مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۹، اردیبهشت ۱۳۹۹، ۱۷۲-۱۵۵

تأثیر بازی درمانی شناختی رفتاری و تلفیق آن با آموزش مدیریت والدین بر علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی کودکان بیش‌فعال ۱۱-۷ سال: یک مطالعه نیمه آزمایشی

جلال فیض‌اللهی[۱]، مسعود صادقی[۲]، فاطمه رضایی[۳]

دریافت مقاله: ۹۸/۷/۲۳ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۸/۹/۲۳ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۸/۱۱/۲۰ پذیرش مقاله: ۹۸/۱۱/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی دوران کودکی است. پژوهش حاضر با هدف تعیین و مقایسه تأثیر بازی درمانی شناختی رفتاری و تلفیق آن با آموزش مدیریت والدین بر علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی کودکان ۱۱-۷ سال انجام شد.

مواد و روش‌ها: طرح مطالعه، نیمه‌آزمایشی به شکل پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه پژوهش، شامل کودکان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی ۱۱-۷ سال شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۸ بودند که ۴۸ نفر از آن‌ها به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب و در گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ و گروه گواه به تعداد مساوی جایگزین شدند. در گروه آزمایش ۱ بازی درمانی شناختی رفتاری (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و درگروه آزمایش ۲ بازی درمانی شناختی رفتاری و آموزش مدیریت والدین (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) اجرا شد. گروه گواه (گروه ۳) تحت مداخله قرار نگرفت. اطلاعات از طریق تکمیل پرسش‌نامه تشخیص علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی Swanson قبل از مداخله و بعد از آن جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: پس از مداخله‌ها، بین نمرات میانگین شدت علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی در گروه آزمایش ۱ (۱/۸۶±۳۴/۲۴) و گروه گواه (۳/۲۳±۳۷/۸۰) و هم‌چنین گروه آزمایش ۲ (۲/۰۷±۳۱/۱۸) و گروه گواه (۳/۲۳±۳۷/۸۰) تفاوت معنی‌دار مشاهده شد (P<۰/۰۰۱). هم چنین بین مقدار تأثیر دو مداخله بازی درمانی شناختی رفتاری و تلفیق بازی درمانی شناختی رفتاری و آموزش مدیریت والدین تفاوت معنی‌دار دیده شد (P<۰/۰۵). در مقایسه میانگین دو رویکرد، مداخله تلفیقی مؤثرتر بود.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد تلفیق بازی درمانی و آموزش مدیریت والدین در کاهش علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: بازی درمانی شناختی رفتاری، آموزش مدیریت والدین، اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، لرستان، ایران
۲- (نویسنده مسئول) استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، لرستان، ایران
تلفن: ۳۳۱۲۰۶۴۷-۰۶۶، دورنگار: ۳۳۱۲۰۶۴۷-۰۶۶، پست الکترونیکی: sadeghi.m@lu.ac.ir
۳- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، لرستان، ایران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.2.5.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.2.155]

مقدمه

یکی از رایج‌ترین اختلال‌های دوران کودکی که توجه روان‌شناسان و روان‌پزشکان را به خود جلب کرده، اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder; ADHD) است [۱]. شیوع این اختلال در طی سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۶، حدود ۹ تا ۱۵ درصد برآورد شده است [۲]. برای این اختلال سه طبقه در نظر گرفته شده که شامل نوع عمدتاً بی‌توجهی، نوع عمدتاً تکانش‌گر و نوع مرکب است [۳]. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی هم کودک و هم والدین را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۴]. از آن‌جایی که این کودکان مشکلات رفتاری و تحصیلی بیش‌تری را نسبت به هم‌سالان خود نشان می‌دهند، معمولاً والدین آن‌ها نسبت به والدین کودکان عادی سطح استرس و افسردگی بالاتری را تجربه می‌کنند [۵]. از طرفی شیوه فرزندپروری منفی والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، می‌تواند بر عملکرد منفی این کودکان تأثیر داشته باشد [۶]. همین تأثیر غیر قابل تردید کودک بر والدین و والدین بر کودک، منطقی برای این است که آموزش والدین به عنوان روشی مناسب، چندوجهی و ابتکاری برای مدیریت رفتارهای آزارنده و نامطلوب کودک قرار گیرد [۷].

برنامه آموزش مدیریت والدین (Parental Management Training; PMT) توسط Barkley در سال ۲۰۰۵ برای کودکان دارای مشکلات رفتاری نظیر کودکان بیش‌فعال، کودکان دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای و نظایر آن، طراحی شده است [۸-۹]. راهبردهای شناختی نهفته در این برنامه باعث تغییر نگرش افراد خانواده نسبت به کودک دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی می‌شود.، یعنی تحمل و پذیرش را در والدین این کودکان افزایش می‌دهد [۱۰]. برنامه آموزش مدیریت والدین به والدین می‌آموزد چگونه مقدماتی مانند قوانین و دستورات را و عواقبی مانند تنبیه و پاداش را برای رفتارهای هدف، مانند فرمان‌برداری و نافرمانی در محیط کودک اصلاح نمایند. سپس والدین این روش‌ها را در خانه به منظور کاهش رفتارهای مشکل‌ساز و افزایش رفتارهای مناسب به کار می‌گیرند [۱۱]. پژوهش‌های مختلفی نشان می‌دهد که آموزش مدیریت والدین تأثیر مطلوبی بر اصلاح رفتار کودکان دارای مشکل دارد و منجر به کاهش علائم بیش‌فعالی-نقص توجه کودکان و بهبود کارآمدی والدین آن‌ها می‌شود [۱۵-۱۲].

بازی درمانی (Play Therapy) رویکرد دیگری در درمان کودکان دارای نارسایی بیش‌فعالی-نقص توجه است. بازی درمانی شناختی رفتاری (Cognitive-Behavioral Play Therapy; CBPT) از برجسته‌ترین رویکردهای بازی درمانی برای کودکان پیش‌دبستانی و دبستانی است که در آن بر مشارکت کودک در درمان تأکید می‌شود [۱۶]. در پژوهش‌ها مشخص شده است که بازی درمانی در کاهش علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی کودکان مؤثر است [۱۸-۱۷]. با وجود درمان‌های روان‌شناختی، پژوهش‌های محدودی در خصوص بررسی تأثیر درمان‌های تلفیقی وجود دارد. پژوهش Hinshaw و همکاران نشان داد که درمان‌های تلفیقی دارو درمانی، آموزش مدیریت والدین و خانواده‌درمانی بیش‌ترین

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.2.5.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.2.155]

تأثیر را در مقایسه با درمان‌های جداگانه بر کاهش علائم بیش‌فعالی-نقص توجه در کودکان داشته است [۱۹].

مطالعه Bai و همکاران مشخص کرد که علائم نارسایی توجه- بیش‌فعالی در کودکانی که تحت درمان تلفیقی دارو درمانی با آموزش مدیریت والدین بودند کم‌تر از گروهی بود که تنها تحت درمان با دارو قرار گرفته‌اند [۲۰]. در جامعه ما معمولا والدین در صدد درمان‌های دارویی این اختلال هستند تا درمان‌های غیردارویی، در حالی‌که بخشی از عوامل تشدید کننده این اختلال، روابط متقابل و منفی والد-کودک است [۲۱]. با توجه به لزوم اهمیت درمان‌های غیردارویی برای اختلال‌های روان‌پزشکی کودکان، پژوهش حاضر با هدف تعیین و مقایسه تأثیر بازی درمانی شناختی رفتاری و تلفیق آن با آموزش مدیریت والدین بر علائم اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی کودکان بیش‌فعال ۱۱-۷ سال شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۸ انجام شد.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی بود که در آن از پیش‌آزمون- پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری شامل تمامی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی ۱۱-۷ سال شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۸ بود. برای محاسبه حجم نمونه با توجه به مطالعات پیشین [۲۲]، با ضریب اطمینان ۰/۹۵و توان آزمون ۰/۹۰ مطابق با فرمول زیر، حجم نمونه ۴۸ نفر تعیین گردید. در این فرمول g: تعداد گروه (در این مطالعه ۳ گروه وجود داشت)، Δ : اندازه تأثیر استاندارد شده (Standardized effect size) که در این مطالعه ۱/۵ در نظر گرفته شد و m: حجم نمونه در گروه گواه بود.

$$N = m + (g-1) \times n = \left[1 + \sqrt{(g-1)}\right] \times m$$

قبل از محاسبه حجم نمونه (N)، مطابق با دو فرمول زیر، حجم نمونه در گروه گواه (m) و مقدار n محاسبه گردید و پس از محاسبه، مقادیر به دست آمده در فرمول حجم نمونه (N) قرار داده شد.

$$m = \left(1 + \sqrt{g-1}\right) \frac{\left(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta}\right)^2}{\Delta^2_{plan}} + \frac{z^2_{1-\alpha/2}\sqrt{g-1}}{2\left(1+\sqrt{g-1}\right)}$$

$$n = \frac{m}{\sqrt{g-1}}$$

شیوه نمونه‌گیری در این مطالعه به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی چند مرحله‌ای بود. در این روش، از بین مناطق هشت‌گانه شهرکرمانشاه، ۴ منطقه به صورت تصادفی ساده (قرعه‌کشی) انتخاب و از هر منطقه یک مرکز جامع سلامت شهری به صورت تصادفی ساده از طریق قرعه‌کشی (در مجموع ۴ مرکز) و از هر مرکز تعداد ۱۲ کودک به صورت تصادفی ساده (قرعه‌کشی) پس از تشخیص اختلال انتخاب و وارد مطالعه شدند.

معیارهای ورود برای این مطالعه شامل کودکان سن ۱۱-۷ سال، تأیید اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی کودکان توسط روانپزشک، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی برای درمان نارسایی توجه-بیش‌فعالی، مانند ریتالین، گوانفاسین و کلونیدین، زندگی کردن کودک با هر دو والد، تمایل شرکت والدین و کودکان در جلسات آموزشی و معیارهای خروج شامل بیماری بدنی مزمن و ناتوان‌کننده مانند فلج عضلانی و ناتوانی ذهنی و یا تشخیص هم‌زمان اختلال‌های روان‌پزشکی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.2.5.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.2.155]

در کودکان از طریق مصاحبه بالینی توسط روان‌پزشک، غیبت والدین در جلسات، عدم انجام تکالیف تعیین شده و ابراز عدم تمایل به همکاری بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها از دو پرسش‌نامه استفاده شد. این پرسشنامه‌ها عبارت بودند از: ۱- اطلاعات جمعیت شناختی (وضعیت اقتصادی خانواده، سطح تحصیلات مادران، تعداد فرزندان و جنسیت کودکان): در این پرسش‌نامه برای تعیین وضعیت اقتصادی خانوار، از میانه درآمد جمعیت عمومی استفاده شد (۲۰ تا ۴۰ میلیون ریال به عنوان وضعیت متوسط، پایین‌تر از این حد به عنوان وضعیت ضعیف و مقادیر بالاتر از این حد به عنوان وضعیت اقتصادی قوی). ۲- پرسش‌نامه تشخیص علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی Swanson و همکاران [۲۳]. این پرسش‌نامه دارای ۱۸ سئوال بوده و برای سنجش اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی در کوکان طراحی و تدوین شده است و توسط والدین کودک تکمیل می‌شود. این پرسش‌نامه شامل ۲ زیرمقیاس نارسایی توجه (ماده‌های ۱ تا ۹) و بیش‌فعالی-تکانش‌گری (ماده‌های ۱۰ تا ۱۸) می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای تنظیم شده و گزینه‌های هرگز (نمره صفر)، خیلی کم (نمره ۱)، زیاد (نمره ۲) و خیلی زیاد (نمره ۳) تعیین می‌شود. دامنه نمره‌های این پرسش‌نامه بین صفر تا ۵۴ می‌باشد. در این پرسش‌نامه نمره بین صفر۰ تا ۱۸، میزان اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی در حد پایین، نمره بین ۱۸ تا ۳۶، میزان اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی در حد متوسط و نمره بالاتر از ۳۶، میزان اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی حد بالایی محسوب می‌شود. در پژوهشی، روایی ملاکی آزمون ۰/۴۸ بوده و روایی محتوایی این پرسش‌نامه بسیار مطلوب گزارش شده است [۲۴]. میزان پایایی بازآزمون این پرسش‌نامه برابر ۰/۸۲، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و ضریب دو نیمه کردن ۰/۷۶ بوده است [۲۴]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این آزمون برای مولفه نارسایی توجه ۰/۵۷، برای مولفه بیش‌فعالی ۰/۶۵ و برای مقیاس نارسایی توجه-بیش‌فعالی ۰/۸۳ محاسبه شد.

این مطالعه دارای کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به شماره IR.KUMS.REC.1398.42 می‌باشد. قبل از شروع مداخله، رضایت مادران و کودکان برای شرکت در جلسات آموزشی و درمانی اخذ شد و در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات دریافتی، اطمینان‌دهی صورت گرفت. اختلال نارسایی بیش‌فعالی کودکان توسط روان‌پزشک تأیید شد. سپس این کودکان (افراد نمونه) به صورت تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در سه گروه ۱۶ نفره، شامل دو گروه آزمایش ۱، ۲ و یک گروه گواه (گروه ۳) جایگزین شدند. پس از جایگزینی، مادران این کودکان اقدام به تکمیل پرسش نامه‌های جمعیت شناختی و تشخیص علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی به عنوان پیش‌آزمون نمودند. جهت انجام مداخله، در گروه آزمایش ۱ مداخله بازی درمانی شناختی رفتاری برای کودکان و در گروه آزمایش ۲ مداخله بازی درمانی شناختی رفتاری برای کودکان و آموزش مدیریت والدین برای والدین ارائه شد. در طی این مدت، گروه گواه به عنوان گروه ۳ تحت مداخله آموزشی و درمانی قرار نگرفت. در این مطالعه، مداخله بازی درمانی شناختی رفتاری به مدت ۱۰

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.2.5.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.2.155]

جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای به شکل یک روز در هفته (روزهای دوشنبه) در زمان بعداز ظهر و مداخله آموزش مدیریت والدین به مدت ۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای به شکل یک روز در هفته (روزهای چهارشنبه) در زمان بعداز ظهر در دو مهدکودک انجام شد. برای به دست آوردن داده‌های مربوط به پس‌آزمون، پس از پایان مداخله‌ها، مادران مجدداً اقدام به تکمیل پرسش‌نامه تشخیص علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی نمودند.

محتوای جلسات آموزش بازی‌درمانی شناختی رفتاری [۲۵] و جلسات آموزش مدیریت والدین [۲۶] در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- محتوای جلسات بازی‌درمانی شناختی رفتاری (CBPT) و آموزش مدیریت والدین (PMT)

جلسه	رویکرد CBPT	رویکرد PMT
جلسه اول	برقراری رابطه، آموزش تنفس دیافراگمی، تمرینات کاغذ و قلمی برای افزایش تمرکز.	آشنایی و معارفه اعضای گروه، ارائه الگویی به منظور فهم بهتر بدرفتاری کودک.
جلسه دوم	تمرین تنفس، سینی شن (برای تخلیه هیجانی و بازی آزاد)، تمرین های کاغذی و قلمی برای افزایش تمرکز، آموزش مدیریت خشم.	ارائه خلاصه‌ای از جلسه اول، آشنا کردن والدین با مدل آموزش مدیریت والدین، آموزش تعریف، مشاهده و ثبت رفتار، تعیین رفتارهای مشکل‌ساز و مثبت معکوس.
جلسه سوم	آموزش آرامیدگی برای کاهش اضطراب، کتاب درمانی (بسته به موضوع‌های مختلف، ارائه داستان‌های مختلف)، تمرینات تعادلی برای افزایش تمرکز (لی لی کردن)، آموزش احساس‌ها (کتاب، تصاویر و نقاشی).	طراحی برنامه تقویت مثبت برای تغییر رفتار کودک در خانه، آموزش نحوه تشویق کودک هنگام انجام یک رفتار مثبت.
جلسه چهارم	تمرین تنفس، ترسیم نقاشی با انگشت (برای آزادی عمل و تنش‌زدایی)، بازی برج هیجان برای افزایش تمرکز، آموزش مهارت خود آگاهی (فرم علائق و توانمندی‌ها).	آموزش فن محرومیت از تقویت، تعیین بدرفتاری‌های احتمالی و تعمیم محروم‌سازی به آن‌ها .
جلسه پنجم	تمرین تنفس، مهارت دوست‌یابی، کاردستی (افزایش خلاقیت و و بالا بردن عزت نفس)، تمرینات کاغذی قلمی برای افزایش تمرکز.	آموزش توجه به رفتارهای مثبت، آموزش بی‌توجهی برنامه‌ریزی شده.
جلسه ششم	نقاشی با انگشت، آموزش تشخیص درخواست‌های غیر منطقی، بازی مار و پله (مواجهه با شکست، رعایت نوبت و مبارزه با ناکامی).	آموزش مدیریت رفتار کودک در مکان‌های عمومی، آموزش نحوه مدیریت سراسیمگی والدین، پیش‌بینی مشکلات رفتاری در زندگی روزانه.
جلسه هفتم	رعایت قوانین و مقررات در خانه و اجتماع (بازی شهر کوچک)، آموزش جرات‌ورزی (بازی قصه ناتمام).	: آموزش مدیریت رفتارهای پرخطر ولی کم‌تکرار، آماده کردن والدین برای مواجهه با موقعیت‌های خاص.
جلسه هشتم	رعایت نوبت (بازی در پارک)، تمرین آرامیدگی، سینی شن (داستان‌سازی آزاد)، آموزش تداوم رابطه با هم‌سالان (کتاب، نمایش با عروسک‌های انگشتی).	آموزش نحوه استفاده مؤثر از نکوهش‌های کلامی به والدین، قواعد به کارگیری نکوهش، بررسی رفتارهای ناپسند قابل نکوهش.
جلسه نهم	تمرین‌های کاغذی قلمی برای افزایش تمرکز، بازی آزاد، آموزش مهارت حل مساله (طرح موقعیت‌های مختلف، بازی‌های مشاغل).	آموزش نحوه حل و فصل اختلافات خانوادگی به والدین، آموزش مراحل و قواعد سازش و توافق.
جلسه دهم	آموزش مهارت تصمیم‌گیری، سینی شن (برای تخلیه هیجانی)، آرامیدگی عضلانی و همدلی (کتاب، قصه‌سازی، مطرح کردن موقعیت‌های مختلف).	مرور مهارت‌های مدیریت مشکلات رفتاری، رفع اشکال و جمع‌بندی.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.2.5.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.2.155]

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شد. علاوه بر آمار توصیفی از جمله میانگین و انحراف معیار، پس از اطمینان از طبیعی بودن توزیع متغیرها (آزمون کولموگروف-اسمیرنوف) و تأیید پیش‌فرض‌های همسانی واریانس‌ها و وجود رابطه خطی بین متغیرها، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (Multivariate Analysis of Covariance; MANCOVA)، تحلیل کواریانس یک متغیری، آزمون تحلیل واریانس یک طرفه، آزمون مجذور کای، آزمون دقیق فیشر (Exact Fisher›s Test) و آزمون Bonferroni استفاده گردید.

لازم به ذکر است که در روش آنالیز MANCOVA ممکن است چند متغیر مستقل، چند متغیر وابسته و چند متغیر مداخله‌گر کنترل شده وجود داشته باشد. این روش برای افزایش دقت در کارآزمایی‌هایی که در آن‌ها واگذاری تصادفی صورت گرفته است، به کار می‌رود. هم‌چنین، وقتی کنترل مستقیم از طریق طرح آزمایش غیر عملی یا ناممکن است، آنالیزکواریانس زمینه‌ای را برای کنترل آماری متغیرهای مزاحم و حذف اثرات آن‌ها فراهم می‌آورد [۲۷]. در این مطالعه سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین و انحراف معیار سن کودکان شرکت‌کننده در گروه مداخله ۱ (بازی درمانی شناختی رفتاری) ۳/۶۳±۸/۵۰ در گروه مداخله ۲ (تلفیق بازی درمانی شناختی رفتاری و آموزش مدیریت والدین) ۲/۶۳±۹/۱۲ و در گروه ۳ (گروه گواه) ۳/۶۴±۹/۸۸ سال بود. آزمون ANOVA بین سه گروه از نظر سن، اختلاف آماری معنی‌داری را نشان نداد (۲/۹۸ = F و ۰/۲۲۱= P). جدول ۲، سایر مشخصات جمعیت شناختی (وضعیت اقتصادی خانواده، سطح تحصیلات مادران، تعداد فرزندان و جنسیت کودکان) بین دو گروه مداخله ۱ و ۲ و گروه گواه را نشان می‌دهد.

بر اساس یافته‌های این جدول، تفاوت آماری معنی‌داری در مشخصات جمعیت شناختی بین گروه آزمایش ۱، گروه آزمایش ۲ و گروه گواه دیده نشد (P>۰/۰۵). این بدان معناست که افراد بر اساس ویژگی‌های جمعیت شناختی به طور مشابه در بین گروه‌ها توزیع شده‌اند.

جدول ۳، میانگین و انحراف معیار نمره‌های مقیاس اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی و مؤلفه‌های آن را نشان می‌دهد. بر اساس یافته‌های این جدول، نمرات میانگین هر یک از گروه‌های آزمایش۱ و ۲ در مرحله پس‌آزمون نسبت به نمرات میانگین پیش‌آزمون کاهش پیدا کرده است. هم‌چنین نمرات میانگین دو گروه آزمایش ۱ و ۲ در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه گواه کاهش نشان می‌دهد.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.2.5.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.2.155]

جدول ۲- مقایسه مشخصات جمعیت‌شناختی در دو گروه آزمایش ۱ و ۲ و گروه گواه مادران مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۸

مشخصات دموگرافیک	گروه	گروه آزمایش ۱ (درصد) تعداد (n=۱۶)	گروه آزمایش۲ (درصد) تعداد (n=۱۶)	گروه گواه (درصد) تعداد (n=۱۶)	مقدار p
وضعیت اقتصادی خانواده	قوی	۳ (۲۷)	۵ (۴۶)	۳ (۲۷)	۰/۲۳۴
	متوسط	۷ (۳۸)	۶ (۳۱)	۶ (۳۱)	
	ضعیف	۶ (۳۳)	۵ (۲۸)	۷ (۳۹)	
سطح تحصیلات مادران	زیردیپلم	۵ (۴۲)	۴ (۳۳)	۳ (۲۵)	۰/۱۷۸
	دیپلم	۵ (۳۱)	۷ (۴۴)	۴ (۲۵)	
	بالای دیپلم	۶ (۳۳)	۵ (۲۷)	۷ (۴۰)	
تعداد فرزندان	یک فرزند	۵ (۴۲)	۴ (۳۳)	۳ (۲۵)	۰/۲۱۸
	دو فرزند	۸ (۴۰)	۶ (۳۰)	۶ (۳۰)	
	بیش از دو فرزند	۳ (۲۰)	۶ (۳۷)	۷ (۴۳)	
جنسیت کودکان	پسر	۹ (۳۸)	۶ (۲۴)	۹ (۳۸)	۰/۴۰۵
	دختر	۸ (۳۵)	۱۰ (۴۳)	۶ (۲۲)	

آزمون exact Fishers ,p<۰/۰۵ به عنوان اختلاف معنی‌دار

جدول ۳- نتایج شاخص توصیفی نمره‌های مقیاس علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی کودکان و مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمایش ۱ و ۲ و گروه گواه مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۸

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	گروه آزمایش ۱(n=۱۶) گروه آزمایش ۲(n=۱۶) گروه گواه(n=۱۶)	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نارسایی توجه	گروه آزمایش۱	۱۸/۹۴	۲/۲۶	۱۶/۵۰	۱/۸۶
	گروه آزمایش ۲	۱۹/۲۵	۲/۱۷	۱۴/۶۲	۱/۴۰
	گواه	۱۹/۱۲	۲/۵۷	۱۸/۲۵	۱/۹۴
بیش‌فعالی	گروه آزمایش ۱	۱۸/۸۱	۲/۳۷	۱۷/۶۲	۱/۸۲
	گروه آزمایش ۲	۱۹/۵۶	۱/۵۹	۱۵/۳۱	۱/۳۵
	گواه	۱۹/۳۱	۲/۲۴	۱۹/۴۰	۱/۹۹
نارسایی توجه-بیش‌فعالی	گروه آزمایش ۱	۳۸/۰۰	۲/۲۸	۳۴/۲۴	۱/۸۶
	گروه آزمایش ۲	۳۸/۸۱	۳/۲۰	۳۱/۱۸	۲/۰۷
	گواه	۳۸/۴۴	۴/۰۶	۳۷/۸۰	۳/۲۳

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.2.5.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.2.155]

با توجه به این‌که طرح پژوهش حاضر از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود، برای تحلیل آماری مؤلفه‌های شدت علائم نارسایی توجه و بیش‌فعالی از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری و برای تحلیل آماری مقیاس کل نارسایی توجه-بیش‌فعالی از آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیری استفاده شد. استفاده از این آزمون‌ها مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است. اولین پیش‌فرض، طبیعی بودن توزیع نمرات است. این پیش‌فرض با استفاده از آزمون Kolmogorov–Smirnov آزمون شد که نتایج آن نشان داد با توجه به عدم معنی‌داری این آزمون برای شدت علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پیش‌فرض طبیعی بودن توزیع داده‌ها تأیید شد (P>۰/۰۵).

پیش‌فرض دوم، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها بود. به این منظور از آزمون لوین استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد با توجه به عدم معنی‌داری آزمون برای مقیاس شدت علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی (F = ۲/۱۵ و P =۰/۳۲۲)، مؤلفه نارسایی توجه (F = ۲/۳۵ و P =۰/۲۸۴) و مؤلفه بیش‌فعالی (F = ۱/۱۲ و P =۰/۲۱۲)، همگنی واریانس در گروه‌های آزمایش و گروه گواه تأیید شد.

پیش‌فرض سوم، پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون بود. با توجه به عدم معنی‌داری تعامل گروه-پیش‌آزمون برای هر کدام از مؤلفه‌های شدت علائم نارسایی توجه و بیش‌فعالی، همگنی شیب رگرسیون متغیرهای وابسته برای سطوح متغیرهای مستقل تأیید شد (P>۰/۰۵).

پیش‌فرض چهارم، پیش‌فرض همگنی ماتریس کوواریانس‌ها و همبستگی خطی بین متغیرها بود. برای بررسی همگنی ماتریس کوواریانس‌ها از آزمون M' BOX و برای بررسی همبستگی خطی بین متغیرها از آزمون کرویت بارتلت (Bartlet's Sphericity) استفاده شد که نتایج آن نشان داد با توجه به این‌که آزمون M' BOX معنی‌دار نشد (F = ۸/۶۵ و P =۰/۴۳۳)، همگنی ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه‌های مختلف تأیید شد. هم‌چنین نتایج نشان داد با توجه به معنی‌دار شدن آزمون کرویت بارتلت هم‌بستگی خطی بین متغیرها تأیید گردید (X^2 = ۵۰/۲۰ و P =۰/۷۲۵).

پس از بررسی و تأیید پیش‌فرض‌ها آزمون تحلیل کواواریانس چند متغیری (MANCOVA) اجرا شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

آزمون اثر پیلایی (Pillai's Trace)؛ این آماره محافظه‌کارترین مقدار برای آزمون معناداری چند متغیری است، لامبدای ویلکز (Wilks Lambda)؛ چنانچه این آماره معنی‌دار باشد، می‌توان اطمینان حاصل کرد که از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده کرد. آزمون اثر هتلینگ (Hotelling's trace)؛ این آماره بر اساس حاصل جمع و حاصل ضرب ماتریس مجموع مجذورات به دست می‌آید و بزرگترین ریشه روی (Roy's Largest Root)؛ این آماره یک مشخصه سودار است، زیرا بیش‌ترین مقدار ویژه را که به جای ترکیب واریانس‌ها در بر می‌گیرد، نشان می‌دهد [۲۸]. همان‌طور که جدول ۴ مشاهده می‌شود آزمون

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.2.5.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.2.155]

MANOVA در رابطه با عامل گروه‌بندی معنی‌دار است (P <۰/۰۰۱).

جدول ۴- خلاصه تحلیل کوواریانس چند متغیری برای بررسی تفاوت میانگین مؤلفه‌های نارسایی توجه و بیش‌فعالی کودکان در گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ و گروه گواه مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۸ (n=۴۸)

نام آزمون	مقدار	نسبت F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	توان آماری	مجذور اتا	مقدار p
اثر پیلایی	۰/۶۶	۸/۹۰	۲	۴۱	۱	۰/۵۹	۰/۰۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۴۸	۱۳/۹۰	۲	۴۱	۱	۰/۶۸	۰/۰۰۰۱
اثر هتلینگ	۱/۵۴	۱۴/۸۰	۲	۴۱	۱	۰/۷۱	۰/۰۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۷۸	۲۰/۳۱	۲	۴۱	۱	۰/۸۴	۰/۰۰۰۱

آزمون MANCOVA ,p<۰/۰۵به عنوان اختلاف معنی‌دار

برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس یک متغیری در متن MANCOVA روی متغیرهای وابسته انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۵ ارائه شده است. بر اساس یافته‌های این جدول، نتایج تحلیل کوواریانس یک‌طرفه در نمرات پس آزمون مؤلفه نارسایی توجه (F = ۱۲/۲۷ و P =۰/۰۰۰۱)، مؤلفه بیش فعالی (F = ۱۱/۶۷ و P =۰/۰۰۰۱) و مقیاس نارسایی توجه-بیش‌فعالی (F = ۱۱/۴۸ و P =۰/۰۰۰۱) معنی‌دار می‌باشند. بنابراین بین دو گروه آزمایش ۱ و ۲ و گروه گواه در مقیاس نارسایی توجه-بیش‌فعالی و مؤلفه‌های آن تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به طوری که نمرات میانگین پس‌آزمون مقیاس نارسایی توجه-بیش‌فعالی و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ در مقایسه با گروه گواه به شکل معنی‌داری کاهش یافته است (P =۰/۰۰۰۱). بر اساس مجذور اتا می‌توان گفت تفاوت بین گروه‌های آزمایش ۱، آزمایش ۲ و گروه گواه در مقیاس نارسایی توجه-بیش‌فعالی و مؤلفه‌های آن معنی‌دار است و میزان این تفاوت در مؤلفه‌های نارسایی توجه، بیش‌فعالی و مقیاس نارسایی توجه-بیش‌فعالی به ترتیب برابر با ۷۵ درصد، ۶۹ درصد و ۵۶ درصد می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت که بیش‌ترین تأثیر مداخلات درمانی به ترتیب بر شدت علائم نارسایی توجه، شدت بیش‌فعالی و مقیاس شدت نارسایی توجه-بیش‌فعالی بوده است. بر اساس یافته‌های این جدول، نتایج تحلیل کوواریانس یک‌طرفه در نمرات پیش‌آزمون اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی و مؤلفه‌های آن معنی‌دار نیست (P >۰/۰۵). برای مقایسه اثرگذاری دو رویکرد بازی درمانی شناختی رفتاری و تلفیق بازی درمانی شناختی رفتاری و آموزش مدیریت والدین بر مقیاس نارسایی توجه-بیش‌فعالی و مؤلفه‌های آن از آزمون تعقیبی Bonferoni استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است. بر اساس یافته‌های این جدول بین دو رویکرد تفاوت معنی‌دار وجود دارد (P <۰/۰۵). از آن‌جایی که میانگین پس آزمون مقیاس نارسایی توجه-بیش‌فعالی (۳۱/۱۸±۲/۰۷) و مؤلفه‌های نارسایی توجه (۱۴/۶۲±۱/۴۰) و بیش فعالی (۱۵/۳۱±۱/۳۵) در رویکرد تلفیقی بازی درمانی شناختی رفتاری و آموزش مدیریت والدین کم‌تر از میانگین مقیاس نارسایی توجه-بیش فعالی (۳۴/۲۴±۱/۸۶) و مؤلفه‌های

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.2.5.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.2.155]

نارسایی توجه (۱/۸۶±۱۶/۵۰) و بیش فعالی (۱/۸۲±۱۷/۶۲) در رویکرد بازی درمانی شناختی رفتاری است، می‌توان نتیجه گرفت که رویکرد تلفیقی مؤثرتر بوده است.

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیری بررسی تفاوت میانگین مقیاس نارسایی توجه-بیش‌فعالی کودکان و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ و گروه گواه مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۸ (n=۴۸)

	مولفه	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	مقدار p	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	نارسایی توجه	گروه	۳۲/۱۲	۲	۱۶/۰۶	۵/۴۲	۰/۰۸	۰/۳۴	۰/۹۸
		خطا	۱۳۳/۲۵	۴۵	۲/۹۶				
	بیش فعالی	گروه	۴۲/۷۳	۲	۲۱/۳۶	۶/۲۴	۰/۰۷	۰/۳۳	۰/۹۸
		خطا	۱۵۵/۳۴	۴۵	۳/۴۲				
	نارسایی توجه-بیش فعالی	گروه	۷۵/۶۱	۲	۳۷/۸۰	۹/۰۰	۰/۰۶	۰/۴۱	۱
		خطا	۱۸۴/۹۲	۴۴	۴/۲۰				
پس آزمون	نارسایی توجه	گروه	۶۷/۷۸	۲	۳۳/۸۹	۱۲/۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵	۱
		خطا	۱۲۴/۳۴	۴۵	۲/۷۶				
	بیش فعالی	گروه	۶۸/۸۸	۲	۳۴/۴۴	۱۱/۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹	۱
		خطا	۱۳۳/۱۱	۴۵	۲/۹۵				
	نارسایی توجه-بیش فعالی	گروه	۹۰/۸۴	۲	۴۵/۲۴	۱۱/۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱
		خطا	۱۷۷/۴۵	۴۴	۴/۰۳				

آزمون ANCOVA ,p<۰/۰۵ به عنوان اختلاف معنی‌دار

جدول ۶- آزمون تعقیبی Bonferoni برای بررسی تفاوت میانگین مقیاس علائم نارسایی توجه- بیش‌فعالی کودکان و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۸(n=۴۸)

متغیر	گروه		تفاوت میانگین	انحراف معیار	مقدارp
نارسایی توجه	گروه آزمایش۱	گروه آزمایش۲	۰/۲۸	۰/۴۰	۰/۰۱
		گروه گواه	-۲/۰۴	۰/۴۲	۰/۰۰۱
	گروه آزمایش۲	گروه گواه	-۲/۳۱	۰/۴۱	۰/۰۰۱
بیش‌فعالی	گروه آزمایش۱	گروه آزمایش۲	۰/۱۳	۰/۴۳	۰/۰۳
		گروه گواه	۲/۳۹	۰/۴۵	۰/۰۰۱
	گروه آزمایش۲	گروه گواه	-۲/۵۳	۰/۴۴	۰/۰۰۱
نارسایی توجه-بیش‌فعالی	گروه آزمایش۱	گروه آزمایش۲	۰/۶۰	۰/۷۱	۰/۰۴
		گروه گواه	-۲/۸۳	۰/۷۴	۰/۰۰۱
	گروه آزمایش۲	گروه گواه	-۳/۴۳	۰/۷۶	۰/۰۰۱

آزمون Bonferroni ,p<۰/۰۵ به عنوان اختلاف معنی‌دار

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.2.5.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.2.155]

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه تأثیر دو رویکرد بازی درمانی شناختی رفتاری و تلفیق آن با آموزش مدیریت والدین بر علائم اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی کودکان بیش‌فعال ۱۱-۷ سال شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۸ انجام شد. یافته‌های به دست آمده از نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون (پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون) شدت علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی و مؤلفه‌های آن نشان داد بین گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ و گروه گواه از لحاظ متغیرهای مذکور تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به عبارت دیگر نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو رویکرد بازی درمانی شناختی رفتاری و تلفیق بازی درمانی شناختی رفتاری و آموزش مدیریت والدین باعث کاهش شدت علائم نارسایی توجه- بیش‌فعالی و مؤلفه‌های آن در کودکان شده است. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های انجام شده که نشان داده‌اند بازی درمانی شناختی رفتاری و آموزش مدیریت والدین می‌تواند باعث بهبود علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی شود هم‌خوانی دارد [۱۸-۱۷، ۱۵- ۱۲]. هم‌چنین با نتایج پژوهش‌های Cornell و همکاران [۲۹]، Hashemi و همکاران [۳۰] هم‌خوانی دارد. این پژوهش‌گران نشان دادند که بازی درمانی باعث کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان دارای نارسایی توجه-بیش‌فعالی شده است. پژوهش‌های ناهمسو با پژوهش حاضر که اثربخشی رویکردهای آموزشی و درمانی مذکور را بر اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی و مؤلفه‌های آن نفی کند، تا جایی که پژوهش‌گران جستجو نمودند، یافت نشد. در زمینه تلفیق بازی درمانی شناختی رفتاری و آموزش مدیریت والدین، اگرچه پژوهش‌های داخلی و خارجی بسیار محدودی وجود دارد اما یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌هایی از جمله پژوهش‌های Hinshaw [۱۹]، Bai و همکاران [۲۰] همخوانی دارد. در یک پژوهش مشخص شد که اثربخشی ترکیب دارودرمانی و آموزش مدیریت والدین بر کاهش شدت علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی مؤثرتر از هر یک از درمان‌های به تنهایی است [۳۱]. در پژوهش دیگری معلوم گردید که کارآمدترین روش‌ها در کاهش نشانه‌های نارسایی توجه-بیش‌فعالی کودکان، تلفیقی از مداخله‌های کودک‌محور و خانواده محور است [۳۲].

در خصوص مقایسه میزان اثرگذاری دو رویکرد بازی‌درمانی شناختی رفتاری و تلفیق آن با آموزش مدیریت والدین بر شدت علائم اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی و مؤلفه‌های آن، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین میزان تأثیرگذاری این دو رویکرد تفاوت معنی‌دار وجود دارد و با توجه به میانگین پایین‌تر مقیاس نارسایی توجه-بیش‌فعالی و مؤلفه‌های آن در رویکرد تلفیقی، می‌توان نتیجه گرفت که رویکرد تلفیقی بازی‌درمانی شناختی رفتاری و آموزش مدیریت والدین در کاهش علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی مؤثرتر بوده است.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت به نظر می‌رسد که عنصر اثرگذاری بازی‌درمانی هم می‌تواند شامل عناصر عاطفی و هیجانی باشد و هم عناصر شناختی رفتاری

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.2.5.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.2.155]

[۳۳]. در واقع در بازی درمانی شناختی رفتاری، کودکان آگاهی بیش‌تری نسبت به رفتارها و مشکلات خود پیدا می‌کنند و راه‌های مناسب‌تری برای رفع مشکلات می‌یابند [۳۴]. هم‌چنین با فراهم آوردن محیطی امن، باعث تخلیه هیجانی و کاهش تنش و بیان آزاد عواطف و احساسات می‌شود. از آن‌جایی که برنامه بازی درمانی شناختی رفتاری اجرا شده در این پژوهش، این ویژگی‌ها را داشت، پس دور از انتظار نیست که علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی کودکان کاهش یابد. از طرفی در طول جلسات آموزش مدیریت والدین، والدین متقاعد می‌شوند که رفتارهای منفی کودکان آن‌ها ارادی و عمدی نیست. چنان‌چه والدین این رفتارها را غیر عمدی بدانند، کم‌تر ناراحت و عصبانی می‌شوند و کم‌تر به روش‌های تنبیهی متوسل خواهند شد [۳۵]. در واقع والدینی که آموزش‌های مدیریت والدین را دریافت می‌کنند خودکفائی بیش‌تری را احساس می‌کنند و به روش مناسب تری دستور می‌دهند و توانائی اطاعت‌پذیری کودک را به صورت پایدار تقویت می‌کنند. شواهد نشان می‌دهد کاربرد آموزش مهارت والد باعث می‌شود رفتارهای پرخاش‌گرانه، مقابله جویانه و پرفعالیتی کودک کاهش و رفتارهای والدین بهبود یابد و فشاری که تحمل می‌کنند کم‌تر شود [۳۶]. با این تفسیر، می‌توان انتظار داشت که والدین در طی جلسات آموزشی مهارت‌های لازم و کافی را برای رفتار صحیح با کودکان می‌آموزند. با افزایش دانش و مهارت‌های رفتاری و کاهش استرس والدین، کیفیت روان‌شناختی و اجتماعی خانواده در برخورد با کودکان دارای اختلال بهبود می‌یابد.

بر اساس نتایج این پژوهش و پیشینه پژوهش‌های اشاره شده، استفاده از مداخله‌های بازی درمانی شناختی رفتاری درکنار آموزش مدیریت والدین باعث بهبود علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی در کودکان می‌شود. شاید بتوان دلیل این اثربخشی را به تأثیر مستقیم بازی درمانی شناختی رفتاری، تأثیر غیر مستقیم آموزش مدیریت والدین و تأثیرات تعاملی این دو رویکرد نسبت داد. بنابراین می‌توان گفت رویکردهای کودک-محور، ولد-محور و تلفیق آن‌ها شاید از مؤثرترین روش‌های کاهش علائم اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی کودکان باشد. همان‌گونه که نتایج این پژوهش نشان داد بین میزان تأثیرگذاری این دو رویکرد بر علائم نارسایی توجه-بیش فعالی و مؤلفه‌های آن تفاوت معنی‌دار دیده شد و اثر بخشی رویکرد تلفیقی بیش‌تر بود.

محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت از محدود بودن جامعه پژوهش، مطالعات مشابه اندک در ایران و جهان به خصوص کمبود پژوهش‌های تلفیقی بازی درمانی شناختی رفتاری و آموزش مدیریت والدین بودند. هم‌چنین محدودیت در وجود پرسش‌نامه سنجش شدت علائم نارسایی توجه-بیش فعالی کودکان بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی اختلال‌های روانی، پیشنهاد می‌گردد برای بررسی دقیق‌تر وضعیت شدت علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی کودکان، در پژوهش‌های آتی علاوه بر استفاده از پرسش‌نامه سنجش علائم کودکان توسط والدین، از پرسش‌نامه سنجش علائم کودکان توسط معلمان نیز استفاده شود. هم‌چنین در پژوهش‌های آتی به بررسی تأثیر آموزش مدیریت والدین بر

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.2.5.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.2.155]

تغییرات رفتاری والدین پرداخته شود و در نهایت با توجه به اثربخشی رویکرد تلفیقی، از این رویکرد در مراکز مشاوره خانواده استفاده گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه حاکی از تأثیر مداخله بازی درمانی شناختی رفتاری و تلفیق آن با آموزش مدیریت والدین بر کاهش شدت علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی در کودکان سن ۱۱-۷ سال است و در مقایسه دو رویکرد، رویکرد تلفیقی مؤثرتر می‌باشد. با توجه به اینکه عدم درمان کودکان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی می‌تواند با پیامدهای منفی در دوران نوجوانی و بزرگ‌سالی همراه شود، توجه به درمان‌های روان‌شناختی کودک‌محور از جمله بازی درمانی شناختی رفتاری و توجه به آموزش‌های خانواده محور از جمله آموزش مدیریت والدین با قصد افزایش توان‌مندی والدین در نحوه تعامل با این کودکان امری ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

محققان بر خود لازم می دانند از تمامی آزمودنی‌ها و والدین آن‌ها که در اجرای برنامه ما را یاری کردند تشکر نمایند. هم‌چنین از اساتید دانشگاه لرستان که با همکاری و راهنمایی خود انجام این تحقیق را میسر نمودند قدردانی می‌گردد.

References

[1] Bussing R, Mason DM, Bell L, Porter P, Garvan C. Adolescent outcomes of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse community sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry(JAACAP)* 2015; 49(6): 595-605.

[2] Yadegari N, Sayehmiri K, Azodi MZ, Sayehmiri F, Modara F. The Prevalence of attention deficient hyperactivity disorder among iranian children: a meta-analysis. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* 2018; 12(4). 10-18. [Farsi]

[3] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Translated by Yahya Seyed Mohammadi, *Agah Publications, Tehran* 2014; 1: 37-41.

[4] Chronis-Tuscano A, Wang CH, Woods KE, Strickland J, Stein MA. Parent ADHD and evidence-based treatment for their children:

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.2.5.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.2.155]

review and directions for future research. *Journal of abnormal child psychology* 2017; 45(3): 17-501.

[5] Morgensterns E, Alfredsson J, Hirvikoski T. Structured skills training for adults with ADHD in an outpatient psychiatric context: an open feasibility trial. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders* 2016; 8(2): 11-101.

[6] Mokrova I, O'Brien M, Calkins S, Keane S. Parental ADHD symptomology and ineffective parenting: The connecting link of home chaos. Parenting: *Science and Practice* 2010; 10(2): 35-119.

[7] Park JL, Hudec KL, Johnston C. Parental ADHD symptoms and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2017; 56(2): 25-39.

[8] Danforth JS, Harvey E, Ulaszek WR, McKee TE. The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. *Journal of behavior therapy and experimental Psychiatry* 2006; 37(3): 188-225.

[9] Barkley RA, Murphy KR. Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook. *Guilford Press* 2006 ; (1)2: 71-73.

[10] Fabiano GA, Chacko A, Pelham Jr WE, Robb J, Walker KS, Wymbs F et al. A comparison of behavioral parent training programs for fathers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavior Therapy* 2009; 40(2): 190-204.

[11] Forgatch MS, Kjøbli J. Parent management training-Oregon model: Adapting intervention with rigorous research. *Family process* 2016; 55(3): 13-500.

[12] Thomas R, Abell B, Webb HJ, Avdagic E, Zimmer-Gembeck MJ. Parent-child interaction therapy: *A meta-analysis Pediatrics* 2017; 140(3): 34-47.

[13] Zisser-Nathenson AR, Herschell AD, Eyberg SM. Parent-child interaction therapy and the treatment of disruptive behavior disorders. *Evidence-based psychotherapies for children and Adolescents* 2017; 11(2): 10-21.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.2.5.0]

[DOI: 10.29252/jrums.19.2.155]

[14] Daley D, Van der Oord S, Ferrin M, Danckaerts M, Doepfner M, Cortese S et al. European ADHD Guidelines Group. Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2014; 53(8): 47-835.

[15] Akbari B, Rahmati F. The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on aggression of preschool children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychological Development* 2015; 1 (3): 101-110. [Farsi]

[16] Molly G, Jalil Abkenar SS, Ashouri M.The Effectiveness of Group Play Therapy on Social Skills of Hearing Impaired Preschool Children. *University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran* 2015; 16 (1): 76-85. [Farsi]

[17] Ghorbani Ashin Y,Talibi Gh, Jahandar B, Rabanizadeh, M . The Effectiveness of Play Therapy on Reduction of Symptoms of ADHD and Attention Deficit Hyperactivity in Primary School Children. *Journal of Medical Education Development Studies Center* 2015; 7: 53-58. [Farsi]

[18] Bakhshayesh A, Mir Hosseini R. The Effectiveness of Play Therapy on Reducing Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Improving Children's Academic Performance. *Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2016; 22 (6): 1-13. [Farsi]

[19] Hinshaw SP, Klein RG, Abikoff HB. Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder: *Nonpharmacological Treatments and their Combination with Medication* 2007; 6(2): 31-38.

[20] Bai GN, Wang YF, Yang L, Niu WY. Effectiveness of a focused, brief psychoeducation program for parents of ADHD children: improvement of medication adherence and symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2015; 11(7): 21-27.

[21] Evans SW, Owens JS, Wymbs BT, Ray AR. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of*

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.2.5.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.2.155]

Clinical Child & Adolescent Psychology 2018; 47(2): 98-157.

[22] O'Neill S, Rajendran K, Halperin JM. More than child's play: the potential benefits of play-based interventions for young children with ADHD. Expert review of neurotherapeutics. 2012; 12(10): 7- 1165.

[23] Swanson JM, Sergeant JA, Taylor E, Sonuga-Barke EJ, Jensen PS, Cantwell DP. Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *The Lancet* 2001; 351(9100): 33-429.

[24] Sadr al-Sadat C, Hoshyari Z, Sadr al-Sadat L, Zamani R. Determining the Psychometric Properties of the SNAP-IV Parent Performance Scale. *Journal of Rehabilitation* 2007; 3: 59-65. [Farsi]

[25] Mohammad Ismail A. Play Therapy: Theories, Methods, and Clinical Applications. *Dangier Publications*, *Tehran* 2003; chapter 1. 25-42. [Farsi]

[26] Hezardastan F, Mousavi Madani N, Abedi A, Kanani N. A practical guide to treating behavioral problems in children and adolescents. *Third Edition, Neveshteh Pabication, Isfahan* 2015; 12-27. [Farsi]

[27] Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics, 5th ed, Boston, Pearson Education, 2007; chapter 4. P: 112-109.

[28] Sharifi HP, Najafizand J. statistical methods in the behavioral sciences, 15th ed, Tehran, *Maharat Publication*, 2008; chapter 3. P: 75.

[29] Cornell HR, Lin TT, Anderson JA. A systematic review of play-based interventions for students with ADHD: implications for school-based occupational therapists. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention* 2018; 11(2): 192-211.

[30] Hashemi M, Banijamali SS, Khosravi Z. The efficacy of short-term play therapy for children in reducing symptoms of ADHD. World Family Medicine Journal: Incorporating the Middle East. *Journal of Family Medicine* 2018; 99(58): 1-9. [Farsi]

[31] Fazeli Z, Shirzadi A, Asgharnejad Farid A, Afkham Ebrahimi A. Comparison of the efficacy of drug therapy and combination

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.2.5.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.2.155]

therapy and parental management training on visual-structural, attention, behavioral and emotional indices of children with ADHD. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2013; 19(4): 264-274. [Farsi]

[32] Malekpour M, Hadi S, Faramarzi S, Eshghi R, Keshavarz A. Comparison of the effectiveness of family-centered, child-centered and combined interventions on the rate of ADHD symptoms in children with this disorder. *Family Counseling and Psychotherapy* 2010; 4 (4): 653-672. [Farsi]

[33] Stulmaker HL, Ray DC. Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Children and Youth Services Review* 2015; 57(4): 27-33.

[34] Janatian S, Noori A, Shafti S, Molavi H, Samavatian H. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Game Therapy on Severity of Symptoms of ADHD / ADHD in 9-11 Year Old Male Students with ADHD. *Behavioral Sciences Research* 2008; 12 (2): 109-118. [Farsi]

[35] Pliszka SR. Effect of anxiety on cognition, behavior, and stimulant response in ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1989; 28(6): 7-88.

[36] van den Hoofdakker BJ, Nauta MH, Dijck-Brouwer DA, van der Veen-Mulders L, Sytema S, Emmelkamp PM et al. Dopamine transporter gene moderates response to behavioral parent training in children with ADHD: a pilot study. *Developmental Psychology* 2012; 48(2): 567.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.2.5.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.2.155]

The Effect of Cognitive Behavioral Play Therapy and Its Integration with Parental Management Training on Symptoms of ADHD in 7-11 Year Old Children: A Quasi-Experimental Study

J. Feizollahi[1] , M. Sadeghi[2], F. Rezaei[3]

Received: 15/10/2019 Sent for Revision: 14/12/2019 Received Revised Manuscript: 09/02/2020 Accepted: 10/02/2020

Background and Objectives: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common psychiatric disorders in childhood. The purpose of this study was to determine and compare the effects of cognitive behavioral play therapy (CBPT) and its integration with parental management training (PMT) on the symptoms of ADHD in children aged 7-11 years.

Materials and Methods: The present study was a quasi-experimental study with pre-test and post-test with the control group. The study population included children with ADHD in Kermanshah city in 2019, of whom 48 were selected by multistage random cluster sampling and they were randomly allocated in experimental groups 1 and 2 and one control group in equal numbers. In the experimental group 1, CBPT was performed in 10 sessions of 10 -90-minute and in the experimental group 2, CBPT and its integration with PMT was performed in 10 sessions of 10 -90-minute. The control group (group 3) did not receive any intervention. Data were collected before and after the intervention through completing Swanson attention deficit hyperactivity disorder questionnaire. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Results: After the treatment, there was found a statistically significant difference between the average score of the symptoms of ADHD in the experimental group 1 (34.24±1.86) and the control group (37.80±3.23) and the experimental group 2 (31.18±2.07) and the control group (37.80±3.23) ($p<0.001$). Also, there was a significant difference between the effect of CBPT and the integration of CBPT and PMT ($p<0.05$). Comparing the mean of two approaches, the integrated intervention was more effective.

Conclusion: CBPT, PMT and their integration might be effective in reducing symptoms of ADHD. The aforementioned approaches is suggested to be used in psychological counseling centers.

Key words: Cognitive-behavioral play therapy (CBPT), Parent management training (PMT), Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Kermanshah University of Medical Sciences approved the study (IR.KUMS.REC.1398.42).

How to cite this article: Feizollahi J, Sadeghi M, Rezaei F. The Effect of Cognitive Behavioral Play Therapy and Its Integration with Parental Management Training on Symptoms of ADHD in 7-11 Year Old Children: A Quasi-Experimental Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2020; 19 (2): 155-72. [Farsi]

1- PhD Student of Psychology, Dept. of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University , Khorramabad, Iran
ORCID:0000- 0002-4757-105x
2- Assistant Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University , Khorramabad, Iran
ORCID:0000- 0002-4020-7132
(Corresponding Author) Tel: (066) 33120647, Fax: (066) 33120647, E-mail: sadeghi.m@lu.ac.ir.
3- Assistant Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University , Khorramabad, Iran
ORCID:0000- 0002-9025-5079

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.2.5.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.2.155]