

## اثربخشی عروسک‌درمانی مبتنی بر شناختی‌رفتاری بر افزایش توانمندی‌شناختی و بهبودتوجه دختران با نقص توجه بیش‌فعالی

### Investigating the Effectiveness of Doll Therapy Based on Cognitive Behavioral Therapy on Improving Cognitive Ability and Attention of Girls with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

**Zahra Maldar\***

M. A in Psychology, Islamic Azad University, Kashmar, Iran.

[Matinam2012@gmail.com](mailto:Matinam2012@gmail.com)

**Narges Rasuli**

Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Kashmar, Iran.

زهرا مالدار (نویسنده مسئول)

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر، کاشمر، ایران.

نرگس رسولی

گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر، کاشمر، ایران.

#### Abstract

The present study aimed to investigate the effectiveness of doll therapy on Cognitive Behavioral Therapy on increasing cognitive ability and improving the attention of girls with attention deficit hyperactivity disorder. This is a quasi-experimental study with pre- and post-test in which a control group was utilized. The initial sample consisted of 100 students with attention deficit hyperactivity disorder who referred to Kashmar Behavioral Disorder Center during the 2018-2019 academic year. The final purposive sample was composed of 40 students randomly assigned to experimental and control groups (Each containing 20 Participants). The experimental group received 12 sessions of doll therapy based on cognitive behavioral therapy, and the control group did not receive any treatments. Both groups completed the Spritzer's Cognitive Empowerment Questionnaire (1995) and the Brienkamp d2 test (attention and concentration) (1998) before and after the intervention. The covariance analysis results showed that doll therapy based on Cognitive Behavioral Therapy affected the cognitive ability and attention of the experimental group. Therefore, it is recommended that doll therapy based on cognitive-behavioral therapy could be an effective method in enhancing cognitive ability and improving girls' attention deficit hyperactivity disorder.

**Keywords:** Cognitive Ability, Attention, Doll Therapy, Cognitive Behavioral Therapy

#### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی عروسک‌درمانی مبتنی بر شناختی‌رفتاری بر افزایش توانمندی‌شناختی و بهبودتوجه دختران با نقص توجه بیش‌فعالی بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌آزمایی پژوهش را کلیه دانش‌آموزان با نقص توجه بیش‌فعالی ارجاع داده شده به مراکز اختلالات رفتاری شهرستان کاشمر در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل دادند (بر اساس گزارش به دست آمده از این مراکز ۱۰۰ نفر). از این جامعه آماری، تعداد ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۲۰ نفر). گروه آزمایش، ۲۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، تحت مداخله گروهی عروسک‌درمانی شناختی‌رفتاری قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار پژوهش پرسشنامه توانمندی‌شناختی اسپریتزر (۱۹۹۵) و آزمون d2 (توجه و تمرکز) بریکن کمپ (۱۹۹۸) بود که قبل و بعد از مداخله توسط هر دو گروه تکمیل شد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که عروسک‌درمانی مبتنی بر شناختی‌رفتاری بر توانمندی‌شناختی و بهبودتوجه گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون اثر داشته است. بر اساس یافته، عروسک‌درمانی مبتنی بر شناختی‌رفتاری می‌تواند به عنوان یک روش مداخله‌ای در افزایش توانمندی‌شناختی و بهبودتوجه دختران با نقص توجه بیش‌فعالی به کار رود.

**واژه‌های کلیدی:** توانمندی‌شناختی، توجه، عروسک‌درمانی شناختی‌رفتاری

## مقدمه

اختلال بیش‌فعالی / کمبودتوجه<sup>۱</sup> یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی دوران کودکی با پیامدهای طولانی مدت است (موکونالولا، بلیت، گیبیهو، زربهون، یامیر و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). این اختلال به صورت الگوی پایدار از بی‌توجهی شدید، مداوم و ناتوان‌کننده، بی‌حرکی و تحریک‌پذیری شدید تعریف می‌شود (حسینی، آجیلیان‌عباسی، تقی‌زاده‌مقدم، خادمی و سعیدی، ۲۰۱۴). اغلب این کودکان در یادگیری مشکل داشته و بهره‌ی هوشی، بازداری، کنترل خود و مهارت‌های اجتماعی و حرکتی پایین‌تری نسبت به همسالان خود دارند (بارکلی<sup>۳</sup>، ۱۹۸۸؛ آناستاپولوس و بارکلی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۲؛ موکونالولا و همکاران، ۲۰۱۹). این اختلال مشکلات قابل توجهی در زندگی روزمره ایجاد می‌کند و علاوه بر علائم اصلی خود که شامل پرتحرکی، تکانشگری و نقص توجه می‌باشد، مشکلاتی در حوزه‌های تحصیلی، روابط بین‌فردی و اجتماعی نیز ایجاد می‌کند که اغلب تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (بارکلی، ۲۰۱۴). هیل ستروم<sup>۵</sup> (۲۰۱۹)؛ دبو و پرینز<sup>۶</sup> (۲۰۰۷) نشان دادند که کودکان با کمبودتوجه/ بیش‌فعال معمولاً در برقراری ارتباط با همسالان با مشکلاتی از قبیل عدم‌پذیرش و گوشه‌گیری روبه‌رو هستند. همچنین این کودکان در حیطه تحصیلی مشکلات گسترده‌تری دارند. در واقع بسیاری از آن‌ها در ابتدا به دلیل مشکلات مربوط به درس و مدرسه جهت درمان ارجاع داده می‌شوند (بارکلی، ۱۹۹۱؛ جعفری، صمدی‌جواهری و حسامپور، ۱۳۹۶). کودکان دچار ADHD دارای فاصله زمانی توجه کوتاه‌مدتی هستند. برای آن‌ها تمرکز کردن بسیار دشوار بوده و از این‌رو در یادگیری مهارت‌های تحصیلی و عملی جدید دچار مشکل هستند. مطالعاتی که در ایالات متحده صورت گرفته نشان می‌دهد که ۹۰٪ کودکان دارای ADHD موفقیت‌های تحصیلی بسیار کمی در مدرسه داشته و ۲۰٪ آن‌ها نیز مشکلات یادگیری دارند (بوریل، ترجمه عبدی، ۱۳۸۹). کودکان با اختلال نارسایی توجه دارای مشکلات مختلفی همچون عملکرد تحصیلی پایین<sup>۷</sup>، مشکلات اجتماعی و ارتباطی، اضطراب<sup>۸</sup>، افسردگی<sup>۹</sup>، پرخاشگری، اختلالات سلوک و بزهکاری و در بزرگسالی دارای مشکلاتی در روابط اجتماعی، شغلی و ازدواج هستند (مدستین، ماتوتات و ورملی، ۲۰۰۳)؛ فیچر، بارکلی، اسماللیش و فلیتچر<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۹؛ دیوید و گاستپار<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۵؛ اگنوندل<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۸؛ کاردوسو-مورینو، توماس‌اراگونز و رودریگز-لیدو<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۵). همچنین پژوهش‌ها نشان داده که نقص در مهارت‌های شناختی از جمله حافظه کوتاه‌مدت دیداری- فضایی، حافظه فعال ضعیف، انعطاف‌پذیری ذهنی، توانایی برنامه‌ریزی، استدلال کلامی-انتزاعی، سرعت پردازش دیداری، سرعت پردازش اطلاعات پیچیده، توجه‌انتخابی، بازداری پاسخ‌رفتاری، حافظه بازشناسی فضایی، حفظ توجه، کنترل حرکتی، یادگیری کلامی، تولید سازوکار و تقسیم توجه در کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه منجر به ضعف در پیشرفت تحصیلی، مشکلات رفتاری و نقص در مهارت‌های اجتماعی می‌شود (کلینگرگ، فورسبرگ و وستبرگ<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۲)؛ شالیک، مارزocchi، کوسر، دل ساویو، میثوتر<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). از طرفی نقایص شناختی منجر به ضعف در کارکردهای اجرایی افراد دارای اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه می‌گردد. اغلب افراد دارای اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه دست کم در یک یا چند مورد از مهارت‌های فوق‌دچار ضعف و ناتوانی هستند. فراموشکاری، بی‌دقتی، عدم علاقه به انجام تکالیف مدرسه، ناتوانی در رعایت نوبت و برقراری ارتباط با همسالان، رفتارهای تکانشی و بدون تفکر، پرحرفی و قطع مکالمه دیگران و راه رفتن در کلاس و ناتوانی در نشستن روی صندلی از جمله پیامدهای نقص در توانایی‌های شناختی و کارکردهای اجرایی مغز است (نیگ<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۶). این موارد مشکلات بسیاری را نه تنها برای افراد مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/

1 - Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)

2- Mokona Lola, Belete, Gebeyehu, Zerihun, Yimer & Leta

3 - Barkley

4 - Anastopoulos & Barkley

5 - Hellström

6 - De Boo & Prins

7 - Poor School Performance

8 - Anxiety

9 - Depression

10 - Modestin, Matutat & Wurmle

11 - Fischer Barkley, Smallish & Fletcher

12 - Davids & Gastpar

13- Ogundele

14- Cardoso-Moreno, Tomás-Aragonés & Rodríguez-Ledo

15 -Klingberg, Forssberg & Westerberg

16 -Shallice, Marzocchi, Coser, Del Savio & Meuter

17 -Nigg

نقص توجه و خانواده‌های آنان، بلکه برای معلم نیز ایجاد می‌کند. یادگیری فعالیت‌های کلاسی مستلزم دقت و تمرکز بر محرک‌های مربوط با تکلیف و نادیده گرفتن محرک‌های غیرمرتبط است (زنتال<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). اگرچه شواهد پژوهشی نشان داده که دارو درمانی و استفاده از داروهای محرک، موثرترین رویکردهای درمانی است. با این وجود یافته‌های متعددی به عدم تأثیر دارو بر گروه قابل توجهی از این افراد روایت می‌کند و این نکته را خاطر نشان می‌سازد که قطع دارو یا کم‌شدن تأثیر آن مشکلات نمایان می‌شود (موناسترا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵). افزون بر این عوارض جانبی داروها نگرانی‌هایی را برای خانواده و متخصصین ایجاد کرده و باعث شده تا افراد به دنبال رویکردهای درمانی دیگری باشند (سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۲) که در این تحقیق به تأثیر عروسک‌درمانی شناختی رفتاری پرداخته شد. درمان‌های شناختی رفتاری می‌تواند به کودکان مبتلا به ADHD در بهبود خلق کمک کند. این درمان آگاهی کودکان از الگوهای تفکر را که محرک و هدایت‌کننده رفتار آن‌هاست، افزایش می‌دهد و روش‌هایی را برای مقابله با تفکرشان به آنها می‌آموزد (فربون و کلارم، ترجمه کاویانی، ۱۳۹۴). می‌توان درمان‌های شناختی رفتاری را برای کودکان در یک مدل بازی درمانی ترکیب کرد، بازی درمانی یک رابطه میان فردی پویا بین یک کودک و یک درمانگر آموزش دیده تعریف می‌شود و با فراهم کردن ابزار مناسبی برای بازی کودک، ایجاد یک رابطه ایمن را به منظور کشف و بیان کامل خود از طریق بازی که ابزار طبیعی بیان کودک است تسهیل می‌کند (مک‌گی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). بازی درمانی انواع مختلفی مانند لگودرمانی و بازی درمانی عروسکی دارد. در پژوهش‌های مختلف تأثیر عروسک‌درمانی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی بررسی و اثبات شده است (لگوف و شرمن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶؛ چوی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲؛ النگیر، ابوالماگد و احمد<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷؛ لو، پیترسون، لاکرویس و روزیائو<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰؛ گولدن<sup>۸</sup>، ۲۰۱۹). با بکارگیری بازی و استفاده از اسباب‌بازی‌هایی مانند عروسک کودکان می‌توانند افکار، احساسات و نگرانی‌هایی را که نمی‌توانند به گونه دیگری بیان کنند، انتقال دهند. کودکان می‌توانند به راحتی بدون خطر و به طور صمیمانه دنیای درونی خویش را از طریق بازنمایی نمادین و عینی اسباب‌بازی‌ها بیان کنند. اسباب‌بازی‌هایی مانند عروسک فرصت ایجاد تسلط و احساس کنترل بر دنیای پیرامون را برای کودکان فراهم می‌کند به طوری که آنها تجربیات خود را مستقیماً در محیط امن با عروسک‌ها بازنمایی می‌کنند. در عروسک درمانی قطع نظر از دلیل ارجاع، درمانگر فرصت دارد تا به دنیای کودک وارد شده و آن را تجربه کند و فعالانه به مشکلاتی که کودک به خاطر آنها برای درمان آورده شده رسیدگی نماید و به کودک کمک کند تا رفتارهای انطباقی را یاد بگیرد و بر کمبود مهارت‌های هیجانی و اجتماعی غلبه کند (رأی<sup>۹</sup>، ۲۰۰۴). عروسک‌درمانی شناختی رفتاری می‌تواند به کودک بیش‌فعال نقص توجه کمک کند تا شیوه‌های سازگاری با محرک‌های تنش‌زا را یاد بگیرد و راهبردهای جدید را برای پرورش حس تسلط و موفقیت در موقعیت‌های اجتماعی در رابطه با همسالان و خانواده بیاموزند. در عروسک‌درمانی کودکان می‌توانند قضاوت اخلاقی را نیز پرورش داده و یاد بگیرند که چگونه با دیگران همکاری کرده همچنین راهبردهای حل مساله و چگونگی برقراری روابط مناسب اجتماعی با دیگران را می‌آموزند (تیکز<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۰). هدف اولیه عروسک درمانی شناختی رفتاری، شناسایی و تغییر افکار ناسازگار مرتبط با رفتارها و مشکلات هیجانی کودک است و نوعی درمان انعطاف پذیر برای کودکان است که نیاز به بیان کلامی کودک را کاهش و تکیه بر رویکردهای تجربی را افزایش می‌دهد. در این رویکرد، با استفاده از بازی با عروسک، تغییرات شناختی به طور غیرمستقیم منتقل شده و رفتارهای سازگارانه‌تر در کودک ایجاد می‌شود (رأی، ۲۰۰۴؛ صفری، فرامرزی و عابدی، ۱۳۹۳). لذا از آنجا که بیش‌فعالی نقص توجه مشکلات فراوانی را برای کودکان مبتلا، ایجاد می‌کند که پیامد این مشکلات تا بزرگسالی ادامه می‌یابد و بر زندگی آنها و اطرافیان‌شان تأثیر سوئی می‌گذارد لازم است تا راهکارهای درمانی جدیدی جهت کاهش مشکلات این کودکان ارائه گردد. همچنین حضور کودک با مشکلات و اختلال‌های رفتاری مانند بیش‌فعالی نقص توجه در هر خانواده، ساختار آن را تحت تأثیر قرار داده و سلامت روانی خانواده و بخصوص والدین را نیز تحت شعاع قرار می‌دهد. و خانواده به عنوان مهمترین نهاد در هر خانواده‌ای لازم است تا از سلامت بهینه برخوردار باشد تا سلامت جامعه نیز تامین گردد (جعفری و همکاران، ۱۳۹۶). بنابراین توجه به مولفه‌هایی مانند توجه و توانمندی‌های شناختی در کیفیت زندگی کودکان ADHD، که

1 - Zentall

2 - Monastra

3 - McGee

4 - Legoff &amp; Sherman

5 - Choi

6 - El-Nagger, Abo-Elmagd &amp; Ahmed

7 - Lu, Petersen, Lacroix &amp; Rousseau

8 - Gooden

9 - Ray

10 - Tiggs

می‌تواند تا حدودی از مشکلات آنها بکاهد و نیز استفاده از روش‌های تمرینی کم‌هزینه و آسان برای کمک به آنها، خانواده‌های آنان و مدارس اهمیت روزافزونی یافته است (گرنلیک، کونور و جانسون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). بنابراین، هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال است که آیا عروسک‌درمانی مبتنی بر شناختی‌رفتاری بر افزایش توانمندی‌شناختی و بهبودتوجه دختران با نقص توجه بیش‌فعالی تأثیر دارد؟

## روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌پژوهش را کلیه دانش‌آموزان با نقص توجه بیش‌فعالی ارجاع داده شده به مراکز اختلالات رفتاری شهرستان کاشمر در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل می‌دهند (بر اساس گزارش به دست آمده از این مراکز ۱۰۰ نفر). تعداد ۴۰ دانش‌آموزان با نقص توجه بیش‌فعالی به روش نمونه‌گیری هدفمند، به عنوان نمونه انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. دامنه سنی بین ۹ تا ۱۵ سال، تمایل به شرکت در تحقیق، عدم ابتلا به اختلالات روانی و جسمانی حاد با توجه به نظر روانشناس و روانپزشک مراکز، به عنوان ملاک‌های ورود به تحقیق و عدم تمایل به شرکت در تحقیق، غیبت بیش از ۲ جلسه از حضور در جلسات درمانی از ملاک‌های خروج از تحقیق بودند. ملاحظات اخلاقی تحقیق نیز شامل در جریان گذاشتن خانواده‌های دانش‌آموزان از نتایج پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات هر دانش‌آموز و اجرای مداخلات درمانی بعد از اتمام پژوهش برای گروه کنترل بود.

## ابزار سنجش

**پرسشنامه توانمندی شناختی<sup>۲</sup>:** پرسشنامه توانمندی شناختی، توسط اسپریتزر<sup>۳</sup> (۱۹۹۵) ساخته شده، ۱۵ ماده دارد. چهار بعد توانمندی شناختی، شامل معناداری، شایستگی، خودمختاری و تأثیرگذاری را اندازه‌گیری می‌کند. سؤالات بر مبنای مقیاس ۵ قسمتی لیکرت از کاملاً مخالفم (۱ امتیاز) تا کاملاً موافقم (۵ امتیاز) نمره‌گذاری می‌شود. اسپریتزر با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی پرسشنامه را در دو گروه اعتباریابی کرد، شاخص‌های برازش گروه کارکنان صنعتی  $AGFI=0/93$ ؛  $PMSR=0/04$ ؛  $NCNFI=0/97$  و شاخص‌های برازش گروه کارکنان بیمه  $AGFI=0/87$ ؛  $PMSR=0/07$ ؛  $NCNFI=0/98$  به دست آمد که نشان داد پرسشنامه از روایی مطلوبی برخوردار است. ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در نمونه صنعتی  $0/72$  و در نمونه بیمه  $0/62$  بوده است (اسپریتزر، ۱۹۹۵). در ایران نیز عبداللهی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه توانمندی‌روانشناختی را  $0/81$  به دست آورد. در پژوهش کاریزه و همکاران<sup>۵</sup>، ۱۳۹۵، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها بین  $0/85$  -  $0/73$  و برای کل پرسشنامه  $0/88$  به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ  $0/87$  به دست آمد.

**آزمون d2 (توجه و تمرکز)<sup>۴</sup>:** آزمون d2، توسط بریکن کمپ<sup>۵</sup> (۲۰۰۲) ساخته شد. این آزمون دارای ۱۲ سری ماده است و هر سری آن ۹ آیتم دارد که آیتم‌های این آزمون شامل ۱ تا ۴ خط تیره و حروف p و d می‌باشد و فرد می‌بایست طبق دستورالعمل و در زمان تعیین‌شده آزمون را به انجام برساند. از این آزمون سه نمره به دست می‌آید: ۱: نمره GZ کارایی کل که شاخصی برای سرعت پردازش اطلاعات آزمودنی محسوب می‌شود؛ ۲: خطا (F): این نمره جمع خطاهای آزمودنی را نشان می‌دهد ( $F2+F1=F$ ). بریکن کمپ، این نمره را شاخصی برای تلاشمندی معرفی کرده که میزان دقت را نشان می‌دهد، ۳: نمره کارایی تمرکز (KL) و روایی این آزمون  $0/91$  است (غفاریان شایستگی و علیزاده، ۱۳۹۳). محققین، همسانی‌درونی این آزمون را با روش آلفای کرونباخ محاسبه نموده‌اند که در زمینه کارایی کل با این شیوه (۰/۹۷)، در زمینه کارایی تمرکز (۰/۹۷) و در مورد شاخص خطا نیز (۰/۹۵) بدست آمد. این آزمون، توسط فریبرز باقری در سال ۱۳۹۱ ترجمه و در جامعه ایران هنجاریابی شده است که هنجاریابی در جامعه ایران نتایج مشابه با جوامع اروپایی، به دست داد و نشان داد با توجه به همسانی‌درونی بالای مقیاس‌ها، این آزمون از پایایی بسیار بالایی نیز برخوردار است و برای تعیین پایایی آزمون مورد نظر، از روش آزمون-باز آزمون استفاده شده است که فاصله زمانی بین دو اجرا از ۲ ساعت تا ۲ سال بوده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ  $0/88$  به دست آمد.

1 - Guralnick, Connor & Johnson

2- Cognitive Ability Questionnaire

3 - Spreitzer

4- D2 Tes (Attention & Concentration)

5- Brickenkamp

**روش اجرای پژوهش:** روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که بعد از کسب اجازه از ریاست محترم مراکز اختلالات رفتاری شهر ستان کاشمر، و برقراری ارتباط با دانش‌آموزان بیش‌فعال نقص توجه، جلب رضایت دانش‌آموزان و خانواده‌های آنها جهت شرکت در پژوهش، از بین کلیه دانش‌آموزان ارجاع داده شده به این مراکز تعداد ۴۰ دانش‌آموز به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور کامل تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. آزمودنی‌های ابتدا به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند (پیش‌آزمون) سپس گروه‌آزمایش تحت ۲۱ جلسه گروهی عروسک‌درمانی شناختی رفتاری، (هر جلسه ۹۰ دقیقه به مدت ۷ هفته) قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان هر دو گروه مجدداً به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند.

جلسات عروسک‌درمانی شناختی رفتاری اصغری نکاح و همکاران (۱۳۹۰)

جلسات	محتوای جلسه
جلسه ۱	اجرای پیش‌آزمون و آشنایی با عناصر برنامه
جلسه ۲	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در شناسایی حالات چهره دیگران (خشم، شادی، ترس، تعجب و غمگینی)،
جلسه ۳	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در استفاده از حالات چهره برای بیان احساسات خود،
جلسه ۴	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در استفاده از اشاره‌های بدن برای ارتباط با دیگران مثلاً زمان خداحافظی دست تکاندن
جلسه ۵	مرور جلسات قبل جهت تکرار و یادگیری بهتر
جلسه ۶	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در جلب توجه دیگران قبل از صحبت کردن،
جلسه ۷	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در شروع گفتگو با دیگران
جلسه ۸	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در برقراری تماس چشمی به هنگام تعامل با دیگران
جلسه ۹	مرور و تکرار جلسات قبل جهت تکرار و یادگیری بهتر
جلسه ۱۰	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در داشتن تن صدای مناسب به هنگام صحبت کردن
جلسه ۱۱	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در حفظ فاصله‌ی مناسب به هنگام صحبت کردن
جلسه ۱۲	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در رعایت نوبت‌دهی در دیگران،
جلسه ۱۳	مرور جلسات قبل جهت تکرار و یادگیری بهتر.
جلسه ۱۴	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در وارد شدن به جمع کودکانی که در حال بازی هستند
جلسه ۱۵	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در پیش‌قدم شدن در بازی
جلسه ۱۶	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در درخواست کمک از دیگران به هنگام نیاز
جلسه ۱۷	مرور جلسات قبل جهت تکرار و یادگیری بهتر
جلسه ۱۸	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در مهارت گوش دادن
جلسه ۱۹	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در پاسخ مناسب به شروع صحبت دیگران،
جلسه ۲۰	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در پاسخ مناسب به درخواست دیگران،
جلسه ۲۱	مرور جلسات قبل و جمع‌بندی کردن و آماده کردن گروه جهت پایان جلسات و پس‌آزمون

### یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در پژوهش شامل تعداد ۴۰ نفر با نقص توجه بیش‌فعالی بودند که ۲۰ نفر از آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان، بین ۹ تا ۱۵ سال و میانگین سنی و انحراف معیار به ترتیب ۱۳،۰۴ و ۱،۲۶۴ بود. در جدول ۱، شاخص‌های توصیفی، توانمندی‌شناختی و مؤلفه‌های آن و نیز مؤلفه توجه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل آمده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد برای توانمندی شناختی

متغیرها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
توانمندی‌شناختی	۳۴/۰۳	۶/۸۴	۴۱/۹۷	۶/۷۴
آزمایش				

اثربخشی عروسک‌درمانی مبتنی بر شناختی‌رفتاری بر افزایش توانمندی‌شناختی و بهبودتوجه دختران با نقص توجه بیش‌فعالی  
Investigating the Effectiveness of Doll Therapy Based on Cognitive Behavioral Therapy on Improving ...

توجه	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش
	۴/۸۰	۳۲/۵۶	۴/۸۰	۳۲/۵۶
	۲۰/۴۴	۱۷۵/۶۵	۲۰/۳۲	۱۶۵/۵۵
	۱۹/۶۵	۱۶۶/۴۵	۱۹/۳۵	۱۶۶/۳۲

قبل از تحلیل داده‌های پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. از مهمترین این مفروضه‌ها مفروضه نرمال بودن است. برای بررسی مفروضه نرمال بودن داده‌های توزیع آزمون روش شاپیرو-ویلک استفاده شد. آماره شاپیرو ویلک برای پیش و پس‌آزمون تمامی متغیرها محاسبه شد. نتایج آزمون شاپیروویلک نشان داد که سطوح معنی‌داری به دست آمده در مورد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل بیشتر از ۰/۰۱ می‌باشد. لذا پیش فرض برقرار است و اجرای آزمون‌های پارامتریک بلامانع می‌باشد. در گام بعدی پیش‌شرط تساوی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین بررسی شد. نتایج آزمون لوین نشان می‌دهد که در مورد متغیرهای پژوهش سطح معنی‌داری به دست آمده بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد، لذا پیش شرط همگنی واریانس‌ها برقرار است ( $P\text{-value} < 0.05$ ). برای آزمون این فرضیه (عروسک‌درمانی مبتنی بر شناختی‌رفتاری بر توانمندی‌شناختی و بهبودتوجه دختران با نقص توجه بیش‌فعالی موثر است) از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. علاوه بر مفروضه‌های ذکر شده در بخش قبلی، مفروضه‌های یکسانی شیب خط رگرسیون و پیش شرط تساوی واریانس‌ها برای استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره، نیز بررسی شد.

جدول ۲: آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون برای گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	F	سطح معنی‌داری
گروه-پیش‌آزمون توانمندی شناختی	۲/۰۴	۱	۱/۰۴۴	۰/۳۹۰
گروه-پیش‌آزمون توجه	۲۰۱/۶۷۵	۲	۰/۲۳۵	۰/۷۹۲

جدول ۳: پیش شرط تساوی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین)

	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
توانمندی‌شناختی	۲/۳۲۱	۱	۳۸	۰/۱۳۶
توجه	۰/۲۶۷	۱	۳۸	۰/۶۰۹

نتایج بررسی پیش‌فرض‌های آماری نشان داد که آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون و پیش‌شرط تساوی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین) برای گروه‌های آزمایش و کنترل یکسان است (تعامل بین شرایط آزمایشی و متغیر همپراش معنی‌دار نیست) و استفاده از تحلیل کواریانس بلامانع است ( $P > 0.05$ ). در جدول ۴ نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA)، مجموع مجذورات (SS)، میانگین مجذورات (MS)، مقدار F، درجات آزادی (df)، سطح معنی‌داری (p) و مجذور اتای سهمی  $N^2$  جهت بررسی عروسک‌درمانی مبتنی بر شناختی‌رفتاری بر افزایش توانمندی شناختی و بهبودتوجه دختران با نقص توجه بیش‌فعالی آرایه شده است.

جدول ۴: خلاصه MANCOVA برای تعیین اثربخشی عروسک‌درمانی شناختی‌رفتاری بر توانمندی‌شناختی و بهبودتوجه

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F مقدار	سطح معنی‌داری	مجذور اتای سهمی
توانمندی پیش‌آزمون	۹۲/۲۰۳	۱	۹۲/۲۰۳	۲/۷۵۷	۰/۱۰۵	۰/۰۶۹
اثر اصلی (درمان)	۲۴۶۷/۸۵۲	۱	۲۴۶۷/۸۵۲	۷۳/۷۸۱	۰/۰۰۰	۰/۶۶۶
خطای باقی مانده	۱۳۲۹/۳۵۵	۳۸	۳۴/۹۴۴			
توجه پیش‌آزمون	۱۹۹/۸۱۰	۱	۱۹۹/۸۱۰	۰/۴۶۶	۰/۴۹۹	۰/۰۱۲
اثر اصلی (درمان)	۱۸۰۹۷/۶۹۸	۱	۱۸۰۹۷/۶۹۸	۴۲/۱۹۰	۰/۰۰۰	۰/۵۳۳
خطای باقی مانده	۱۵۸۷۱/۵۱۵	۳۷				

نتایج تحلیل کواریانس، نشان می‌دهد که با حذف اثر نمره‌های توانمندی‌شناختی پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش اثر اصلی عروسک‌درمانی مبتنی بر شناختی‌رفتاری بر افزایش توانمندی‌شناختی و بهبود توجه دختران با نقص توجه بیش‌فعالی در پس‌آزمون معنی‌دار است. به عبارت دیگر جدول نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات توانمندی‌شناختی و توجه شرکت کنندگان گروه آزمایش - کنترل برحسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون با ۹۹ درصد اطمینان معنی‌دار می‌باشد ( $P < 0/01$ ). میزان تأثیر این مداخله ۰/۶۶۶ بوده است. در جدول ۵ میانگین‌های تعدیل شده ارائه شده است یعنی اثر متغیر پیش‌آزمون به صورت آماری حذف شده است.

جدول ۵: جدول میانگین‌های تعدیل شده توانمندی‌شناختی و توجه

متغیرها	گروه	انحراف استاندارد	میانگین
توانمندی‌شناختی	آزمایش	۶/۷۴	۴۱/۹۷
	کنترل	۴/۸۰۸	۳۲/۵۶
توجه	آزمایش	۲۲/۴۰	۶۸/۵۶
	کنترل	۱۸/۵۴	۶۳/۳۵

تغییرات میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمره توانمندی‌شناختی و توجه گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل افزایش بیشتری دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد عروسک‌درمانی مبتنی بر شناختی‌رفتاری بر افزایش توانمندی‌شناختی و بهبود توجه دختران با نقص توجه بیش‌فعالی مؤثر است. این نتایج با نتایج تحقیقات نجفی و سرپولکی (۱۳۹۵)؛ رنگانی و همکاران (۱۳۹۴)؛ صفری و همکاران (۱۳۹۳)؛ بخش‌ایش و میرحسینی (۱۳۹۳)؛ غیائی‌راده (۱۳۹۲)؛ هیلستروم (۲۰۱۹)؛ اگنو ندل (۲۰۱۸)؛ موکو نالوا و همکاران (۲۰۱۹)؛ کاردوسومورینو و همکاران (۲۰۱۵)؛ اذرنیوشان، به‌پژوه و غباری‌بناب (۱۳۹۱)؛ گنجی، ذبیحی، خدابخش و کراسکیان (۱۳۹۰)؛ نیگز (۲۰۱۰)؛ گالاگر، رابین و مککلو سکی<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) همسو و همخوان است. باگرلی و پارک<sup>۲</sup> (۲۰۱۵) بازی درمانی به شیوه شناختی‌رفتاری بر یادگیری، خودشاهدی، مسئولیت، ابراز احساسات، احترام‌گذاشتن، پذیرش خود و دیگران و بهبود مهارت‌های اجتماعی، عزت نفس، کاهش کمروبی و گوشه‌گیری، افسردگی و اضطراب مؤثر است. کانل<sup>۳</sup> (۲۰۱۵) نشان داد که بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری شیوه موثری برای کاهش گوشه‌گیری، اضطراب، افسردگی و مشکلات رفتاری کودکان است. رینکون، هووای و بادیل<sup>۴</sup> (۲۰۱۴) نشان دادند که درمان شناختی رفتاری بر افسردگی و اضطراب مؤثر است. صباغیان و فتحی (۲۰۱۴) نیز نشان دادند که بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری بر کاهش پرخاشگری جسمانی، رابطه‌ای و واکنشی تأثیر دارد که مطابق با نتایج این تحقیق است.

کودکان دچار ADHD دارای فاصله زمانی توجه کوتاه مدتی هستند. برای آن‌ها تمرکز کردن بسیار دشوار است. آنها در مهارت‌های شناختی از جمله حافظه کوتاه‌مدت دیداری - فضایی، حافظه فعال ضعیف، انعطاف‌پذیری ذهنی، توانایی برنامه‌ریزی، استدلال کلامی انتزاعی، سرعت پردازش دیداری، سرعت پردازش اطلاعات پیچیده، توجه‌انتخابی، بازداری یا سخر رفتاری، حافظه باز شناسی فضایی، حفظ توجه، کنترل حرکتی، یادگیری کلامی، تولید سازوکار و تقسیم توجه‌دارای نقص می‌باشند و این منجر به ضعف در پیشرفت تحصیلی، مشکلات رفتاری و نقص در مهارت‌های اجتماعی آنها می‌گردد (کلینگرگ، فورسبرگ و وستبرگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲؛ شالیک، مارزوچی، کوسر، دل ساویو، میوتور<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). النگیر و همکاران (۲۰۱۷) در تحقیقی نشان دادند بازی‌درمانی تأثیر مثبتی بر بهبود توجه، کاهش بیش‌فعالی و کنترل رفتار تکان‌دهنده کودکان مبتلا به ADHD دارد. عروسک‌درمانی شناختی‌رفتاری شامل مداخله‌های مبتنی بر اساس رویکرد شناختی‌رفتاری در قالب بازی‌درمانی است. اساس این نظریه بر سیر تحول حسی مبتنی است. بر این اساس بازی با عروسک، به

1 - Gallagher, Rabian & McCloskey

2 - Baggerly & Parker

3 - Knell

4 - Rincon, Hoyos & Badiel

5 - Klingberg, Forsberg & Westerberg

6 - Shallice, Marzocchi, Coser, Del Savio & Meuter

عنوان یک روش کلامی و غیرکلامی در حل مشکلات مورد استفاده قرار می‌گیرد. عروسک‌درمانی‌شناختی‌رفتاری موجب رشد افکار و رفتار سازگارانه می‌شود. درمان شناختی‌رفتاری از طریق عروسک‌درمانی به دنبال شناسایی افکار ناسازگارانه، درک مفروضه‌های فکری و یادگیری به منظور اصلاح باورهای غیرمنطقی است. بازی با عروسک می‌تواند الگویی از راهبردهای شناختی جهت رویارویی با باورهای غیرمنطقی باشد. عروسک‌درمانی‌شناختی‌رفتاری رویکردی هدفمند، دارای ساختار و مداخله‌ای مستقیم در چارچوب طبیعت کودک است. ارزیابی عملگراییانه در این روش نتایج درمان را میسر می‌سازد و به لحاظ ساختار به درمانگر در مفهوم‌سازی مشکلات کودکان بیش‌فعال کمک می‌کند (نجفی و سرپولکی، ۱۳۹۵). بازی با عروسک، فرصتی را به کودکان می‌دهد تا احساسات خود را آزادانه بیان نموده و با استفاده از نمادها مشکلات خود را در واقعیت جبران نمایند و برای آنها راه‌حل بیابند و موقعیت‌هایی را که ممکن است با آن روبرو شوند از طریق بازی جبران کنند. عروسک‌درمانی‌شناختی‌رفتاری، افکار درونی کودک را با دنیای خارجی او مرتبط می‌سازد و باعث می‌شود که کودک بتواند اشیای خارجی را تحت کنترل خود درآورد یا بتواند آنها را دستکاری نموده و تغییر دهد. همچنین عروسک‌درمانی‌شناختی‌رفتاری، به کودک اجازه می‌دهد تا تجربیات تهدیدکننده خود را نشان دهد (بخشایش و میرحسینی، ۱۳۹۳؛ عبدی، کرمی و حاتمی، ۱۳۹۱؛ صباغیانراد و فتوحی، ۲۰۱۴). کودکان در عروسک‌درمانی‌شناختی‌رفتاری، می‌آموزند که رفتارشان یک انتخاب است و بدین وسیله پیامد رفتارشان را نیز انتخاب می‌کنند، آگاهی از این امر در تقویت رفتار خودکنترلی به آنها کمک می‌کند. بازی با عروسک، اساساً به منزله رشدشناختی، عاطفی اجتماعی، روانی حرکتی کودک است. در طول بازی نیروهای مختلف مانند چابکی، توجه و درک رشد پیدا کرده و شخصیت کودکان شکل گرفته و تغییرات بسیاری در ویژگی‌های آنها اتفاق می‌افتد. لذا می‌توان گفت عروسک‌درمانی‌شناختی‌رفتاری بر بهبودتوجه کودکان نقص توجه بیش‌فعال موثر است. همچنین بازی با عروسک، باعث افزایش حس کنجکاوی و قدرت‌نواوری می‌شود و همچنین باعث لمس احساس حقیقی شخصیت و تجربه واقعیت می‌شود. و این فرصت را برای کودک فراهم می‌کند تا بتواند تصویری از دنیای درونی خود ارائه دهد و بیان هیجانات را برایش تسهیل می‌کند. عملکرد عمده عروسک‌درمانی‌شناختی‌رفتاری، حل کردن هرگونه تعارضی در کودک است که با عملکرد مؤثر او در محیط تداخل می‌کند و محیط امنی را برای کودکان فراهم می‌کند که در آن کودکان به تدریج هیجانات، تنش‌ها، احساس نامنی، پرخاشگری و ترس‌های سرکوب شده خود را ابراز کنند و به نوعی توانمندی برسند (کارلسون و آرتو<sup>۱</sup>؛ ۱۹۹۹؛ جعفری، محمدی، خیابانی، فرید و چیتی، ۲۰۱۱؛ درزی‌رامندی، دانشفر و شجاعی، ۲۰۱۲؛ توننده‌جانی، بهشتیان و قاجاری، ۲۰۱۴). همچنین ارتباط با عروسک در اتاق بازی، به این صورت است که کودک احساسات منفی خود را از طریق بازی به یک بزرگسال همدل (درمانگر) بیان می‌کند و آن فرد احساسات ارائه شده کودک را انعکاس می‌دهد و می‌پذیرد. وقتی این احساسات از طرف درمانگر پذیرفته شد، دیگر قدرت و شدت سابق را نداشته و اثرات آن بر رفتار کودک کاهش می‌یابد و بعد از این مرحله عبارات مثبت شروع شده و با بازی کودک مخلوط شده و کودک شروع به یادگیری مهارت‌های و توانمندی‌های جدید می‌کند و یاد می‌گیرد که با نیازهای خود به شیوه مناسب اجتماعی برخورد کند. مهارت‌های ارتباطی کودکان رشد می‌کنند و در چنین چهارچوبی می‌توانند به باز پدیدآوری مکرر موضوع و رویدادهای مهم بپردازند، احساسات و هیجانات خود را بروزریزی کنند، به بینش جدیدی دست یابند و شیوه‌های سازش‌یافته‌تر حل مساله را برگزینند (رای، بلانکو، سالیوان و هولیمان<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹؛ برزگر و همکاران، ۱۳۹۲). عروسک‌درمانی‌شناختی‌رفتاری در واقع باورهای شناختی‌کوکان را به چالش می‌کشد و به آنها توانایی‌ها و مهارت‌های لازم را به صورت غیرمستقیم، آموزش می‌دهد و کودک توانمندی‌های شناختی را می‌آموزد و شرایطی را فراهم می‌کند تا کودک در بازی این مهارت‌ها را تمرین کند. لذا می‌توان گفت عروسک‌درمانی‌مبتنی بر شناختی‌رفتاری بر افزایش توانمندی‌شناختی و بهبودتوجه دختران با نقص توجه بیش‌فعالی مؤثر است. محدود بودن نمونه پژوهش به ۴۰ نفر از دانش‌آموزان ۹ تا ۱۵ ساله، با نقص توجه/بیش‌فعالی، خودگزارشی بودن ابزار پژوهش و عدم برگزاری دوره پیگیری، از محدودیت‌های پژوهش در این تحقیق بود. لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی به منظور بررسی ماندگاری اثر درمان دوره پیگیری هم در نظر گرفته شود. پژوهش در نمونه‌ای با حجم بیشتری اجرا گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود یافته‌های حاصل از این پژوهش در مدارس و موسساتی که با کودکان بیش‌فعال، سروکار دارند مورد استفاده قرار گیرد.

1 - Carlson & Arthur

2 - Ray, Blanco, Sullivan & Holliman



## منابع

- اذرنیوشان، بهزاد؛ به پژوه، احمد؛ غباری بناب، باقر (۱۳۹۱). اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری دانش آموزان کم توان ذهنی در دوره ابتدایی. *فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی*، ۱۲(۲)، ۱۶-۶.
- اصغری نکاح، محسن؛ افروز، غلامعلی؛ بازرگان، عباس و شکوهی یکتا، محسن (۱۳۹۰). تاثیر مداخله‌ای بازی درمانی عروسکی بر مهارت‌های ارتباطی کودکان درخودمانده. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۴۹)، ۵۷-۴۲.
- بخشایش، علیرضا؛ میرحسینی، رضیه‌السادات (۱۳۹۳). اثربخشی بازی‌درمانی بر کاهش علائم اختلال بیش‌فعالی / کمبودتوجه و بهبود عملکرد تحصیلی کودکان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۲(۶)، ۱-۱۳.
- برزگر، زهرا (۱۳۹۲). مقدمه‌ای بر جایگاه بازی‌درمانی در مشکلات روان‌شناختی کودکان. *فصلنامه تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۳(۲)، ۳۵-۴۴.
- بوریل، جو (۱۳۸۹). همه چیز درباره *اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی*. ترجمه: محمدرضا عبدی. تهران: دانشگاه شهید بهشتی. [www.mentalhealth.org.uk](http://www.mentalhealth.org.uk)
- جعفری، اصغر؛ صمدی‌جوهری، مهستی و حسامپور، فاطمه (۱۳۹۶). مقایسه کیفیت رابطه مادر کودک و مهارت خودنظم‌دهی خشم بین مادران دانش‌آموزان دارای اختلال بیش‌فعالی نقص توجه و عادی. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۵(۴)، ۱۳-۲۴.
- ذوالمجد، آنیا؛ برجلی، احمد؛ آری، خدیجه (۱۳۸۶). تاثیر شن‌بازی درمانی بر رفتارهای پرخطرانه پسران. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۷(۲)، ۱۵۵-۱۶۸.
- رنگانی، اقدس؛ همتی علمدارلو، قربان؛ شجاعی، ستاره؛ اصغری نکاح، سیدمحسن (۱۳۹۴). اثربخشی مداخله بازی‌درمانی عروسکی بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان پسر با اختلال اتیسم. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی*، ۵(۲۰)، ۹۳-۷۴.
- صفری، سهیلا؛ فرامرزی، سالار؛ عابدی، احمد (۱۳۹۳). تاثیر بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر نشانه‌های رفتاری دانش‌آموزان نافرمان. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۵(۳)، ۲۵۸-۲۶۷.
- عبدی، اکبر؛ کرمی، مهدی؛ حاتمی، جواد (۱۳۹۱). اثربخشی تقویت حافظه دیداری به طریق بازی‌درمانی بر کاهش خطاهای املايي دانش‌آموزان دارای اختلال نوشتن. *پژوهش در علوم توانبخشی*، ۸(۴)، ۱-۱۴.
- غفاریان شایستگی، مینا؛ علیزاده، حمید (۱۳۹۳). اثربخشی تمرین‌های ادراکی دیداری بر بهبود توجه کودکان با اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۴(۹)، ۵۹-۵۳.
- غیاثی راده، مهدی (۱۳۹۲). اثربخشی بازی‌درمانی به شیوه شناختی رفتاری مایکنبام در کاهش کمروبی و گوشه‌گیری اجتماعی دانش‌آموزان دبستانی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱(۶)، ۱۰۵-۹۶.
- فرورن، کریستوفر؛ کلارم، دیویدمیلر (۱۳۹۴). درمان‌های شناختی رفتاری. ترجمه حسین کاویانی. تهران: مهرکاوایان.
- گنجی، کامران؛ ذبیحی، رزیتا؛ خدابخش، روشنک و کراسکیان، آدیس (۱۳۹۰). تأثیر بازی‌درمانگری کودک محور بر کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه/افزون‌کنشی. *مجله روان شناسی بالینی*، ۳(۴)، ۲۵-۱۵.
- نجفی، محمود؛ سروپولکی، بیتا (۱۳۹۵). اثربخشی بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر پرخاشگری و اختلال املاء در کودکان دبستانی. *فصلنامه افراد استثنایی*، ۶(۲۱)، ۱۰۳-۱۲۱.
- Anastopoulos, Barkley. (1992). *Attention-deficit hyperactivity disorder*. In C. E Walker & M.C. Robert, Handbook of clinical childpsychology. NY: John Wiley.
- Baggerly J, Parker M. (2015). Child Centered group play therapy with African American boys at the elementary school level. *J Counsel Develop*; 83:387-91.
- Barkley R. (1988). *Attention-deficit hyperactivity disorder in E. D Mash & L. Terdal. Behavioral assessment of child hood disorders*. New York: Guilford press. 69-104.
- Barkley RA. (2014). Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain Dev*; 25(2):77-83
- Barkley, R. A. (1991). Diagnosis and assessment of attention deficit hyperactivity disorder. *Comprehensive Mental Health Care*, 1, 27 - 73.
- Cardoso-Moreno, M. J., Tomás-Aragónés, L., & Rodríguez-Ledo, C. (2015). Socio-emotional intervention in attention deficit hyperactive disorder. *Intervención socio-emocional en el trastorno de hiperactividad con déficit de atención. European Journal of Education and Psychology*, 8(2), 53-59.
- Carlson, R; & Arthur, N. (1999). Play therapy and the therapeutic use of story. *Canadian journal of counseling*, 33(3), 212-226.
- Choi J. (2012). Literature review of play therapy intervention for children with ADHD, *J. Educ. Sc*, 50(5): 125
- Darzi Ramandi, L; Daneshfar, A; & Shojaei, M. (2012). Effects of aromatherapy and play on intellectually disables aggression. *Annals of biological research*, 3(11), 5211-5215.
- Davids, E., & Gastpar, M. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder and border line personality disorder. *Progressive Neuropsychopharmacology and Biology of Psychiatry*, 29, 865-77

## Investigating the Effectiveness of Doll Therapy Based on Cognitive Behavioral Therapy on Improving ...

- De Boo GM, Prins PJ. (2007). Social incompetence in children with ADHD: possible moderators and mediators in social-skills training. *Clin Psychol Rev*, 27(1):78-97.
- El-Nagger, N. S., Abo-Elmagd, M. H., Ahmed, H. I. (2017). Effect of applying play therapy on children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(5), 104-115.
- Fischer, M., Barkley, R.A., Smallish, L., & Fletcher, K. (2009). Young adult follow-up of hyperactive children: Self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD. *Journal of Abnormal Psychology*, 30, 463-475
- Gallagher, M.H., Rabian. A.B & McCloskey, S.M. (2004). A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 459-479.
- Gooden, D. (2019). *Therapy dolls help memory care patients improve their lives*. <https://kobi5.com/news/therapy-dolls-help-memory-care-patients-improve-their-lives-96509>.
- Guralnick, M.J., Connor, R.T., & Johnson, L. C. (2011). Peer- related social competence of young children with down syndrom. *Journal of Center on Human Development and Disability, University of Washington, AJIDD*, 116(1), 48-64
- Hellström, L. (2019). A Systematic Review of Polyvictimization among Children with Attention Deficit Hyperactivity or Autism Spectrum Disorder. *Int J Environ Res Public Health*, 16(13), 2280.
- Hoseini1, B. H., Ajilian Abbasi, A., Taghizade Moghaddam1, H., Khademi, G.H., Saeidi, M. (2014). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children: A Short Review and Literature. *International Journal of Pediatrics*, 2(4-3)
- Jafari, N; Mohammadi, M. R; Khanbani, M; Farid, S; & Chiti, P. (2011). Effect of play therapy on behavioral problems of mal adjusted preschool children. *Iran journal psychiatry*, 6, 37-42.
- Klingberg T, Forssberg H, Westerberg H. (2002). Training of working memory in children with ADHD. *J Clin Exp Neuropsychol*; 24(6):781-91.
- Knell SM. (2015). *Cognitive-behavioral play therapy*. In: *Hand book of psychotherapies with children and families*. New York: Klu-wer Academic/plenum publishers.P.385-404
- Legoff, D., & Sherman, M. (2006). Long-term outcome of social skills intervention based on interactive LEGO© play. *Journal of autism*, 10 (4), 317- 329.
- Lu L, Petersen F, Lacroix L, Rousseau C. (2010). Stimulating creative play in children with autism through sandplay. *Arts Psychother*; 37: 56-64.
- McGee LV. (2010). *The efficacy of child- centered play therapy with Hispanic spanish- speaking children when conducted by a monolingual english-speaking counselor*. (Dissertation). Texas: A&M University
- Modestin, J., Matutat, B., & Wurmle, O. (2003). Antecedents of opioid dependence and personality disorder: Attentiondeficit/hyperactivity disorder and conduct disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 42-47
- Mokona Lola, H., Belete, H., Gebeyehu, A., Zerihun, A., Yimer, Y., Leta, A. (2019). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among Children Aged 6 to 17 Years Old Living in Girja District, Rural Ethiopia. *Behav Neurol*, 14. doi: 10.1155/2019/1753580.
- Monastara VJ. (2005). Electroencephalographic biofeedback as a treatment for attention deficit hyperactivity disorder: rational and empirical fondation. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*; 14: 55- 82.
- Nigg JT. (2006). *What causes ADHD? Understanding what goes wrong and why*. Guilford Press.
- Ogundele, M. O. (2018). Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians. *World J Clin Pediatr*, 7(1), 9-26.
- Ray D. (2004). Supervision of basic and advanced skills in play therapy. *J Prof Couns: Pract Theory Res*; 32 (2), 28 41
- Ray, D. C; Blanco, P. J; Sullivan, J. M; & Holliman, R. (2009). An exploratory study of child-centered play therapy with aggressive children. *International journal of play therapy*, 18(3), 162-175.
- Rincon HG, Hoyos G, Badiel M. (2014). Group cognitive behavioral therapy for Depression and anxiety in an ambulatory psychoso matic cervice. *J Psychc Res*; 55:111-29
- Sabaghian Rad, L; & Fathi, F. (2014). The effect of school games on aggression in 10-14 years old intellectually disabled girls. *European journal of experimental biology*, 4(5), 129-132.
- Shallice T, Marzocchi GM, Coser S, Del Savio M, Meuter RF, Rumiati RI. (2002). Executive function profile of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Dev Neuropsychol*; 21(1):43-71.
- Spreitzer, G.M. (1995). Psychological empowerment in the workplace: dimensions, measurement, and validation. *Academy Manag J*, 38(5): 1442-1465
- Tiggs PL. (2010). *Play therapy techniques for African American elementary dchool-aged children diagnosed with oppositional defiant disorders (Dissertation)*. Minneapolis: Capella University.
- Toozandeh Jani, H; Beheshtian, E; & Ghajari, E. (2014). A survey on effectiveness of play therapy on mental efficacy of first grade educable mentally retarded students. *International journal of innovative and applied research*, 2(6), 116-125.
- Zentall SS. (2006). *ADHD and education: Foundations, characteristics, methods, and collaboration*. Prentice Hall.