

تأثیر مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر بازی‌های متداول در محیط  
فرهنگی در نشانه‌های بالینی اختلال رفتار بی‌تابی کودکان پیش‌دبستانی

**Effects of psychological interventions based on play  
therapy on clinical symptoms of restlessness in  
preschool children**

S. Rahimi

B. Ghobari Bonab, Ph.D.

Gh.A. Afrooz, Ph.D.

S. Faramarzi, Ph.D.

سعید رحیمی \*

دکتر باقر غباری بناب \*\*

دکتر غلامعلی افروز \*\*\*

دکتر سالار فرامرزی \*\*\*\*

**چکیده**

امروزه کاربرد مداخلات خانواده‌محور به‌عنوان یکی از روی‌آورد‌های مهم پیشگیری از آسیب‌های روان‌شناختی برای کودکان پیش‌دبستانی، مورد توجه متخصصان و والدین قرار گرفته است. ولی آیا روش مداخله‌ای بازی‌های متداول در محیط فرهنگی می‌تواند از شدت

\*. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی / دانشگاه آزاد اسلامی

\*\* . دانشیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

\*\*\*. استاد ممتاز دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

\*\*\*\*. دانشیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان

تأثیر مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر بازی‌های متداول در محیط فرهنگی در نشانه‌های بالینی اختلال رفتار ...

نشانه‌های بی‌تابی کودکان بکاهد. هدف از پژوهش حاضر بررسی آموزش بازی‌های متداول در محیط فرهنگی متناسب‌سازی شده به مادران و اثربخشی آن بر شدت نشانه‌های بی‌تابی کودکان پیش‌دستانی بود. روش پژوهشی نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون که با استفاده از انتخاب تصادفی ۱۰ مرکز و سپس ۵۳ نوآموز که دارای رفتار بی‌تابی تشخیص داده شدند، انتخاب شدند. سپس با توجه به شرایط ورود آزمودنی‌ها، تعداد ۲۴ نفر از مادران آزمودنی‌ها انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه بازی‌های متداول در محیط فرهنگی بومی شده شرکت کردند و گروه گواه هیچگونه آموزشی دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از مدل آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل داده‌ها حکایت از تأثیر معنادار بازی‌های متداول در محیط فرهنگی متناسب‌سازی شده بر نشانه‌های بالینی اختلال رفتار بی‌تابی کودکان داشت. بنابراین می‌توان گفت که مدل بومی بازی‌های متداول در محیط فرهنگی می‌تواند شدت نشانه‌های بی‌تابی کودکان مادران شرکت‌کننده در جلسات بازی‌درمانی را کاهش دهد و نتایج آن به‌عنوان یک روی‌آورد جدید در زمینه مداخلات زود هنگام روانشناختی در اختیار روان‌شناسان حوزه کودکان دارای اختلال رفتاری دوران کودکی قرار گیرد.

**واژه-کلیدها:** بی‌تابی، بازی‌های متداول در محیط فرهنگی، کودکان پیش‌دستانی.

## Abstract

Currently family based Therapies have been considered one of the important approaches to prevent children from psychological pathologies these approaches have been acknowledged by parents and professionals as well. Therefore customizing intervention programs have been highly suggested by professionals. Aim: aim of the current study was studying the effectiveness of customized play therapy (CPT) in reduction of symptoms of restlessness in children. To fulfill the stated goal from preschool centers, 10 preschools were selected by means of random sampling and from this universe (574 children) based on principals report, and information contained in children's academic records, 53 preschoolers ages 4-6 were selected. These children were screened based on researcher made questionnaires to ensure that all have symptoms of restlessness in

the spectrum from light to sever. Then 24 mothers of these children were selected and were placed in experimental and control groups. Experimental group were placed in intervention condition lasting for 10 sessions, while the control group received no treatment data were analyzed by repeated measure Anova. Results: results of the study indicated customized play therapy was effective in reducing restless children's symptoms. Therefore, it is to say that customized play therapy was an effective approach in reducing symptoms. These data have been discussed interims of usefulness for psychologist.

**Keywords:** restlessness, play therapy, preschool children.

**Contact information:** rahimips@yahoo.com

\*\*\*

## مقدمه

فرآیند تحول<sup>۱</sup> کودکان همواره با مشکلات رفتاری - هیجانی ناشی از عوامل گوناگون از جمله، عدم همخوانی با سطح انتظارات خانواده و اجتماع روبه‌رو بوده است. در اینجا وظیفه اساسی والدین هدایت تحول فرزندان می‌باشد، تا کودکان بتوانند توانش<sup>۲</sup> برخوردار با مشکلات رفتاری هیجانی خود را بیابند (هادی، ۱۳۹۰)، چراکه اختلال‌های تحولی<sup>۳</sup> به شکل مزمن و فراگیر<sup>۴</sup> بر عملکرد کودک تأثیر منفی گذاشته و تنیدگی والدین<sup>۵</sup> را به دنبال دارد (چین لی و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳). در این خصوص اختلال رفتار بی‌تابی کودکان به‌عنوان یکی از اختلال‌های رفتاری برون‌سو<sup>۷</sup> مورد توجه متخصصان، مربیان و والدین قرار گرفته است.

اختلال رفتار بی‌قراری<sup>۸</sup> کودکان که جزء دسته اختلال‌های رفتاری هیجانی<sup>۹</sup> شایع در کودکان محسوب می‌شود و اغلب با فزون‌کنشی توسط والدین اشتباه گرفته می‌شود که با نشانه‌های بدنی همراه بوده (مولر و کلمنت<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۶)، و می‌تواند ناشی از عواملی چون مشکلات والدگری<sup>۱۱</sup> و دلبستگی<sup>۱۲</sup> والدین و بازداری یا عوامل تشخیصی دیگر باشد (پوسکام، مینیر، استیورنات و نول<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۳). برخی از متخصصان اختلال رفتار بی‌تابی کودکان را جزء اختلالات بیش‌حرکتی<sup>۱۴</sup> و برون‌سازی شده<sup>۱۵</sup> تلقی می‌کنند (کوای و پترسون<sup>۱۶</sup>، ۱۹۸۷؛ اخنباخ و ادلبروگک<sup>۱۷</sup>، ۱۹۹۶). و از رایج‌ترین موارد مطرح در مشاوره‌های روان‌پزشکی است که اغلب

تأثیر مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر بازی‌های متداول در محیط فرهنگی در نشانه‌های بالینی اختلال رفتار ...

با فزون‌کنشی یکسان در نظر گرفته می‌شود (بیسلو و همکاران<sup>۱۸</sup>، ۲۰۱۲).

بر اساس آخرین مجموعه بازنگری شده تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا-DSM-V(2013) و انجمن بین‌المللی طبقه‌بندی بیماری‌ها<sup>۱۹</sup>، اختلال رفتاری هیجانی جزء اختلال‌های اغتشاش‌گر<sup>۲۰</sup> و کنترل‌تکانه<sup>۲۱</sup> بوده که با تکانشگری، تخریب و آشفتگی هیجانی همراه می‌باشد. کوهن-منسفیلد<sup>۲۲</sup> (۲۰۰۴) اختلال بی‌تابی را شامل رفتارهای بدون هدف، پرسش‌های تکراری و پرخاشگری می‌داند این نوع اختلال شامل رفتارهایی همراه با نشانه‌های آشکار و پنهان بوده و باعث تضییع حقوق دیگران و ایجاد مشکل در تعامل با دیگران می‌گردد. در این خصوص اختلال رفتار بی‌تابی کودکان جزء طیف مشکلات رفتاری برون‌سو می‌باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

همچنین از نظر انجمن بین‌المللی طبقه‌بندی بیماری‌ها، اختلال رفتار بی‌تابی جزء اختلال‌های رفتاری-هیجانی بوده که همراه با مشکل در عملکرد اجتماعی دوران کودکی می‌باشد (بوی و اسکافر<sup>۲۳</sup>، ۲۰۱۰). نتایج پژوهش (آنماری و همکاران<sup>۲۴</sup>، ۲۰۱۴) نشان داد که درصدی از اختلال‌های رفتاری هیجانی در بزرگسالی به اختلال افسردگی منجر می‌گردد و همچنین باعث مشکلاتی در عملکرد تحصیلی در آموزشگاه می‌شود (الیزابت<sup>۲۵</sup>، ۲۰۱۰)، و به شکل آشکار به بی‌تابی همراه با آشفتگی در تعامل با محیط منجر می‌گردد (اورنی، آلبریج و یندهیزر<sup>۲۶</sup>، ۲۰۱۰). همچنین از نظر آخنباخ و ادلبروگ (۱۹۸۵-۱۹۹۱) اختلال‌های رفتاری برون‌سو به شکل طیف مورد نظر است.

میزان شیوع اختلال‌های رفتاری برون‌ساز شده که بی‌تابی هم جزء آن می‌باشد بین ۹ تا ۱۴ درصد کودکان بدو تولد تا ۵ سالگی بوده که مشکلات عاطفی و اجتماعی را تجربه کرده و بر عملکرد تحصیلی آنها تأثیر منفی می‌گذارد (برزگر، پورمحمدرضایی و معصومی، ۱۳۹۱). از نشانه‌های بالینی کودکان بی‌تاب، تحریک‌پذیری<sup>۲۷</sup>، وجود ترس‌های مختلف، نداشتن ثبات عاطفی، میل به صدمه‌زدن به دیگران، خرابکاری<sup>۲۸</sup>، پراکندگی ذهنی<sup>۲۹</sup>، لجاجی<sup>۳۰</sup> و برانگیختگی<sup>۳۱</sup> می‌باشد که مشکلاتی را در تعامل با والدین و همسالان ایجاد می‌کند (نجاتی، ۱۳۸۸). بر اساس نتایج مطالعه تحلیل عاملی کوهن-منسفیلد (۲۰۰۴) بی‌تابی شامل رفتارهای

تأثیر مداخلات روانشناختی مبتنی بر بازی‌های متداول در محیط فرهنگی در نشانه‌های بالینی اختلال رفتار ...

پرخاشگری<sup>۳۲</sup> (ضربه زدن به دیگران)، رفتارهای فیزیکی غیرپرخاشگری (بدون هدف راه رفتن)، پرخاشگری کلامی (فریاد زدن) و رفتارهای پنهان کارانه (مخفی کاری و تفکر محترانه) می‌باشد.

تأثیر مداخلات روانشناختی و بازی‌درمانگری<sup>۳۳</sup> مبتنی بر آموزش والدین کودکان دارای اختلال رفتاری هیجانی و تحولی در بسیاری از پژوهش‌ها مورد بررسی قرار گرفته است. از این جمله می‌توان؛ پژوهش‌های تام و همکاران<sup>۳۴</sup>، ۲۰۰۵؛ لوچیرینو، مانسین و مرکرینو<sup>۳۵</sup>، ۲۰۱۰؛ هالپرین و هیلی<sup>۳۶</sup>، ۲۰۱۱؛ هانگ لین و همکاران<sup>۳۷</sup>، ۲۰۰۹، را نام برد.

بازی<sup>۳۸</sup> تنها فعالیت محوری دوران کودکی است که کودکان در تمام مکان‌ها و زمان‌ها به آن می‌پردازند. منصور (۱۳۸۵) ملاک‌هایی چون، هدف در خود<sup>۳۹</sup>، یک نوع پیش‌تمرین عمومی، خودجوش بودن، لذت داشتن و تحقق بخشیدن فوری نیازها را برای بازی در نظر می‌گیرد. در اینجا بازی برای کودک انطباق با واقعیت خارج نیست، بلکه نخستینی درون‌سازی<sup>۴۰</sup> بر برون‌سازی<sup>۴۱</sup> به‌شمار می‌رود (منصور، ۱۳۸۵، ص. ۲۵۲). بازی فعالیتی هدف آزاد<sup>۴۲</sup>، خودجوش<sup>۴۳</sup>، لذت‌بخش<sup>۴۴</sup> و همراه با شکل دادن به‌دنیای تخیل کودکان است (اصغری نکاح، ۱۳۹۰). در این خصوص بازی یک فن<sup>۴۵</sup> درمانگری است که در بهبود مشکلات و اختلالات کودکان مورد استفاده قرار می‌گیرد (داورپناه، ۱۳۹۰).

در زمینه بازی‌درمانگری چندین روی‌آورد<sup>۴۶</sup> وجود دارد، از جمله روی‌آورد روان‌تحلیل‌گری<sup>۴۷</sup>، شناختی- رفتاری<sup>۴۸</sup>، گشتالتی<sup>۴۹</sup>، آدلری<sup>۵۰</sup> کودک‌محور<sup>۵۱</sup>، شناختی و خانواده‌درمانگری<sup>۵۲</sup> می‌باشد (محمد اسماعیل، ۱۳۹۰). اسمیت و دزیورگات<sup>۵۳</sup> (۲۰۱۱) با هدف مدل بازی بزرگسال- کودک برای کودکان پیش‌دبستانی<sup>۵۴</sup> و با به‌کارگیری نظریه ویگوتسکی<sup>۵۵</sup> دریافتند که بزرگسالان در بازی با کودکان به نیازهای فردی و آنی آنها توجه کرده و این باعث استقلال در بازی بعدی می‌شود. تکین و سیزر<sup>۵۶</sup> (۲۰۱۰) تأکید کردند که بازی یک ابزار ارتباطی مهم در دوران کودکی به‌شمار می‌رود و باعث ارتقاء مهارت‌های کودک پیش‌دبستانی می‌شود (لی آن<sup>۵۷</sup>، ۲۰۱۴). با بررسی تأثیر تمرین‌های بازی آزاد کودکان ۴-۵ ساله پیش‌دبستانی بر مشکلات رفتاری درون‌سو<sup>۵۸</sup> و برون‌سو نتیجه گرفت که مهارت‌های

تأثیر مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر بازی‌های متداول در محیط فرهنگی در نشانه‌های بالینی اختلال رفتار ...

زبان و حل مسأله آنان افزایش یافت.

همچنین در زمینه بررسی اثربخشی مداخلات متمرکز بر آموزش والدگری و بازی درمانگری بر اختلال‌های رفتاری و عصب‌شناختی کودکان مطالعات زیادی صورت گرفته است (بودنمان و همکاران<sup>۵۹</sup>، ۲۰۰۸؛ یواکیم، ۲۰۱۰؛ گاربکر و همکاران<sup>۶۰</sup>، ۲۰۱۴؛ ۲۰۱۳؛ کوری<sup>۶۱</sup>، ۲۰۱۴؛ دادستان، بیات و عسگری؛ عزیزاده، ۱۳۹۱).

گاربکر و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود دریافتند که کاربرد برنامه آموزش والدین برای کاهش مشکلات رفتاری برون‌سو کودکان مهم است و استفاده از درمان مبتنی بر آموزش والدین میزان تعامل و فرمانبرداری کودکان را افزایش می‌دهد. همچنین این برنامه‌ها می‌تواند شرایط بهداشت روانی را در مدرسه بهبود بخشد (کوری، ۲۰۱۴). برخی پژوهشگران نتیجه گرفتند که با شناسایی به موقع و مداخله زود هنگام می‌توان شدت نشانه‌های اختلال رفتاری کودکان را کاهش داد و از پایدار شدن آن‌ها پیشگیری نمود. همچنین این نوع مداخله باعث بهبود عملکرد کودک در بستر خانواده و تعامل با والدین می‌شود (دادستان، بیات و عسگری، ۱۳۸۸).

هدف از برنامه مداخلات زود هنگام، قادرسازی درمانگران، والدین و مربیان در جهت تدارک تکنیک‌های جامع به منظور فعال‌سازی تحول حسی- حرکتی، گفتاری، شناختی اجتماعی و رفتاری کودکان زیر ۶ سال می‌باشد، که بر اساس ملاک‌های تشخیص دچار مشکلات شناختی، رفتاری، حرکتی، زبانی و تعاملات اجتماعی می‌باشد (ملک‌پور، ۱۳۸۱). از این منظر نظام خانواده دارای الگوهای تعاملی است و مداخلات زود هنگام می‌تواند نیازهای کودک را در تعامل با والدین بر آورده سازد (ابراهیمی، ۱۳۸۹).

مداخلات روان‌شناختی- خانواده‌محور<sup>۶۲</sup> علاوه بر تسهیل تعامل مثبت- والد- کودک، شیوه‌های والدگری مثبت<sup>۶۳</sup> را در ساختار خانواده ایجاد کرده و از تأثیر مخرب مشکلات رفتاری کودکان بر توانائی تربیتی والدین می‌کاهد (عزیزاده، ۱۳۹۱). آموزش والدین نوعی روی آورد روانی- آموزشی است که می‌تواند در قالب رویکردهای رفتاری (BPT) <sup>۶۴</sup> بارکلی (۱۹۹۷)، بازی درمانگری کودک محور لندرت<sup>۶۵</sup> (۱۹۶۹) و بازی‌درمانگری تعامل والد- فرزند گرنی<sup>۶۶</sup> (۱۹۶۵) مهارت‌های مناسب را در اختیار والدین و کودکان قرار دارد.

تأثیر مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر بازی‌های متداول در محیط فرهنگی در نشانه‌های بالینی اختلال رفتار ...

توجه به بازی‌های بومی و ارزیابی و طراحی الگوی مبتنی بر این بازی‌ها گامی جدید در مدیریت رفتار کودکان دچار اختلال رفتار بی‌تابی محسوب می‌گردد. این بازی‌ها به‌نحوی دستگاه عصبی را فعال ساخته و موجب برانگیختگی و تعامل بخش‌های حسی - ادراکی و تصمیم‌گیری شده، و به‌طور کلی زمینه یکپارچه‌سازی حسی - حرکتی را فراهم می‌کند (اصغری نکاح، ۱۳۸۸). در این جا متناسب‌سازی الگوی بازی درمانگری که خود مبتنی بر تعامل والد - فرزند، و متمرکز بر کاهش تنیدگی والدین و نشانه‌های بالینی کودکان با اختلال رفتار بی‌تابی بوده به‌عنوان یکی از جدیدترین درمان‌های روانی آموزشی در قالب برنامه‌های مداخله به‌هنگام خانواده‌محور و به یک عنوان یک الگوی مقدماتی متناسب‌سازی شده قابل توجه است.

در این باره باید گفت که فرهنگ هر جامعه‌ای مسائل و ویژگی‌های خاص خود را دارد و فرهنگ ایرانی هم از این قاعده جداً نیست. نظام و راهبردهای موجود در برنامه‌های درمانی مبتنی بر سایر فرهنگ‌ها وابسته به ویژگی فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی آن جوامع بوده و کاربرد آن‌ها بدون در نظر گرفتن ملاحظات و تلویحات لازم برای فرهنگ ایرانی خیلی اثربخش نخواهد بود. بنابراین کاربرد مستقیم و متناسب‌سازی شده چهارچوب نظری یک الگوی درمانگری و شکل‌گیری دوباره آن در قالب یک پروتکل درمانی مبتنی بر ویژگی‌های بازی‌های بومی ایرانی، می‌تواند در مقایسه با سایر الگوهای بازی درمانگری برای والدین و کودکان اثربخشی بیشتری به همراه داشته باشد.

آموزش مبتنی بر بازی‌درمانی والدین به‌عنوان یکی از عوامل مهم تأثیرگذار در اختلال‌های رفتاری هیجانی کودکان همواره مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است (ساندرز، ۲۰۰۵). بهبود نظارت والدین و تسهیل رابطه - والد کودک در قالب یک برنامه مداخلاتی متناسب‌سازی شده می‌تواند به‌عنوان یک الگوی عملی<sup>۶۷</sup> مورد توجه متخصصان قرار گیرد. از این رو توجه به مداخله زود هنگام خانواده‌محور برای کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلال بی‌قرار ضروری به‌نظر می‌رسد.

با توجه به اینکه چنین الگویی هنوز متناسب‌سازی و مورد ارزیابی قرار نگرفته است و

تأثیر مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر بازی‌های متداول در محیط فرهنگی در نشانه‌های بالینی اختلال رفتار ...

کارکردهای درمانگری چنین بازی‌هایی در حیطه کودکان و خانواده نادیده انگاشته شده است (اصغری نکاح، ۱۳۸۸) و همچنین خلأ ناشی از چنین پژوهش‌هایی، به نظر می‌رسد که متناسب‌سازی و ارزیابی جامع چنین الگویی می‌تواند به‌عنوان یک مدل درمانی بومی در دسترس متخصصین و روان‌شناسان قرار گیرد. بنابراین پژوهشگر با هدف ارزیابی اثربخشی برنامه بازی‌درمانی متناسب‌سازی شده گرنی و تأثیر آن بر نشانه‌های بالینی کودکان دارای اختلال رفتار بی‌قراری، به دنبال تبیین و شناسایی رابطه این متغیرهاست. پژوهش حاضر به دلیل متناسب‌سازی و تدوین جامع الگوی بازی درمانگری گرنی در قالب بازی درمانی متناسب‌سازی شده برای نخستین بار در حیطه پژوهش‌های داخلی با گروه والدین کودکان دارای اختلال رفتار بی‌قرار حائز ابتکار و نوآوری می‌باشد.

## روش

**روش پژوهش، جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری:** روش پژوهش حاضر کاربردی، و از آنجا که امکان کنترل کامل شرایط آزمایشی وجود نداشت، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود.

### جدول ۱: شمای طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه

گروه	گزینش تصادفی	پیش‌آزمون	متغیر مستقل	پس‌آزمون	پیکیری
آزمایش	R	T1	X1	T2	T3
گواه	R	T1	-	T2	T3

**جامعه آماری:** در پژوهش حاضر جامعه آماری شامل کلیه مادران کودکان دارای نشانه‌های اختلال رفتار بی‌تابی مراکز پیش‌دبستانی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ بر اساس اعلام رضایت و همکاری از سوی آنان و مدیران مهد بود.

**نمونه و روش نمونه‌گیری:** بعد از کسب مجوز از اداره آموزش و پرورش اصفهان به لحاظ موجود بودن فهرست نواحی آموزشی و پرورش تعداد دو ناحیه به تصادف انتخاب و سپس از بین دو ناحیه تعداد ۱۰ مرکز پیش‌دبستانی به تصادف انتخاب و از میان تعداد ۵۷۴ نفر کودکان



تأثیر مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر بازی‌های متداول در محیط فرهنگی در نشانه‌های بالینی اختلال رفتار ...

پیش‌دبستانی انتخاب شده این مراکز بر اساس گزارش مدیران مدارس کودکانی که بر اساس تشخیص روان‌پزشک یا روان‌شناس تحت درمان و یا نشانه‌های بالینی کودک با اختلال رفتار بی‌تابی همراه داشتند، تعداد ۴۸ نفر گزارش شدند. و در مرحله بعد با استفاده از مصاحبه بالینی با مادر و نتایج آزمون پرسشنامه محقق‌ساخته اختلال رفتار بی‌تابی مورد غربال‌گری مجدد قرار گرفتند. از میان ۴۸ مورد ارزیابی شده تعداد ۳۲ مورد دارای نشانه‌های اختلال رفتار بی‌تابی از ضعیف تا شدید تشخیص داده شدند، که از این افراد با توجه به شرایط ورود آزمودنی‌ها، تعداد ۲۴ نفر از مادران آزمودنی‌ها انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. در تحلیل نهایی داده‌ها تعداد ۴ نفر از آزمودنی به‌علت عدم حضور در جلسات از تحلیل نهایی حذف گردیدند.

**روش اجرا:** این شکل از بازی درمانی و مداخله برای اولین بار توسط گرنی (۱۹۶۵) مطرح شد. از آنجا که والدین از نظر ارتباط عاطفی بالقوه اهمیتی بیشتر از درمانگر جهت کمک به کودک دارند، لذا این روش بازی‌درمانی با هدف کمک به والد از طریق پیوند طبیعی موجود با فرزند به‌عنوان عامل درمانی و کمک درمانگر در زندگی فرزند، به نام تبار درمانی<sup>۶۸</sup> شکل گرفت. در اینجا چون بازی بهترین ابزار تسهیل تعاملات و ایجاد ارتباط مثبت والد-کودک به‌شمار می‌رود، پس اصول بازی درمانی کودک محور در قالب گروه‌های کوچک به‌کار گرفته می‌شود. در این برنامه والد نه به‌عنوان درمانگر بلکه به‌عنوان عامل درمانی و کمک درمانگر در فرآیند بازی با فرزند خود ایفای نقش می‌کند. تباردرمانی با استفاده از تعامل والد-کودک، کاربرد بازی‌های خاص، بسترهای فرهنگی متفاوت، و همچنین در نظر گرفتن اصول بازی‌درمانی کودک‌محور مثل گوش دادن همراه با انعکاس، پاسخ‌دهی هیجانی، تعیین محدودیت‌های درمانی، ایجاد اعتماد به نفس در کودک به‌عنوان یک ابزار درمانی مهم در پیشگیری از اختلال‌های دوران کودکی مورد توجه می‌باشد. در این خصوص با توجه به بستر فرهنگی جامعه ایرانی و وجود بازی‌های بومی و ساده ارائه یک برنامه درمانی شده برای والدین و کودکان پیش‌دبستانی دارای نشانه‌های کاستی توجه/فزون‌کنشی ضروری به‌نظر می‌رسد.

تأثیر مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر بازی‌های متداول در محیط فرهنگی در نشانه‌های بالینی اختلال رفتار ...

## جدول ۲: خلاصه جلسات بازی‌درمانگری

جلسه	هدف‌ها	محتوا و روش
اول	- میانی روان‌شناختی کودک با اختلال بی‌ثباتی پیش‌دبستانی،	- پرسش و پاسخ درباره داشتن کودک با اختلال بی‌ثباتی، چالش‌های خانواده، نمایش فیلم کودک بی‌قرار، بررسی نشانه‌های بالینی
دوم	- مرور تکالیف، راههای ورود به دنیای کودک - تشریح اتاق بازی در منزل، جلسات والد-کودک - کاربرد بازی‌های بومی و اثربخشی آن بر تعامل والد-کودک	- تعریف بازی و بازی‌درمانگری والد-کودک و اهمیت آن در پیش از دبستان - نمایش فیلم بازی‌درمانگری والد-کودک و تشریح اصول آن - بازی‌ها: نون یار کباب، گُل یا پوچ، کاغذ قلم، بادکنک‌بازی، توپ و سبد، لی‌لی یا خط‌کشی، مجسمه، کلاغ بر، جم‌چمک، خاله بازی، تپله بازی، گُل بازی، مکعب بازی، دوغی ماستی
سوم	- شرح چهارچوب بازی‌ها - یادگیری اصول و مهارت‌های بازی‌درمانگری والد-کودک، حد و مرزها، پاسخ‌دهی هیجانی	- مشاهده ایفای نقش والدین در خصوص شیوه پاسخ‌دهی همدلانه - نمایش فیلم بازی‌درمانگری کودک محور لندرت و تأکید بر اصول آن، توجه به بازی‌ها
چهارم	- بررسی تکالیف، بازی‌ها، تفویت توجه و دقت کودک، حافظه کاری، تعامل والد-کودک، کاهش نکانشگری کودک، گوش دادن فعال	- انجام بازی کاغذ و قلم و بیان قصه برای آغاز ارتباط با کودک بازی‌جم‌چمک، آموزش بادکنک‌بازی، انجام بازی توپ و سبد، بازی نون یار کباب بر، گُل یا پوچ، لی‌لی بازی همراه با خط‌کشی
پنجم	- بررسی تکالیف منزل، تفویت توجه و تصمیم‌گیری، خودکنترلی و خودگویی مثبت	- گزارش مادران در خصوص شیوه انجام بازی‌ها، نمایش فیلم بازی لی‌لی بازی، توپ و سبد، تپله بازی، گُل یا پوچ، نون یار کباب بر،
ششم	- بررسی تکالیف، تفویت آزادی عمل کودک، تفویت مهارت توجه، گوش دادن	- بررسی تمرین‌ها، بحث و تبادل نظر و تصحیح گزارش فیلم ضبط شده - انجام بازی توپ و سبد، گُل یا پوچ، تپله بازی، بازی مجسمه، کلاغ بر، خاله بازی، قایم‌باشک
هفتم	- بررسی تکالیف، درک احساسات کودک مسئولیت‌پذیری	- بررسی گزارش مادران در باره بازی‌ها و کاهش تنیدگی والد - لی‌لی بازی، توپ و سبد، مجسمه، گُل یا پوچ، کلاغ بر، خاله بازی
هشتم	- بررسی تکالیف جلسه قبل، درک همدلانه کودک دو حین، بازی، شیوه تعامل و تسهیل آن	- بحث و تبادل نظر در مورد گزارش مادران - گُل بازی، تپله بازی، نون یار کباب بر، توپ و سبد، بازی با بادکنک، مجسمه
نهم	- بررسی تکالیف، توجه به آزادی عمل کودک، تصمیم‌گیری و بازداری پاسخ، شیوه تعامل والد-کودک	- بررسی گزارش والد، استفاده از بازی‌هایی چون لی‌لی بازی، دوغی ماستی، نون یار کباب بر، گُل یا پوچ، توپ و سبد، بازی با کاغذ، مجسمه، جم‌چمک، گُل بازی، عروسک بازی، قایم‌باشک، بازی بادکنک
دهم	- بررسی تکالیف منزل، بررسی و مرور چهارچوب بازی‌ها، اصول همدلی، بیان حد و مرزها، پاسخ‌ده	- تحلیل بازی‌ها با توجه به ویژگی‌های کودک فزون‌کش و تأثیر آن بر تنیدگی والد، جمع‌بندی

این بسته آموزشی بر اساس رویکرد تبار درمانی گرنی (۱۹۶۵) که خود مبتنی بر اصول بازی‌درمانگری کودک‌محور و خانواده‌محور بوده، و همچنین با بازی‌های بومی ایرانی

تأثیر مداخلات روانشناختی مبتنی بر بازی‌های متداول در محیط فرهنگی در نشانه‌های بالینی اختلال رفتار ...

متناسب‌سازی شده، تدوین گردید. بعد از اخذ مجوز و هماهنگی با مدیران و والدین محل جلسات مشخص و وسایل لازم تهیه گردید. جلسات شامل ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بوده که با حضور مادران کودکانی که بر اساس مقیاس‌های بالینی و آزمون‌های روان‌شناختی دارای نشانه‌های اختلال بی‌تابی از ضعیف تا شدید تشخیص داده شدند، انجام گردید. پژوهشگر به‌عنوان بازی درمانگر محتوای جلسات را با توجه به اصول بازی درمانی گرنی و تجارب مادران در حین استفاده از بازی‌های بومی که برخاسته از نتایج اقدام پژوهشی بود مجدداً به شکل مقدماتی بر روی گروهی از مادران کودکان با نشانه‌های اشاره شده اجرا نمود. درستی‌آزمایی<sup>۶۹</sup> بسته آموزشی توسط استادان گروه روان‌شناسی دانش‌آموزان استثنایی تأیید شد. زمان انجام هر جلسه بازی‌درمانی توسط مادر در منزل در اتاق بازی ۳۰ دقیقه می‌باشد که با توجه به اصول بازی درمانی کودک‌محور برای مادران شرکت‌کننده توضیح داده شد.

خلاصه جلسات بسته آموزشی متناسب‌سازی شده در جدول شماره (۲) آمده است

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

*الف) پرسشنامه محقق ساخته اختلال رفتار بی‌تابی کودکان*

این پرسشنامه برگرفته از منابع نظری و پژوهشی حوزه اختلال رفتاری بی‌تابی بوده، که پژوهشگر ابتدا تعداد ۴۰ گویه درباره نشانه‌های بالینی این کودکان از منابع اشاره شده استخراج و در اختیار استادان گروه روان‌شناسی کودکان استثنایی قرار داد و بعد از درستی‌آزمایی محتوایی بین ۳۰ نفر از مادران کودکان با نشانه‌های اختلال رفتار بی‌تابی توزیع نمود. بعد از تکمیل پرسشنامه در یک بررسی آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS22 ضریب همبستگی سؤال‌ها بررسی و تعداد ۱۰ سؤال که همبستگی ضعیفی داشتند حذف شدند و تعداد ۳۰ سؤال باقی ماند. که بعد از تأیید نهایی توسط استادان گروه روان‌شناسی کودکان استثنایی مجدداً در بین گروه مادران شرکت‌کننده در مرحله مقدماتی پژوهش توزیع و تکمیل گردید. آلفای محاسبه شده ۰.۸۹ صدم محاسبه و گزارش شد. سؤال‌ها در مقیاس درجه‌بندی لیکرت مرتب شدند که از کاملاً مخالفم، نمره صفر تا کاملاً موافقم، نمره ۴ در نظر گرفته شد. بر اساس گزارش مادران کودکانی که بالای نقطه برش (نمره ۶۰) نمره کسب کنند نشانه‌های اختلال رفتار بی‌تابی را دارا بودند.

تأثیر مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر بازی‌های متداول در محیط فرهنگی در نشانه‌های بالینی اختلال رفتار ...

ب) مصاحبه بالینی: براساس ملاک‌های پنج‌مین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ارزیابی تشخیصی نشانه‌های اختلال رفتار بی‌تابی کودکان از مادران به‌خاطر تشخیص دقیق‌تر به‌عمل آمد. این مصاحبه‌ها به شکل مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته بود که توسط پژوهشگر و دو نفر روان‌شناس انجام شد. درستی آزمایشی محتوای مصاحبه با استفاده از توافق ارزیابان مورد تأیید قرار گرفت.

### داده‌ها یافته‌ها

فرضیه پژوهش: آموزش بازی درمانی متناسب‌سازی شده به مادران، شدت نشانه‌های بالینی اختلال رفتار بی‌تابی کودکان پیش‌دبستانی را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش می‌دهد. به‌منظور پاسخ‌گویی به فرضیه پژوهش ابتدا برای تأیید توزیع نرمال بودن و برابری واریانس‌ها از آزمون لوین و آزمون کلموگراف اسمیرنوف استفاده شد. که نتایج آن معنادار نشد ( $P > 0/05$ ). بنابراین دو آزمون پیش‌فرض برقرار بود. همچنین برای تعقیب آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر از آزمون پیش‌فرض کرویت موخلی استفاده شد. که نتایج آن در جدول شماره (۳) آمده است.

#### جدول ۳: نتایج آزمون موخلی برای برابری واریانس‌ها و کواریانس‌ها

در مقیاس اختلال رفتار بی‌تابی

اثرات درون گروهی	W موخلی	خی دو	df	sig	اپسلون
زمان نشانه‌های بالینی	۰/۹	۱/۷۳	۲	۰/۴۲	۰/۹۱

نتایج جدول شماره (۳) نشان می‌دهد که بین واریانس‌ها و کواریانس‌های گروه‌های آزمایش و گواه در نمرات نشانه‌های اختلال رفتار بی‌تابی تفاوت معناداری مشاهده نشد  $P > 0/05$ . این امر نشانگر پیش‌فرض برابری واریانس‌ها و کواریانس‌ها برای تحلیل کواریانس تأیید شده است. لذا با فرض کرویت، از آزمون اسپرسیتی اسامد استفاده شد و نتایج آن در جدول شماره (۵) آمده است.

تأثیر مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر بازی‌های متداول در محیط فرهنگی در نشانه‌های بالینی اختلال رفتار ...

**جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر نمرات اختلال رفتار بی‌تابی در مقیاس بی‌تابی (والدین)**

توان آزمون	اندازه اثر	sig	dfe	dfh	مقدار F	آزمون چندمتغیری	اثر	
۱	۰/۳۴	۰/۰۰۱	۱۷	۲	۲۱/۲	۰/۱۶	اثر پیلای	گروه
۱	۰/۳۴	۰/۰۰۱	۱۷	۲	۲۵/۱	۰/۰۹	لامبدای ویلکز	
۱	۰/۳۴	۰/۰۰۱	۱۷	۲	۱۵/۹	۱۱/۵	اثر هاتلینگ	
۱	۰/۳۴	۰/۰۰۱	۱۷	۲	۱۵/۹	۲۱/۵	بزرگترین ریشه روی	
۱	۰/۴۶	۰/۰۰۰۱	۱۷	۲	۳۵/۲۱	۰/۹۶	اثر پیلای	زمان
۱	۰/۴۶	۰/۰۰۰۱	۱۷	۲	۴۵/۰۹	۰/۱۳	لامبدای ویلکز	
۱	۰/۴۶	۰/۰۰۰۱	۱۷	۲	۲۳/۱۳	۲۶/۵	اثر هاتلینگ	
۱	۰/۴۶	۰/۰۰۰۱	۱۷	۲	۲۳/۱۳	۲۶/۵	بزرگترین ریشه روی	
۱	۰/۳۶	۰/۰۰۰۱	۱۷	۲	۱۴/۲۸	۰/۹۶	اثر پیلای	گروه* زمان
۱	۰/۳۶	۰/۰۰۰۱	۱۷	۲	۸/۴۱	۰/۰۷	لامبدای ویلکز	
۱	۰/۳۶	۰/۰۰۰۱	۱۷	۲	۱۲/۸	۱۵/۲۳	اثر هاتلینگ	
۱	۰/۳۶	۰/۰۰۰۱	۱۷	۲	۱۲/۸	۱۵/۱۳	بزرگترین ریشه روی	

همان‌طور که در جدول شماره (۴) مشاهده می‌شود که اثر گروه بر نمرات اختلال بی‌تابی معنادار است ( $p > ۰/۰۱$  و  $F=(۲,۱۷) = ۲۵/۱$  و  $wilks = ۰/۰۹$ ). همچنین اثر زمان اندازه‌گیری بر نمرات نشانه‌های بالینی اختلال رفتار بی‌تابی معنادار است ( $p > ۰/۰۱$  و  $wilks = ۰/۱۳$   $F=(۲,۱۷) = ۴۵/۰۱$ ). این امر بیانگر این است که بین نمرات نشانه‌های بالینی اختلال رفتار بی‌تابی از نظر مادران در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد. و نشانه‌های بالینی در پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است. علاوه بر این اثر تعامل گروه و زمان بر نمرات نشانه‌های بالینی اختلال رفتار بی‌تابی معنادار می‌باشد ( $p > ۰/۰۱$  و  $F=(۲,۱۷) = ۸/۴۱$  ،  $wilks = ۰/۰۷$ ). بنابراین می‌توان گفت که تفاوت میانگین نمرات در زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با توجه به سطوح گروه متفاوت است. با توجه به اینکه اثر زمان و تعامل زمان با گروه بر میانگین نمرات نشانه‌های بالینی

تأثیر مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر بازی‌های متداول در محیط فرهنگی در نشانه‌های بالینی اختلال رفتار ...

اختلال رفتار بی‌تابی معنادار است از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره (۵) آمده است.

**جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر  
نمرات نشانه‌های بالینی اختلال رفتار بی‌تابی**

منبع تغییرات	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	sig	اندازه اثر	توان آزمون
نشانه‌های بالینی								
گروه	Assumed sphericity	۱۲۳۱۲/۱۳	۲	۱۳۱۵۷/۲۱	۲۱۱/۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۸
	Greenhouse-Geisser	۱۲۳۱۲/۱۳	۲	۱۴۴۳۱/۶۴	۲۱۱/۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۸
	Huynh-Feldt	۱۲۳۱۴/۱۵	۲	۱۳۱۵۱/۲۱	۲۱۱/۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۸
	Lower-bound	۱۲۳۱۴/۹	۲	۲۶۳۱۴/۴۳	۲۱۱/۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۸
نشانه‌های بالینی								
زمان	Assumed sphericity	۲۶۳۱۴/۴۳	۲	۱۳۱۵۷/۲۱	۳۱۰/۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴	۱
	Greenhouse-Geisser	۲۶۳۱۴/۴۳	۲	۱۴۴۳۱/۶۴	۳۱۰/۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴	۱
	Huynh-Feldt	۲۶۳۱۴/۴۳	۲	۱۳۱۵۱/۲۱	۳۱۰/۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴	۱
	Lower-bound	۲۶۳۱۴/۴۳	۲	۲۶۳۱۴/۴۳	۳۱۰/۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴	۱
نشانه‌های بالینی								
زمان* گروه	Assumed sphericity	۲۴۸۰۴/۴۳	۲	۱۲۴۰۲/۲۱	۲۹۲/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۸
	Greenhouse-Geisser	۲۴۸۰۴/۴۳	۱/۸۲	۱۳۶۰۳/۵۱	۲۹۲/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۸
	Huynh-Feldt	۲۴۸۰۴/۴۳	۲	۱۲۴۰۲/۲۱	۲۹۲/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۸
	Lower-bound	۲۴۸۰۴/۴۳	۱	۲۴۸۰۴/۴۳	۲۹۲/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۸
نشانه‌های بالینی								
خطا	Assumed sphericity	۱۵۲۴/۴۶	۳۶	۴۲/۳۴				
	Greenhouse-Geisser	۱۵۲۴/۴۶	۳۲/۸۲	۴۶/۴۴				
	Huynh-Feldt	۱۵۲۴/۴۶	۳۶	۴۲/۳۴				
	Lower-bound	۱۵۲۴/۴۶	۱۸	۸۴/۶۹				

همانطور که در جدول شماره (۵) مشاهده می‌گردد، تأثیر گروه بر نمرات اختلال بی‌تابی معنادار شد ( $F(2,24)=211/7$ ). همچنین اثر زمان بر نمرات نشانه‌های بالینی اختلال رفتار بی‌تابی معنادار است ( $f(2,44) = 310/7$ ,  $p > 0/01$ ) و بین نمرات نشانه‌های بالینی اختلال رفتار بی‌تابی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین اثر تعامل زمان و گروه معنادار است ( $F(2,34) = 292/87$  و  $p > 0/01$ ). به عبارت دیگر نمرات نشانه‌های بالینی اختلال رفتار

تأثیر مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر بازی‌های متداول در محیط فرهنگی در نشانه‌های بالینی اختلال رفتار ...

بی‌تابی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در بین گروه آزمایش و گواه معنادار شد. همچنین می‌توان گفت که آموزش بازی‌درمانی متناسب‌سازی شده برای گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری توانسته نشانه‌های بالینی اختلال رفتار بی‌تابی را کاهش دهد.

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که شرکت مادران کودکان با اختلال رفتار بی‌تابی در کارگاه‌های بازی درمانگری متناسب‌سازی شده می‌تواند نشانه‌های بالینی اختلال بی‌تابی کودکان را کاهش دهد. در این برنامه بازی درمانی با استفاده از روی آورد گرنی که خود ترکیبی از خانواده‌درمانی و بازی‌درمانی کودک محور بود، پژوهشگر توانست با برخورداری از نتایج اقدام پژوهی و مطالعه مقدماتی نتایج بازی‌های بومی در قالب روی آورد گرنی، بسته متناسب‌سازی شده آموزشی بازی درمانگری را تدوین و تأثیر آن را بر روی مادران کودکان با اختلال رفتار بی‌قرار پیش‌دبستانی بررسی کرده که نتایج معناداری حاصل شد. در این باره می‌توان گفت که نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های تام و همکاران<sup>۷۰</sup>، ۲۰۰۵؛ لوچیرینو، مانسین و مرکینو<sup>۷۱</sup>، ۲۰۱۰؛ هالپرین و هیلی<sup>۷۲</sup>، ۲۰۱۱؛ هانگک لین و همکاران<sup>۷۳</sup>، ۲۰۰۹ و لی آن، ۲۰۱۴ در یک راستا می‌باشد.

با بررسی هر کدام از نتایج پژوهش‌های اشاره شده می‌توان استنباط کرد که داشتن یک برنامه بازی‌درمانی برای گروه‌های با فرهنگ‌های متفاوت می‌تواند نتایج بهتری را به همراه داشته باشد. بنابراین انتظار می‌رود که با طراحی یا متناسب‌سازی مدل‌های مختلف بازی‌درمانی بتوان شرایط سازگاری والدین و خانواده و همچنین شدت نشانه‌های اختلال‌های کودکان پیش‌دبستانی را کاهش داد. در این خصوص یافته‌های این پژوهش نشان داد که علی‌رغم محدودیت‌های موجود در خصوص نوع همکاری والدین و تشخیص زودهنگام اختلال‌های دوران کودکی، کاربرد مداخله‌های خانواده‌محور به‌لحاظ تبارشناسی نتایج بهتری را برای والدین کودکان دچار اختلال به همراه دارد. پس می‌توان گفت که بازی درمانگری با ابعاد روان‌شناختی کودکان هماهنگ بوده و برای آنان تجربه خوشایندی محسوب، و با ایجاد چارچوبی ارتباطی امن و پذیرنده زمینه درمان و بهبود مشکلات کودکان را هموار می‌سازد.

تأثیر مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر بازی‌های متداول در محیط فرهنگی در نشانه‌های بالینی اختلال رفتار ...

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تعداد افراد نمونه و شیوه انجام فرآیند تشخیص اشاره کرد که تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه می‌کند. بنابراین پیشنهاد می‌گردد تا با نمونه بیشتر از هر دو والد به شکل زوج در جلسه آموزشی استفاده شود. همچنین شرایط انجام تشخیص در کلینیک روان‌شناسی با نظارت متخصصین بالینی انجام گردد تا از هر گونه برچسب احتمالی پرهیز شود.

### پی‌نوشت‌ها:

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 1- Development                                    | 2- Skill                           |
| 3- Developmental Disorders                        | 4- Pervasive                       |
| 5- parent stress                                  | 6- Chin Lee and et all             |
| 7- Externalized behavior disorders                | 8- Restlessness Behavior Disorder  |
| 9- Behavioral and Emotional Disorders             | 10- Muller & Kelement              |
| 11- Parenting                                     | 12- Attachment                     |
| 13- Poskam, Meunier, Stievenart & Noel            | 14- Motor Excessive Disorders      |
| 15- Externalized Disorders                        | 16- Quay & Peterson                |
| 17- Achenbach & Edelbrock                         | 18- Bisleau & et al                |
| 19- International Classification Deceases (ICD10) | 20- Disturbance Disorders          |
| 21- Compulsive                                    | 22- Cohen - Mansfield              |
| 23- Bowi & Schaffer                               | 24- Annemarie & et al              |
| 25- Elizabet                                      | 26- Evrony, Ulbiricht & Neiderhise |
| 27- Irritability                                  | 28- Subversive                     |
| 29- Distraction                                   | 30- Pertinacity                    |
| 31- Impulsivity                                   | 32- Aggressiveness                 |
| 33- Play therapy                                  | 34- Tamm & et al                   |
| 35- Luccherino, Mancini & Mercurino               | 36- Halperin & Healey              |
| 37- Huang Lin & et al                             | 38- Play                           |
| 39- Autotelic                                     | 40- Assimilation                   |
| 41- Accommodation                                 | 42- Free goal                      |
| 43- Spontaneously                                 | 44- Enjoyable                      |
| 45- Technique                                     | 46- Approach                       |
| 47- Psychoanalysis                                | 48- Behavioral Cognition           |
| 49- Gestalt                                       | 50- dd ee's                        |
| 51- Child centered                                | 52- Family therapy                 |
| 53- Smith & Dziurgot                              | 54- Preschool                      |
| 55- Vygotsky                                      | 56- Tekin & Sezer                  |
| 57- Lee Ann                                       | 58- Internalized behavior problems |



تأثیر مداخلات روانشناختی مبتنی بر بازی‌های متداول در محیط فرهنگی در نشانه‌های بالینی اختلال رفتار ...

59- Bodenman & et al

61- Korrie

63- Positive parenting

65- Landreth

67- Modality

69- Validity

71- Luccherino, Mancini & Mercurino

73- Huang Lin & et al

60- Garbacz

62- Family center

64- Behavioral parent teaching  
(BPT)

66- Gurney

68- Filial Therapy

70- Tamm & et al

72- Halperin & Healey

### منابع و مآخذ فارسی:

اصغری نکاح، محسن. (۱۳۸۸). کاربردهای آموزشی - ترمیمی بازی‌های بومی ایران در آموزش

و توانبخشی کودکان دارای نیازهای ویژه. *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*. ۹۰، ۱۴-۳.

کنگرلو، مهناز؛ لطفی کاشانی، فرح و وزیری، شهرام. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش خانواده در کاهش

مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی. *مجله علوم*

پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی. ۲۲(۳)، ۲۱۶-۲۲۰.

### منابع و مآخذ خارجی:

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5*. Washington, D. C. London, England. www.psych.org.

Bunte, T. L.; & et al. (2013). Clinical usefulness of the kiddle-disruptive behavior disorder schedule in the diagnosis of DBD and ADHD in preschool children. *Journal of abnormal child psychology*. 41(5), 681-690.

Bulotsky- shearer. J. R.; Sandy Bll, R. E. & Carte, M. R. (2012). Preschool interactive Peer play mediates problem behavior and learning for low-income children. *Journal of applied development psychology*, 33(1), 53-65.

Cunningham, C. E. (2007). A family-centered approach to planning and measuring the out com of interventions for children with ADHD disorders. *Ambulatory pediatric Association*.

Cambell, S. B.; Halperin, M.J; & Sonuga-Barke, E.J.S. (2014). A developmental perspective on attention-deficite/Hyperactivity disorders: *Handbook of developmental psychopathology*.

Chin Lee, P. & et al. (2013). Parent- child intervention of mothers with depression

- and their children with ADHD. *Research in development disability*. 24, 656- 668.
- Chronis,A;& et al. (2014). Parent-child interaction therapy with emotion coaching for preschoolers with ADHD disorder. *Cognitive and behavioral practice*. 17-4c.
- Dutray, B & et al. (2012). Back - to- school stress survey in parents of children with and without ADHD: Result from France and differences compared with others countries. *Neuropsychiatrie delenfanca et de l adolescence*.60s, s254-s309.
- Eggen - Wilkens, N. D. & et al. (2014). Playing with others: Head start children peer play relations with kindergarten school competence. *Early childhood research quarterly*. 29, 345- 346.
- Grey, P. (2011). The decline of play and the rise of psychopathology in children and adolescents. *American journal of play*. 3(4), 443-449.
- Huang Lin, H& et al. (2009). Effectiveness of behavioral parent therapy in preschool children with Attention - Deficit Hyperactivity Disorder. *Kaohsiung J Med Sci*, 25(7), 357-366.
- Halperin, J M& Healey, D M.(2011). The influences of environment enrichment, cognitive enhancement, and physical exercise on brain development: can we alter the developmental trajectory of ADHD. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 35, 621-634.
- Halperin, J. M.; Bedard, A. C. V.; Curchack-Litchin, J. T. (2012) Preventive interventions for ADHD: Neurodevelopmental perspective. *Neurotherapeutics*. 9(3), 531-541.
- Luccherino, L., Mancini, F., &Mercurio, C. (2011). Parent-Training intervention among a group of parents of children with ADHD. *Child and Adolescent psychiatry*. Po4, EPAO398.
- Ludici, A; Faccio, E; Belloni;& Costa, N. (2013). The use of the ADHD diagnosis label: What implications exist for children and their families? *Procedia-social and behavioral sciences*. 122, 506-509.
- Lerner, M.D.; &Mikami, A.Y. (2011). The alliance ina friendship coaching intervention for parents of children with ADHD. *Behavior therapy*. 42, 449-461.
- Mahone, E.M; & Schneider, H.E.(2012). Assessment of attention in preschoolers. *Neuropsycholgy review*. 22(4), 361-383.
- Nazemi, F; Mohammadkhani, P; & Khoshabi,K.(2010). Parent management training used in abusive parent-child intervention in children with ADHD. *Procedia social and behavioral sciences*. 5, 244-249.
- Nair, S. M.; Yusof, N. M; & Arumugam L. (2013). The effects of using the play method enhance the mastery of vocabulary among preschool children. *Procedia-social and behavioral sciences*. 116, 3976-82.
- Pearson, B. (2008). *Effects of a cognitive behavioral play intervention on children's*

*hope and school adjustment*. Thesis of Ph.D. university of Carolina.

- Pushkarana, P. (2014). ADHD, an account of a successful play therapy. *Journal homepage: www.elsevier.com*
- Russell, A; & Barkley, A. (2013). Taking charge of ADHD. New York, NY10012.
- Rogers, M. A.; Wiener, J.; Marton, I.; & Tannock, R. (2009). Parental involvement of children with and without Attention-Deficit/ Hyperactivity disorder(ADHD). *Journal of school psychology. 47*, 167-185.
- Riddle, M. A. & et al. (2013). The preschool Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder treatment study (PATS) 6-year follow-up. *Journal of the American academy of child& Adoulscent psychiatry. 52(4)*, 264- 273.
- Schmid, G.; & Wolke,D.(2014). Preschool regulatory problems and ADHD and cognition deficits at school age in children born at risk:Dfferent phenotypes of dysregulation? *Early human development.90*,399-405.
- Skogan, A.H; & et al. (2015). Parent rating of executive function in young preschool children with symptoms of ADHD disorder. *Behavioral and brain functions*. DoI 10.1186/12993-015-0060.
- Steinberg,E.A;& Drabick, D.A.G.(2015). A developmental psychopathology perspective on ADHD and comorbid condition: The role of emotion regulation. *Child psychiatry Hum Dev*.
- Sjowall, D; Backman, A.; & Thorell, L. (2014). Neuropsychological heterogeneity in preschool ADHD. *Investigation- Based forms of regulation. 43(4)*, 669-680.
- Tamm, L & et al.(2005). Intervention for preschoolers at risk for Attention-deficit/ hyperactivity disorder(ADHD): service before diagnosis. *Clinical neuroscience research. 5*, 247-253.
- Vural, P & et al.(2014). Psycho dramatic group psychotherapy as a parental intervention in attention deficit hyperactivity disorder: A preliminary study. *The arts in psychotherapy. 41*, 233-239.
- Willoughby, M.T; Greenberg; & Pek, J. (2012). Parent reported attention deficit/ hyperactivity symptomology in preschool-aged children: factor structure, developmental change, and early risk factors. *Journal of abnormal child psychology. 40(8)*, 1301-1312.
- Yang-eee .. ;; aa .. eegga..... ... .... hhh eeeeeeeeee  
 prosaically skills and aggressive conduct problems: The contribution of  
 ADHD symptoms. *Early childhood research quarterly. 25*,493-501.