

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۱۰/۰۶
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۶/۰۹/۰۴

مجله دست آوردهای روان‌شناختی
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۶
دوره‌ی چهارم، سال ۲۴، شماره‌ی ۲
ص:ص: ۸۰-۷۵

مقایسه اثربخشی روش بازی درمانی با گل درمانی در درمان نقص توجه کودکان دبستانی

A Comparison Play Therapy with the Clay Therapy of the Treatment of Children with Attention Deficit

Sareh Moaref
Nadareh Sohrabi

ساره معرف*
نادره سهرابی**

چکیده

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of play therapy and clay therapy, and difference between them in improving of attention deficit disorder in treatment of children in elementary school. In this study whole experiments design with posttest – pretest control group was used. Research populations was include female students at the elementary school which were 7-10 years old, who had attention deficit disorder in one of schools in Shiraz, that is full of population. After completing the questionnaire about attention deficit disorder (CSI-4) by teachers for students, 45 students were selected who earned the highest scores in this questionnaire, and finally they were placed in two groups of clay therapy and play therapy and control group by simple random sampling. After completing these Jordan's attention deficit disorder, by teachers and parents of students, 8 individual session of 60 minutes, and two groups sessions of 90 minutes of clay therapy and play therapies received by tests groups, which researches were designed based on marks attention deficit disorder, which includes audio visual attention, sequence of procedures, audio and visual memory, Speed of operation, and understanding organizations. After running the Therapeutic Intervention program these Jordan's Index forms were completed by teachers and parents, again. The results of one way ANCOVA showed a significant difference between test groups of clay therapy and play therapy and control groups of attention deficit disorders. In addition, the results of independent sample of T-test, didn't showed a significant difference between the methods of clay therapy and play therapy in treatment of attention deficit disorders. The finding of this research showed that clay therapy and play therapies, can be and effective methods in increasing the focus and attention for students in the course of their works, and the symptoms of increasing attention deficit disorder can be prevented in higher ages in life by this method.

هدف از پژوهش حاضر، تبیین اثربخشی بازی‌درمانی و گل‌درمانی و تبیین تفاوت این دو روش درمانی در بهبود نقص توجه کودکان دختر دبستانی دارای اختلال نقص توجه بود. در این پژوهش از روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل با گمارش تصادفی استفاده گردید. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان دختر ۷-۱۰ ساله مبتلا به اختلال نقص توجه در یکی از مدارس ابتدایی پرجمعیت نواحی آموزش و پرورش شهر شیراز بود، که پس از تکمیل پرسشنامه تشخیصی اختلال نقص توجه (CSI-4) توسط معلمان برای کلیه دانش‌آموزان این مدرسه، تعداد ۴۵ دانش‌آموز که بالاترین نمره را در این پرسشنامه کسب کرده بودند انتخاب و نهایتاً به صورت تصادفی ساده در گروه آزمایشی گل‌درمانی و بازی‌درمانی و یک گروه کنترل قرار گرفتند. پس از تکمیل فرم‌های شاخص اختلال نقص توجه جردن توسط معلمان و والدین این دانش‌آموزان، گروه‌های آزمایشی ۸ جلسه‌ی فردی ۶۰ دقیقه‌ای و ۲ جلسه‌ی گروهی ۹۰ دقیقه‌ای بازی‌درمانی و گل‌درمانی را که محقق بر اساس نشانه‌های نقص توجه (توجه‌دیداری و شنیداری، ترتیب و توالی دستورالعمل‌ها، حافظه‌ی دیداری و شنیداری، سرعت عمل و سازماندهی ادراکی) طراحی کرده بود، دریافت نمودند. پس از اجرای برنامه‌های مداخله‌ی درمانی، مجدداً فرم‌های شاخص اختلال نقص توجه جردن توسط معلمان و والدین تکمیل گردید. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که تفاوت معنی‌داری میان نقص توجه گروه‌های آزمایشی بازی‌درمانی و گل‌درمانی و گروه کنترل وجود دارد. علاوه بر این نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین روش‌های بازی‌درمانی و گل‌درمانی در درمان نقص توجه وجود ندارد. از یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که بازی‌درمانی و گل‌درمانی می‌توانند روش‌های مؤثری در افزایش توجه و تمرکز دانش‌آموزان در ضمن انجام کار باشند و به وسیله‌ی این دو روش می‌توان از شدت علائم نقص توجه در سنین بالاتر پیشگیری نمود.

Keywords: attention deficit, play therapy, clay therapy

کلید واژگان: نقص توجه، بازی‌درمانی، گل‌درمانی

* کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه آزاد مرودشت

sohrabi_sh2006@yahoo.com

** استادیار روان‌شناسی دانشگاه آزاد مرودشت (نویسنده مسئول)

مقدمه

سالیان مدیدی است که دانش‌آموزان با اختلال نقص‌توجه، برنامه‌ی آموزشی خود را دوشادوش همسالان عادی در دبستان‌ها و مراکز آموزشی طی می‌کنند. این دانش‌آموزان اگر نه همه‌ی وقت خود را، دست‌کم بخش زیادی از وقت خود را همراه با سایر دانش‌آموزان سپری می‌کنند. بارکلی^۱ (۱۹۹۹) خاطر نشان می‌کند که اختلال نقص‌توجه در طی دهه‌ی ۱۹۹۰، به صورت نوعی ناتوانی خاص مرکز توجه قرار گرفت. ویژگی‌های مرتبط با این اختلال، توصیف افراد مبتلا و مجموعه علائم آن، با تاریخی به قدمت ۱۰۰ سال در نوشته‌ها موجود است. کودکان با اختلال نقص‌توجه اغلب علائمی دارند که به اندازه‌ای شدید است که به نحوی با عملکرد و فعالیت‌های زندگی وی تداخل می‌کند. کودکان دارای این اختلال اغلب در مدرسه با مشکلات قابل توجهی روبه‌رو هستند که به لحاظ آموزشی و همچنین از نظر اداری کلاس، همواره چالش قابل ملاحظه‌ای را در مقابل معلمان قرار می‌دهند. این کودکان در تکالیفی که مستلزم شناخت بیشتری است، به ویژه تکالیفی که در آن عوامل منحرف‌کننده‌ی توجه وجود دارند، بدترین عملکرد را از خود نشان می‌دهند و اغلب معلمان آنها را به عنوان افرادی که نسبت به همسالان عادی خود به طور معنی‌داری توجه و دقت کمتری دارند، ارزیابی می‌کنند. به منظور اصلاح نقص توجه از روش‌های متعددی استفاده شده است. در مجموع مداخلات درمانی صورت‌گرفته در خصوص نقص‌توجه در دو مقوله کلی قرار می‌گیرد: رفتاری و پزشکی. اما درمان مؤثر شامل رویکردی تیمی، چند رشته‌ای و ترکیبی از فنون گوناگون است که بر اساس نیاز فرد تعیین شده است (اورت و اورت^۲، ۱۹۹۹). درمان‌های غیر دارویی (رفتاری)، همچون روان‌درمانی و مشاوره‌ای کودکان با استفاده از شیوه‌های بازی درمانی برای درصد قابل ملاحظه‌ای از کودکان مؤثر و نتیجه‌بخش بوده، از جمله بیش‌فعالی - نقص توجه. بازی‌درمانی برای هر کودکی قابل استفاده است تا به آنها کمک کند تا رفتارشان اصلاح شود و خودپنداره آنها برای خودشان مشخص شود و به اعتقاد پیکاتینا، بالام، وود، پاتسن و اولیور^۳ (۲۰۱۲) به طور کلی بازی‌درمانی چیزی برابر مشاوره برای بزرگسالان است. بازی‌فعالیتی طبیعی، لذت‌بخش، شگفت‌انگیز و پر رمز و راز است. همچنین وسیله‌ای برای بیان احساسات،

1- Barkley

2- Everett & Everett

3- Pykhitna, Balaam, Wood, Pattison, & Oliver

برقراری روابط، توصیف تجربیات، آشکار کردن آرزوها و خودشکوفایی است و چون کودکان غالباً قابلیت کلامی و شناختی کمتری در بیان احساسات خود دارند، بازی برای آنها یک وسیله ارتباط طبیعی و عینی برای کنار آمدن با دنیاست. کودک در بازی نیازهای حسی - حرکتی خود را برآورده می‌سازد و انرژی غنی‌شده در درون خویش را به گونه‌ای می‌نماید که این عمل نه تنها آرامش روحی او را افزایش می‌دهد بلکه باعث پویایی رفتارش نیز می‌شود. حال در صورتی که این انرژی امکان بروز نباید احتمالاً به اضطراب، افسردگی و پرتحرکی تبدیل می‌شود (شفر و دوروز،^۱ ۲۰۰۹).

در پژوهش ویلکز، کوردیر، باندی، دوکینگ و مانرونک^۲ (۲۰۱۱) تحت عنوان مداخلات بازی گونه در درمان کودکان مبتلا به نقص توجه/ بیش‌فعالی، هفت جلسه بازی‌درمانی انجام شد. نتایج نشان داد که بازی در بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان تأثیر داشته است. در پژوهشی که توسط پکیتینا، بالام، وود، پاتیسون و پاتریک^۳ (۲۰۱۲) انجام شده است و به بررسی تأثیر بازی‌درمانی بر کودکان دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی پرداخته اند، نتیجه حاکی از اثر بخش بودن این روش درمانی بر نشانگان اختلال نقص توجه بوده است. در این پژوهش پسر ۶ ساله‌ای با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی که به گفته‌ی والدین نمی‌توانست تمرکز داشته باشد و کارش را به اتمام برساند، تحت مداخله بازی‌درمانی قرار گرفت. نتایج نشان داد، در طی مداخله بیشترین تمرکزش را بر کار داشته و حرکات تکانشی نیز کاهش پیدا کرده است. بهرامی (۱۳۹۱) در پژوهش خود با عنوان اثربخشی بازی‌های تویی - غیرتویی بر کاهش نشانگان اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی دانش‌آموزان پسر ۹ تا ۱۱ ساله شهر اراک، به این نتیجه دست‌یافت که بازی‌های تویی و غیرتویی تأثیر مثبتی بر کاهش علائم اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی داشته است.

یک روش مؤثر دیگر برای جهت‌دادن به توجه کودکان استفاده از گل‌درمانی است. این روش به دلیل تازگی و شگفت‌انگیز بودن آن و همچنین متفاوت و غیرمعمول بودن در محیط یادگیری، اغلب توجه کودکان را جلب می‌کند. آموزش با استفاده از روش گل‌درمانی می‌تواند موجب افزایش مهارت‌های ادراکی و همچنین تقویت حافظه و توجه شده و بالطبع یادگیری را

1- Schaefer & Drewes

2- Wilkes, Cordier, Bundy, Docking, & Munrong

3 - Pykhtina, Ballam, Wood, Pattison, & Patrick

در کودکان ارتقاء می‌دهد (آندریاس^۱، ۲۰۰۵؛ هانلی^۲، ۲۰۰۲).

موستک^۳ (۱۹۵۳، به نقل از قربانی‌نژاد، ۱۳۸۹) اظهار می‌دارد: از همان ابتدا در بازی‌درمانی، گل همیشه به عنوان یک وسیله ضروری برای درمانگران، مورد توجه بوده است. مشاوران از گل استفاده می‌کنند تا بتوانند توسط آن در رابطه با کودک، او را از حالت اختلال و آشفتگی به حالت نرمال انتقال دهند و او را بر تکلیف متمرکز کنند. به عقیده رایبن، فین و ون دنبرگ^۴ (۱۹۸۳) هرچند که گل از زمان شروع بازی‌درمانی، ابزاری برای درمانگران معرفی شد اما از زمان شروع هنردرمانی نیز، گل از جمله ابزارهای ارتباطی مورد استفاده هنردرمانگران بود. از علل سودمندی گل به عنوان یک ابزار هنری برای درمانگران این است که، در مراحل آغازین درمان استفاده از آن باعث احساس آرامش و کاهش فشار عصبی می‌شود و همچنین در این مرحله‌ی درمان، گل وسیله‌ای است که توسط آن زیر و بم افراد شناخته می‌شود. در میانه‌ی درمان برای رسیدن به هدف درمانگر، هنر به دلایل گوناگون سودمند است. از جمله اینکه، شواهد قابل ملاحظه‌ای وجود دارد بر این که از راه نمادین و بدون کلام رسیدن به هدف نهایی آسان‌تر است و اینکه استفاده از هنر از جمله گل، شخص را به خودآگاهی می‌رساند. آنچه که در این روش گل درمانی حائز اهمیت است، استفاده از دست‌ساخته‌ی خود کودک در طی مراحل درمان است. این امر کودک را شگفت‌زده کرده، باعث افزایش اعتماد به نفس و رشد خلاقیت وی می‌شود. گل‌رس از جمله اسباب‌بازی‌هایی است که کودک می‌تواند با آنها خلاقیت و نوآوری خود را به نمایش بگذارد. در پژوهش اعتمادی (۱۳۹۲) با عنوان تاثیر گل‌درمانی بر کاهش شدت علائم نقص‌توجه-بیش‌فعالی تکانشگری در دانش‌آموزان پسر دوره‌ی ابتدایی با اختلال نقص‌توجه - بیش‌فعالی - تکانشگری نتایج نشان داد که گل‌درمانی بر کاهش علائم نقص‌توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری مؤثر بوده است.

به رغم استفاده از بازی‌درمانی و گل‌درمانی در درمان مشکلات کودکان، این شیوه هنوز جایگاه خود را در ایران به دست نیاورده است و کمتر مورد استفاده قرار می‌گیرد. در معدود پژوهش‌های انجام شده نیز بازی‌درمانی و گل‌درمانی برای آموزش رفتاری خاص یا تغییر

-
- 1- Andreas
 - 2- Henley
 - 3- Mustek
 - 4- Rubin, Fein, & Vandenberg

برخی رفتارهای جزئی مورد استفاده قرار گرفته است. از سوی دیگر بررسی اثر بخشی این دو روش در درمان اختلالات رایجی چون نقص توجه با اهمیت به نظر می‌رسد. به همین دلیل در این پژوهش میزان اثر بخشی این دو روش، در درمان یا کاهش نشانگان نقص توجه مورد سوال قرار گرفت. همچنین نظر به اهمیت تمرکز و توجه در حوزه یادگیری کودکان دارای اختلال نقص توجه نیاز به تحقیقات بیشتری در حوزه‌ی درمان این کودکان احساس می‌شود. از این رو پژوهش حاضر درصدد پاسخ به این سه سوال می‌باشد:

با توجه به ارزیابی معلم آیا روش بازی‌درمانی و گل‌درمانی اثربخشی معنی‌داری در درمان نقص توجه کودکان دختر دبستانی دارد؟

با توجه به ارزیابی معلم آیا بین اثربخشی روش بازی‌درمانی و گل‌درمانی در درمان نقص توجه کودکان دختر دبستانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟

با توجه به ارزیابی والدین آیا روش بازی‌درمانی و گل‌درمانی اثربخشی معنی‌داری در درمان نقص توجه کودکان دختر دبستانی دارد؟

با توجه به ارزیابی والدین آیا بین اثربخشی روش بازی‌درمانی و گل‌درمانی در درمان نقص توجه کودکان دختر دبستانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟

روش پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و گمارش تصادفی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دانش‌آموزان دختر دارای اختلال نقص توجه پایه اول تا چهارم ابتدائی (۷ تا ۱۰ سال) شهر شیراز می‌باشد که با توجه به آمار نواحی مربوطه‌ی آموزش و پرورش در پرجمعیت‌ترین مدارس ابتدائی شهر، در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ مشغول به تحصیل بودند. ۴۵ دانش‌آموز دختر نمونه‌ی این پژوهش را تشکیل دادند که این نمونه‌ی آماری به شیوه‌ی در دسترس انتخاب شد. روش نمونه‌گیری بدین ترتیب بود که ابتدا یک مدرسه‌ی دخترانه از بین چهار ناحیه‌ی آموزش و پرورش شهر شیراز که دارای جمعیت بالا بود، انتخاب و پس از تشکیل جلسه برای معلمان پایه‌های اول تا چهارم ابتدایی و معرفی طرح پژوهش، فرم ۹ سئوالی پرسشنامه‌ی تشخیصی اختلال نقص توجه برای تمامی دانش‌آموزان پایه‌ی اول تا چهارم ابتدایی، توسط معلمان مربوطه تکمیل، و دانش‌آموزانی

که حداقل نمره‌ی ۱۸ را در این آزمون کسب کردند؛ انتخاب شدند. در مرحله‌ی بعد، تعداد ۴۵ نفر از این دانش‌آموزان که دارای بالاترین نمره در نقص توجه بودند به صورت تصادفی ساده در سه گروه ۱۵ نفره که شامل یک گروه کنترل و دو گروه آزمایشی بود؛ قرار گرفته شدند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه تشخیصی اختلال نقص توجه: این آزمون بر اساس داده‌های ارائه شده در چهارمین ویرایش راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی در سال ۱۳۸۹ به وسیله سهرابی، به پژوه و غباری بناب تهیه شده است. هدف از اجرای این آزمون گزینش افراد مبتلا و افراد فاقد اختلال نقص توجه می‌باشد. این آزمون شامل ۹ پرسش می‌باشد، که بر اساس یک مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای از هرگز (۰)، گاهی اوقات (۱)، بیشتر اوقات (۲) تا همیشه (۳) درجه‌بندی شده است. بنابراین، بیش‌ترین نمره در این آزمون ۲۷ و کم‌ترین صفر می‌باشد. بر اساس چهارمین ویرایش راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، زمانی کودکی مبتلا به اختلال نقص توجه است که ۶ ملاک از ۹ ملاک تعریف شده از اختلال نقص توجه را برای مدت ۶ ماه دارا باشد. بنابراین زمانی که فردی در این آزمون نمره ۱۸ بگیرد، مبتلا به اختلال نقص توجه تشخیص داده می‌شود. با وجود اعتبار ملاک‌های DSM نزد روان‌شناسان و روان‌پزشکان، برای تعیین اعتبار این آزمون در ایران ضریب آلفای این پرسشنامه محاسبه شده که $(\alpha = 0/96)$ می‌باشد (سهرابی، به پژوه و غباری بناب، ۱۳۸۹). از این پرسشنامه برای تشخیص اولیه گروه نمونه استفاده شد.

شاخص اختلال نقص توجه جردن: این آزمون در سال ۱۹۹۲ به وسیله دیل جردن ساخته شد و در سال ۱۳۸۹ توسط سهرابی و همکاران، روایی و پایایی آن به دست آمد. این آزمون شامل دو فرم ویژه معلم و والدین می‌باشد. الف- فرم ویژه معلم که شامل دو بخش است: بخش نخست شامل ۱۹ پرسش در زمینه‌ی تشخیص اختلال نقص توجه و بخش دوم شامل ۲۰ پرسش در زمینه‌ی سازماندهی که این دو بخش با هم ترکیب و شش پرسش که مستلزم اطلاع از وضعیت کودک در محیط خانه بود توسط پژوهشگران حذف شد و آزمونی شامل ۳۳ پرسش در اختیار معلمان قرار دادند. ب- فرم ویژه والدین نیز شامل دو بخش است: بخش نخست شامل ۱۹ پرسش در زمینه‌ی تشخیص اختلال نقص توجه و بخش دوم شامل ۲۰ پرسش در زمینه‌ی سازماندهی است. این دو بخش با هم ترکیب و آزمونی شامل ۳۹ پرسش در

اختیار والدین قرار دادند. در این آزمون از یک مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای استفاده شد (هرگز = ۱، گاهی اوقات = ۲، بیش تر اوقات = ۳ و همیشه = ۴). سهرابی و همکاران (۱۳۸۹) برای بررسی پایایی این شاخص از ضریب آلفای کرونباخ و همبستگی بین نظر نمره‌گذاران یعنی معلم و والدین استفاده کردند و برای تعیین روایی آزمون یاد شده از شاخص‌های تفاوت گروه عادی و دارای اختلال نقص توجه و همبستگی با پیشرفت تحصیلی (معدل تحصیلی) استفاده شده است. نتایج پژوهش ذکر شده بیانگر روایی و پایایی مطلوبی برای مقیاس‌های شاخص اختلال نقص توجه جردن بود (سهرابی و همکاران، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر از این مقیاس برای ارزیابی میزان نقص توجه از دیدگاه معلمان و والدین استفاده شد.

یافته‌ها

در جداول ۱ و ۲ طرح مداخله بازی درمانی و گل درمانی آورده شده است.

جدول ۱.

فعالیت‌های جلسات بازی درمانی

اهداف	نوع فعالیت	جلسات
۱- بهبود ارتباط بین درمانگر و کودک. ۲- توجه به دستورالعمل‌های شنیده شده. ۳- توجه به ترتیب و توالی فعالیت‌ها.	۱- نوشتن قرارداد بین درمانگر و کودک، ۲- بازی‌های بگرد و پیدا کن، ۳- دومینوی رابطه اعداد و تصاویر، ۴- بازی موزائیک‌های طرح‌دار.	جلسه اول
۱- توجه به دستورالعمل‌های شنیده شده. ۲- افزایش توجه دیداری. ۳- افزایش توجه شنیداری.	۱- مرور و یادآوری قواعد بازی و قرارداد بین درمانگر و کودک، ۲- فرم‌های خط‌زنی، ۳- دومینوی رابطه اشکال، ۴- جورچین آهنربایی	جلسه دوم
۱- توجه به تفاوت‌ها و شباهت‌های موجود در اطراف ما. ۲- افزایش توجه و تمرکز دیداری. ۳- یادگیری حجم.	۱- مرور و یادآوری قواعد بازی، ۲- تشخیص تفاوت‌ها، ۳- ساخت طرح‌های چوبی، ۴- استوانه‌های صداساز، ۵- پیدا کردن و گفتن هجای.	جلسه سوم
۱- آشنایی با صدای حیوانات. ۲- افزایش توجه شنیداری. ۳- افزایش توجه دیداری.	۱- گوش دادن به نوار کاست صدای حیوانات، ۲- بازی بگرد و پیدا کن، ۳- بازی جئورد، ۴- تشخیص نواقص تصاویر و تکمیل آنها با مدادرنگی.	جلسه چهارم
۱- تقویت سازماندهی ادراکی. ۲- تقویت الگویابی. ۳- توجه به دستورالعمل‌های شنیده شده. ۴- یادگیری حجم و اشکال هندسی.	۱- گوش دادن به نوار کاست صدای کارهای روزانه، ۲- تشخیص تفاوت‌ها و شباهت‌های، ۳- بازی آی کیو، ۴- تشخیص و پیدا کردن کلمات هم وزن و هم قافیه در بین سه تا چهار کلمه.	جلسه پنجم

اهداف	نوع فعالیت	جلسات
۱- تقویت هماهنگی بین دست و گوش. ۲- تقویت الگویابی.	۱- شنیدن یک داستان، ۲- بازی تانگو، ۳- الگویابی مهره‌های رنگی، ۴- نخ‌کردن مهره‌های رنگی براساس الگوی شنیده شده.	جلسه ششم
۱- یادگیری حجم و اشکال هندسی. ۲- یادگیری ردیف و ستون.	۱- استوانه‌های صداساز، ۲- ساخت طرح‌های چوبی، ۳- جنوبرد، ۴- پیدا کردن و گفتن هجای.	جلسه هفتم
۱- تقویت توجه دیداری. ۲- یادگیری حجم و اشکال هندسی. ۳- تقویت سازماندهی ادراکی.	۱- گوش دادن به نوارکاست صدای وسایل، ۲- دومینوی رابطه اعداد و اشکال، ۳- بازی بگرد و پیدا کن، ۴- استفاده از چوبک‌های موسیقی و تکرار ریتم، ۵- بازی ای کیو.	جلسه هشتم
۱- افزایش سرعت عمل همراه با توجه و تمرکز. ۲- هماهنگی با دیگر اعضای گروه. ۳- افزایش تحمل در برابر ناکامی.	۱- استفاده از چوبک‌های موسیقی، ۲- بازی دوز XO، ۳- تشخیص کلمات هم وزن و هم قافیه، ۴- فرم‌های خط‌زنی، ۵- دومینوی رابطه‌ی اعداد و تصاویر.	جلسه نهم (گروهی)
۱- توجه به دستورالعمل‌های شنیده شده. ۲- هماهنگی با دیگر اعضای گروه. ۳- افزایش تحمل در برابر ناکامی.	۱- شمارش اعداد از ۱ به بعد و گفتن کلمه «هپ»، ۲- بازی دوز، ۳- 4 in a row، ۴- دومینوی رابطه‌ی اعداد و اشکال، ۵- الگویابی مهره‌های رنگی دیده شده و ادامه‌ی آن، ۶- نخ‌کردن مهره‌های رنگی براساس الگوی شنیده شده.	جلسه دهم (گروهی)

اقتباس از کتاب اختلالات ریاضی و خواندن (تبریزی، ۱۳۹۰)

جدول ۲.

فعالیت‌های جلسات گل‌درمانی

اهداف	نوع فعالیت	جلسات
۱- بهبود ارتباط بین درمانگر و کودک، ۲- ارتباط با گل و توجه به دستورالعمل‌های شنیده شده.	۱- نوشتن قرارداد بین درمانگر و کودک، ۲- دوستی با گل، ۳- ساخت مار، تقسیم مار و ۴- تبدیل یک مار طویل به یک دایره.	جلسه اول
۱- افزایش توجه و دقت دیداری، ۲- افزایش توجه و دقت شنیداری و ۳- الگویابی و ادامه دادن آن.	۱- یادآوری و مرور قواعد بازی، ۲- دوستی با گل، ۳- ساخت مهره‌های گلی، ۴- سوراخ کردن مهره‌های گلی و رنگ کردن مهره‌ها و ۵- نخ‌کردن مهره‌های گلی آماده شده طبق دستورالعمل‌های دیده شده و شنیده شده.	جلسه دوم
۱- افزایش توجه و دقت دیداری، ۲- افزایش توجه و دقت شنیداری و ۳- الگویابی و ادامه دادن الگوی دیده شده یا شنیده شده.	۱- یادآوری و مرور قواعد بازی، ۲- ساخت اشکال قالبی، ۳- تشخیص اشیاء ساخته شده با چشمان بسته، ۴- رنگ آمیزی اشکال و چینش آنها طبق دستورالعمل و ۵- نقاشی بر روی گل و توجه به جزئیات نقاشی.	جلسه سوم
۱- توجه به دستورالعمل‌های شنیده شده، ۲- افزایش توجه و دقت دیداری، ۳- افزایش توجه و دقت شنیداری و ۴- تقویت حس لامسه.	۱- ساخت اشکال هندسی؛ دایره، مربع، مثلث، مستطیل و ...، ۲- لمس اشیاء ساخته شده با چشم بسته و حدس زدن آنها، ۳- رنگ آمیزی اشکال و چینش آنها و ۴- نقاشی بر روی اشکال هندسی و توجه به جزئیات نقاشی.	جلسه چهارم
۱- توجه به دستورالعمل‌های شنیده شده، ۲- افزایش توجه و دقت	۱- مرور قواعد بازی، ۲- ساخت اشکال قالبی، هندسی، ۳- رنگ آمیزی و نقاشی بر روی اشکال ساخته، ۴- کشیدن و	جلسه پنجم

اهداف	نوع فعالیت	جلسات
دیداری، ۳- افزایش توجه و دقت شنیداری و ۴- توجه به شباهت‌ها و تفاوت‌های اشکال.	رسم یک جدول توسط انگشت و ۵- دسته بندی اشکال گلی و نقاشی	
۱- پرورش قوه‌ی خلاقیت، ۲- شناخت اشکال هندسی و حجمی، ۳- تقویت توجه و دقت دیداری و ۴- تقویت توجه و دقت شنیداری.	۱- مرور و یادآوری فعالیت‌های جلسات گذشته، ۲- ساخت چندین مکعب، ۳- ساخت اشکال هندسی؛ دایره، مربع، مثلث، مستطیل و متوازی‌الاضلاع، ۴- تبدیل اشکال هندسی ساخته شده به اشکال دیگر و قطعات کوچکتر و ۵- ساخت طرح‌های مختلف گلی با اشکال هندسی ساخته شده همانند بازی	جلسه هشتم
۱- تقویت توجه و دقت دیداری، ۲- تقویت توجه و دقت شنیداری، ۳- تحمل ناکامی و ۴- افزایش تفکر قبل از عمل.	۱- ساخت ۴ عدد X و ۵ عدد O با گل رس، ۲- رنگ آمیزی Xها و Oها در دو رنگ متفاوت و به دلخواه کودک، ۳- ساخت ۵ عدد مار یک اندازه و تبدیل آنها به یک جدول ۹ خانه‌ای و ۴- انجام بازی دوز XO توسط اشکال ساخته شده.	جلسه هفتم
۱- توجه به دستورالعمل‌های شنیده شده، ۲- تقویت حواس، ۳- افزایش تفکر قبل از عمل، ۴- تحمل ناکامی و ۵- افزایش عزت نفس کودک.	۱- ساخت ۳۰ عدد سکه‌ی گلی، ۲- تقسیم سکه‌های گلی به دو دسته‌ی مساوی و رنگ آمیزی آنها، ۳- ترسیم یک جدول ۳۵ خانه‌ای توسط انگشت بر روی سطح کار گل اندود شده، و ۴- انجام بازی دوز 4 In a Row توسط سکه‌های گلی	جلسه هشتم
۱- دوستی با همسالان، ۲- تقویت تعامل و همکاری در گروه، ۳- افزایش دقت و توجه دیداری و ۴- افزایش دقت و توجه شنیداری.	۱- بازی گروهی با ساخت اشیاء گلی، ۲- گوش دادن به داستان و نقاشی داستان شنیده شده با انگشت، ۳- ساخت حیواناتی که در داستان شنیده، ۴- رنگ آمیزی حیوانات گلی و توجه به جزئیات رنگ آمیزی و ۵- تعریف داستانی جدید با توجه به نقاشی	جلسه نهم (گروهی)
۱- تقویت تعامل و همکاری در گروه، ۲- توجه به دستورالعمل‌ها و جزئیات شنیده شده و ۳- تحمل ناکامی.	۱- بازی دوز XO، ۲- بازی دوز 4 In a Row، ۳- ساخت گلوله‌های گلی و پرتاب آن به سمت هدف، ۴- ساخت گلوله‌های گلی و ۵- شنیدن صدای حیوانات و نقاشی و ترسیم آن حیوان بر روی سطح کار گل اندود شده.	جلسه دهم (گروهی)

اقتباس از کارگاه گل تراپی سامانی (۱۳۹۱)

در جدول ۳ و ۴ میانگین و انحراف معیار نمرات نقص توجه کودکان ارائه گردیده است:

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات نقص توجه مقیاس جردن فرم معلم

انحراف استاندارد	میانگین	N	گروه
۷/۹۰	۴۸/۶۷	۱۵	آزمایش (بازی درمانی)
۶/۴۰	۴۹/۶۰	۱۵	پیش آزمون آزمایش (گل درمانی)
۱۰/۲۰	۴۴/۶۷	۱۵	کنترل
۸/۷۶	۷۴/۴۰	۱۵	آزمایش (بازی درمانی)
۴/۴۷	۷۲/۰۰	۱۵	پس آزمون آزمایش (گل درمانی)
۱۰/۴۳	۴۶/۶۰	۱۵	کنترل

جدول شماره ۳ نشانگر شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار برای سه گروه مورد مطالعه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس نقص توجه در فرم معلم می‌باشد.

جدول ۴.

میانگین و انحراف معیار نمرات نقص توجه مقیاس جردن فرم والدین

گروه	N	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش (بازی درمانی)	۱۵	۵۰/۷۳	۶/۴۲
پیش‌آزمون	۱۵	۵۱/۰۷	۶/۱۳
کنترل	۱۵	۴۶/۹۳	۹/۰۴
آزمایش (بازی درمانی)	۱۵	۷۷/۸۷	۸/۱۱
پس‌آزمون	۱۵	۸۰/۹۳	۲/۷۴
کنترل	۱۵	۴۴/۰۷	۶/۵۶

نتایج جدول شماره ۴ مبین میانگین و انحراف معیار نقص توجه در فرم والدین در سه گروه مورد مطالعه می‌باشد.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس به منظور مقایسه‌ی نقص توجه در سه گروه، از دیدگاه معلم در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

جدول ۵.

تحلیل کوواریانس میانگین نمرات نقص توجه کودکان بر اساس فرم معلم

منابع واریانس	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	نسبت F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۱۵۴۰/۲۲۵	۱	۱۵۴۰/۲۲۵	۴۷/۳۰۴	<۰/۰۰۱
گروه	۵۱۸۶/۷۰۸	۲	۲۵۹۳/۳۵۴	۷۹/۶۴۸	<۰/۰۰۱
خطا	۱۳۳۴/۹۷۵	۴۱	۳۲/۵۶۰		
مجموع	۱۹۶۲۳۹/۰۰	۴۵			

همان‌طور که جدول ۵ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات نقص توجه در گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل از نظر معلم تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=79/648$ و $p<0/001$).

پس از ملاحظه‌ی معناداری مقدار F برای گروه‌ها، به منظور مقایسه‌ی جفتی گروه‌ها و برای تبیین تفاوت‌های بین گروهی از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

همانطور که در جدول شماره ۶ نشان می‌دهد کودکان در گروه گل درمانی و گروه بازی درمانی به طور معنی‌داری در مقایسه با گروه کنترل، نشانگان نقص توجه کمتری از خود نشان دادند. نتایج این تحلیل هم‌چنین حاکی از عدم وجود تفاوت معنی‌دار بین دو روش گل درمانی و بازی درمانی داشت.

جدول ۶.

نتایج آزمون تعقیبی توکی برای ارزیابی توسط معلم معلم

متغیر وابسته	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
بازی درمانی	-۳/۰۸۰	۲/۰۸۶	۰/۴۴۲
گل درمانی	۲۱/۸۰۷	۲/۱۴۸	<۰/۰۰۱
بازی درمانی گروه کنترل	۲۴/۸۸۷	۲/۱۲۶	<۰/۰۰۱

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بین میانگین نمره‌های نقص توجه سه گروه، از دیدگاه والدین در جدول ۷ نشان داده شده است.

جدول ۷.

تحلیل کوواریانس میانگین نمرات پس‌آزمون گروه والدین

منابع واریانس	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	نسبت F	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون	۷۷۰/۸۲۷	۱	۷۷۰/۸۲۷	۳۶/۸۰۱	۰/۰۰۱
گروه	۱۰۲۳۸/۹۰۲	۲	۵۱۱۹/۴۵۱	۲۴۴/۴۱۶	۰/۰۰۱
خطا	۸۵۸/۷۷۳	۴۱	۲۰/۹۴۶		
مجموع	۲۱۹۹۵۹/۰۰	۴۵			

همان‌طور که جدول ۷ نشان می‌دهد بین میانگین نمره‌های نقص توجه در ارزیابی توسط والدین بین گروه کنترل و گروه‌های آزمایشی تفاوت معنی‌داری ($p < ۰/۰۰۱$ و $F = ۲۴۴/۴۱۶$) وجود دارد. پس از ملاحظه معنی‌داری مقدار F برای مقایسه ی گروه‌ها، با استفاده از آزمون تعقیبی توکی به مقایسه‌ی جفتی گروه‌ها پرداخته شد که در جدول شماره ۸ نتایج این مقایسه ارائه شده است.

جدول ۸.

نتایج آزمون تعقیبی توکی برای ارزیابی توسط والدین

متغیر وابسته	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
بازی درمانی	۲/۸۷۲	۱/۶۷۱	۰/۲۸۰
گل درمانی	۳۴/۴۴۷	۱/۷۱۸	۰/۰۰۱
بازی درمانی گروه کنترل	۳۱/۵۷۵	۱/۷۱۱	۰/۰۰۱

همانگونه که مندرجات جدول شماره ۸ نشان می‌دهد، نشانگان نقص توجه در کودکان دو گروه گل درمانی و گروه بازی درمان در مقایسه با گروه کنترل بطور معنی‌داری کاهش یافته است. بدین معنا که هم دانش‌آموزان در گروه گل درمانی و هم دانش‌آموزان در گروه بازی درمانی در مقایسه با دانش‌آموزان گروه کنترل بطور معنی‌داری نشانگان نقص توجه کمتری نشان دادند. در همین رابطه نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که بین دو گروه گل درمانی و بازی درمانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس و نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که نمره‌های دو گروه آزمایشی (گل درمانی و بازی درمانی) در مقایسه با گروه کنترل بطور معنی‌داری موجب کاهش نشانگان نقص توجه در دانش‌آموزان شده است. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که در فرم والدین، دانش‌آموزان در گروه بازی درمانی و گروه گل درمانی پس از دریافت تدبیر آزمایشی در مقایسه با دانش‌آموزان گروه کنترل به طور معنی‌داری نشانگان نقص توجه کمتری از خود نشان دادند.

یافته‌های این پژوهش با یافته‌های راستل^۱ (۲۰۰۸) همسو می‌باشد. وی در پژوهش خود به تأثیر مثبت هنردرمانی از جمله سفالگری (ساخت اشیاء گلی) بر کاهش رفتارهای پرخاشگرانه، بیش‌فعالی و کم‌توجهی در کودکان دست یافت. همچنین این نتایج همسو با یافته‌های اعتمادی (۱۳۹۲) است که نشان داد گل‌درمانی بر کاهش شدت علائم نقص توجه - بیش‌فعالی و تکانشگری در کودکان تأثیر دارد. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود بازی به عنوان وسیله‌ای قدرتمند برای رشد کودک می‌باشد (دورز، ۲۰۰۶) و همچنین از آنجا که بازی برای پیشبرد رشد و تحول طبیعی کودک و تأثیر بر حوزه‌های مختلف رشدی از قبیل رشد هیجان‌های (شفر و دورز، ۲۰۰۹)، رشد فرایندهای شناختی مغز (محمد اسماعیلی، ۱۳۸۹)، تقویت همکاری و ارتباط کلامی و غیرکلامی (به نقل از وتبورن، فابر، هاروی و توماس^۲، ۲۰۰۶) مورد تأیید قرار گرفته است و نظر به اینکه توجه، توانایی انتخاب بخشی از اطلاعات محیطی برای پردازش بعدی می‌باشد (شفیعی، عطایی و صفری، ۱۳۸۸) احتمال انتخاب بخش‌هایی از محیط که مورد توجه کودک باشد در فرایند بازی‌درمانی به دلیل داشتن مؤلفه‌ی لذت و انگیزش برای کودک موجب تسلط کودک بر محیط خود و انگیزه درونی در بعد توجه می‌گردد (میلانی‌فر، ۱۳۸۴، به نقل از پیرنظر، ۱۳۸۹) و در نتیجه سبب بهبود توجه کودک می‌شود. از احتمالات دیگر درباره‌ی تأثیر بازی‌درمانی می‌توان به درگیری قوای ذهنی فرد به شکل زنده بر یک شیء و یا ابزار بازی‌درمانی اشاره نمود، همچنین بازی‌درمانی انتخاب یک رشته فکری از میان چندین رشته افکار (توجه انتخابی)

1- Rastel

2- Wittenborn, Faber, Harvey, & Thomas

می‌باشد که فرد را با خود درگیر می‌کند. لذا شاید بتوان چنین بیان نمود که انعطاف‌پذیری شناختی در حین بازی افزایش یافته است. بدین ترتیب مدت زمان درگیر بودن با تکلیف و همچنین چرخ ذهنی که یکی از ابعاد توجه (بارکلی، ۱۹۹۷) می‌باشد در فرایند بازی بهبود یافته، در نتیجه توجه افزایش یافته است.

گل‌بازی فعالیتی است که گویی در ذات هر انسانی نهفته است. نه تنها کودکان بلکه بزرگسالان هم از اینکه ساعاتی را با گل بازی کنند، لذت می‌برند. انعطاف‌پذیری گل فرصت تخلیه هیجان‌های و حرکات خلاقانه را فراهم می‌آورد و این معجزه‌ی گل را ایجاد می‌کند، که هم جذاب بوده و هم نهایت دقت را فراهم می‌کند. بنابراین، ارائه آن در یک فعالیت درمانی با توجه به لذت‌بخش بودن آن و اثر روانی بالایی که در تخلیه هیجان‌های دارد می‌تواند گل‌درمانی را تبدیل به یک شیوه‌ی درمانی مؤثر در کاهش اختلال نقص‌توجه نماید. زمانی که کودک مشغول بازی با گل می‌باشد و فرصت ابراز تمام توانمندی‌ها و علائقش را روی گل دارد، ناگزیر به دقت و توجه بیشتری می‌باشد که ارائه آن به عنوان یک روش درمانی می‌تواند منجر به تقویت قدرت توجه و تمرکز کودک گردد.

از آنجا که نتایج حاصل از پژوهش‌ها مبین تأثیر گل‌درمانی بر پرخاشگری و اضطراب (رحمانی و محب، ۲۰۱۰)، تخلیه‌ی هیجانات منفی (هنلی، ۲۰۰۲)، کنترل تکانه و خشم (لندرت، ۲۰۰۴) می‌باشد، نتایج حاصل از این تحقیق را می‌توان چنین تبیین کرد از آنجا که کاهش بی‌قراری و بهبود اضطراب به عنوان عامل میانجی در نقص‌توجه می‌باشد، لذا سبب پیشرفت توجه آزمودنی‌ها گردیده است.

در نهایت با توجه به این که توجه در یادگیری امری بدیهی است و دانش‌آموز پیش از آن‌که یاد بگیرد و آموزش ببیند باید بر تکلیف توجه نماید، گل‌درمانی و بازی‌درمانی به عنوان فعالیت‌های لذت‌بخش که توجه را بطور صحیح متمرکز می‌کند، مطرح است. در نتیجه احتمال افزایش سرعت در یادگیری وجود خواهد داشت، پس این شیوه‌های درمانی می‌تواند به عنوان منابع غنی در امر یادگیری مورد استفاده در مدارس و مراکز کار با کودک و مؤسسات درمانی با مشکلات ویژه مورد استفاده قرار گیرد.

در تبیین عدم تفاوت بین نتایج گل‌درمانی و بازی‌درمانی می‌توان چنین بیان نمود از آنجا که سازمان‌دهی و انسجام در فرایند بازی‌درمانی نهفته است، لذا نتیجه‌ی سریع‌تری از آن حاصل خواهد شد و با توجه به اینکه کار کردن با گل برای کودک نوعی بازی محسوب می‌شود می‌توان نتیجه گرفت که از دید کودک تفاوتی بین این دو نیست و هر دو بازی محسوب می‌شود. جذاب بودن هر دو برای کودک فرصت ایجاد خلاقیت و تخلیه تمام انرژی‌ها و ویژگی مهمی است که هر دو فعالیت دارد، بنابراین یکسان بودن اثر هر دو می‌تواند ناشی از ماهیت یکسان دو فعالیت باشد که هر دو برای کودک نوعی بازی محسوب می‌شود و در هر صورت جذابیت‌های یکسانی برای کودک دارد.

از محدودیت‌های این پژوهش انتخاب آزمودنی‌های پسر شهر شیراز است. لذا، باید در تعمیم نتایج به دختران و سایر شهرها احتیاط کرد.

از آنجا که گل‌درمانی به عنوان درمانی زیربنایی پذیرفته شده است و ارتباط بین دنیای روحی - روانی انسان و دنیای جسمی (وایت و آلرز، ۲۰۰۴) برقرار می‌سازد، در نتیجه نیاز به زمان بیشتری جهت دستیابی به نتیجه‌ی مطلوب خواهد داشت. بدین معنا که چنانچه تعداد جلسات بازی‌درمانی و گل‌درمانی متفاوت باشد و تعداد جلسات گل‌درمانی در مقایسه با بازی‌درمانی افزایش یابد احتمال دارد بین این دو شیوه‌ی درمانی تفاوت معنی‌داری مشاهده گردد. همچنین چون تحقیقات وسیعی در حوزه‌های مختلف شناختی با گل صورت نگرفته است، نمی‌توان با اطمینان در خصوص مدت زمان تأثیرات یا شیوه‌ی تأثیرات آن نظر داد.

منابع

فارسی

- اعتمادی، سهیلا (۱۳۹۲). تأثیر گل‌درمانی بر کاهش شدت علائم نقص توجه / بیش‌فعالی - تکانشگری در دانش‌آموزان پسر دوره ابتدایی با اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی - تکانشگری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم و تحقیقات فارس.
- بهرامی، علیرضا (۱۳۹۱). اثربخشی بازی‌های تویی - غیرتویی بر کاهش نشانگان اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی دانش‌آموزان پسر ۹ تا ۱۱ ساله شهر اراک. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، شماره ۶۴، ص ۱-۹.
- پیرنظر، طیبه (۱۳۸۹). اثربخشی بازی‌درمانی بر فراخنای توجه دختران کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر دوره ابتدایی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- تبریزی، مصطفی؛ تبریزی، نرگس و تبریزی، علیرضا (۱۳۹۳). درمان اختلالات ریاضی. تهران انتشارات فرا روان.
- سامانی، سیامک (۱۳۹۱). کارگاه آموزشی گل‌تراپی. کلینیک خدمات روان‌شناختی آرامش. شیراز. فارس

سهرابی، نادره؛ به پژوه، احمد و غباری بناب (۱۳۸۹). کفایت روان‌سنجی مقیاس شاخص‌های اختلال نقص‌توجه جردن. *مجله‌ی روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*. شماره ۱، ص ۶۳-۸۰.

شفیعی، بیژن؛ عطایی، الهه و صفری، مهری (۱۳۸۸). *اختلال نقص‌توجه همراه با پرفعالیتی (AHDD)*. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی اصفهان.

قربانی‌نژاد، حدیث (۱۳۸۹). *اثربخشی بازی درمانی با استفاده از گل بر کاهش میزان اضطراب کودکان دختر بی‌سرپرست*. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.

محمداسماعیل، الهه (۱۳۸۹). *درسنامه درمان رفتاری- شناختی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی - نقص توجه*. تهران: انتشارات دانژه.

لاتین

- Andreas, C. (2005). *The effects of Art education on promotion of visual-perceptual skills*. USA: Florida University Press.
- Barkely, R. A. (1999). Genetics of childhood disorders: XVII. ADHD, Part 1: The executive functions and ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1064-1068.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 127, 65-94.
- Drewes, A. A. (2006). Play-based interventions. *Journal of Early Childhood and Infant Psychology*, 2, 139-156
- Everett, C. A., & Everett, S. V. (1999). *Family Therapy for ADHD: Treating children/ adolescents., and adults*. New York: Guilford.
- Henley, D. (2002). *Clay works in Art therapy playing the sacred circle*; Jessica Kingsley publishers; London and Philadelphia.
- Landreth, G. (2004). *Play therapy interventions with children's problems*. Northvale, NJ: Aronson, (chapter2).
- Pykhtina, O., Ballam, M., Wood, G., Patisson, S., & Patrick, O. (2012). *Designing for attention in play therapy the case of magic land*. School of Education, communication & Language sciences, Newcastle University.
- Rahmani, P., & Moheb, N. (2010). The effectiveness of clay therapy and narrative therapy on anxiety of pre-school children. *Journal of Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 23-27.
- Rastle, M. (2008). *Individual art therapy counseling with at-risk children in a school setting*. Thesis for master of art in art therapy and counseling USA. Ursuline, Abstract Page.
- Rubin, K., Fein, G., & Vandenberg, B. (1983). Play. In P. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology* (4, 693-774). New York: Wiley

- Schaefer, C. E., & Drewes, A. A. (2009). *The therapeutic power of play and play therapy*. In A. A. Drewes (Ed.), *Blending Play Therapy with Cognitive Behavioral Therapy* (3-15). New Jersey: John Wiley & Sons.
- White, J., & Allers, C.T. (2004). Play therapy with abuse children. A review of th literatune. *Journal of Couseling and Development*, 72, 390-394.
- Wilkes, S., Cordier, R., Bundy, A., Docking, K., & Munro, N. (2011). A play-based intervention for children with ADHD: A pilot study, *Australian Occupational Therapy Journal*, 58 (4), 231 – 40.
- Wittenborn, A. K., Faber, A. J., Harvey, A. M., & Thomas, V. K. (2006). Emotionally focused family therapy and play therapy techniques. *The American Journal of Family Therapy*, 34, 333-342.

