

The Effectiveness of Flortime Play Therapy on Improving the Attitude and Adaptive Behavior of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)

Article Info	Abstract
<p>Authors: Zahra Darvish Damavand¹, Fariborz Dortaj^{2*}, Bahram Ali Ghanbari Hashemabadi³, Ali Delavar⁴</p>	<p>Purpose: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of fluorotime play therapy on improving the behavior and adaptive behavior of children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD).</p> <p>Methods: The quasi-experimental research design was pretest-posttest with a control group. The statistical population of the study consisted of all children aged 9-11 years with attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD) under the auspices of Hazrat Ali Asghar (AS) Clinic in Rey in 2018-19 that 30 people were selected as a statistical sample and divided into two groups. (One experimental group and one control group) were randomly replaced. First, both groups were measured with Barclay Executive Activity Failure Scale (BDEFS-CA), adaptive behavior with the adaptive behavior scale of Limbert et al. (1974). They received 8 sessions of 60-minute fluorotime play therapy. At the end of the course, both groups were tested with the mentioned questionnaires.</p> <p>Findings: The results of analysis of covariance showed that fluorotime play therapy was effective in improving the behavior and adaptive behavior of children with attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD). In this way, fluorotime play therapy reduces executive failure and also reduces behaviors. Unexplained in the experimental group ($p < 0.01$).</p> <p>Conclusion: Considering the effectiveness of fluorotime play therapy on improving the behavior and adaptive behavior of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), fluorescence play therapy can be used as an effective method in attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD) by psychologists. To be placed.</p>
<p>Keywords: Flortime Play Therapy, Country, Adaptive Behavior, Attention Deficit Disorder, Hyperactivity</p>	
<p>Article History: Received: 2020-11-10 Accepted: 2020-12-09 Published: 2021-01-20</p>	
<p>Correspondence: Email: dortajf@gmail.com Phone: Address:</p>	

-
1. PhD Student, Department of Counseling, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.
 2. Professor, Department of Educational Psychology, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran.
(Corresponding Author)
 3. Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University, Mashhad, Iran.
 4. Professor, Department of Measurement, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran.
-

اثربخشی بازی درمانی فلورتایم بر بهبود کنش‌وری و رفتار سازشی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (ADHD)

زهرا درویش دماوندی^۱، فریبرز درتاج^{۲*}، بهرامعلی قنبری هاشم آبادی^۳، علی دلاور^۴

چکیده

هدف: پژوهش حاضر باهدف اثربخشی بازی‌درمانی فلورتایم بر بهبود کنش‌وری و رفتار سازشی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (ADHD) انجام شد.

روش: طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه کودکان ۹-۱۱ ساله مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (ADHD) تحت حمایت درمانگاه حضرت علی‌اصغر (ع) شهری در سال ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل دادند که ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه آماری انتخاب و در دو گروه (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند، ابتدا هر دو گروه با مقیاس نارسایی کنش‌وری اجرایی بار کلی (BDEFS-CA)، رفتار سازشی با مقیاس رفتار سازشی لیمبرت و همکاران (۱۹۷۴) سنجیده شدند سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بازی‌درمانی فلورتایم را دریافت کردند در پایان دوره از هر دو گروه با پرسشنامه‌های ذکرشده پس‌آزمون به عمل آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که بازی‌درمانی فلورتایم بر بهبود کنش‌وری و رفتار سازشی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (ADHD) مؤثر بود به این صورت که بازی‌درمانی فلورتایم، موجب کاهش نارسایی کنش‌های اجرایی همچنین موجب کاهش رفتارهای ناسازش یافته در گروه آزمایش شد ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی بازی‌درمانی فلورتایم بر بهبود کنش‌وری و رفتار سازشی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (ADHD)، بازی‌درمانی فلورتایم می‌تواند به‌عنوان روشی مؤثر در زمینه اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (ADHD) مورد استفاده روانشناسان قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: بازی‌درمانی فلورتایم، کنش‌وری، رفتار سازشی، اختلال نارسایی توجه، بیش‌فعالی

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

^۲ استاد، گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول) dortajf@gmail.com

^۳ استاد گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران

^۴ استاد، گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

مقدمه

از شایع‌ترین اختلالات عصب-تحوالی^۱ دوران کودکی، اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی^۲ (ADHD) است که ناشی از ضعف در بازداری رفتاری است و با سه مشخصه نارسایی توجه^۳، فزون‌کنشی^۴ و تکانشگری^۵ شناخته می‌شود (چنگ، هونگ، هوانگ، هاتفیلد و هونگ^۶، ۲۰۱۴). این اختلال طبق DSM-5، الگوی پایدار عدم توجه ویا فزون‌کنشی است که شدیدتر و شایعتر از آن است که معمولاً در کودکان با سطح تحول مشابه دیده می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). میزان شیوع آن در کودکان در سن ۴ تا ۱۱ سالگی بر اساس آمار انجمن روانپزشکی آمریکا در سال ۲۰۱۱، بین ۶ تا ۱۱ درصد گزارش شده است (ویلاگومز و رامتکار^۷، ۲۰۱۴). این اختلال دارای نشانه‌های بیش‌فعالی، تکانشگری و بی‌توجهی است و رخدادیست که اساساً بر عملکرد شناختی و رفتاری فرد تأثیر می‌گذارد (فارسمن^۸، ۲۰۱۲؛ به نقل از نوری زاده، میکاییلی منیع و رستمی، ۱۳۹۴). این وضعیت برای روانشناسان و روانپزشکان، والدین و معلمان به عنوان معضلی حل‌نشده درآمده است؛ ویژگی‌های اصلی آن یعنی ناتوانی در مهار رفتار، نارسایی توجه، ناتوانی یادگیری، پرخاشگری، مشکلات تحصیلی، بی‌قراری حرکتی و برانگیختگی برای والدین، معلمان و همسالان تحمل‌ناپذیر است (دینین و فیتس جرالده^۹، ۲۰۱۰).

شواهدی از نارسایی کنش‌های اجرایی^{۱۰} در افراد مبتلا به ADHD ارائه شده است (کرمشائی، عابدی و یارمحمدیان، ۱۳۹۳، وانس، وینتر و رنی^{۱۱}، ۲۰۱۱)، کنش‌های اجرایی مهارت‌هایی هستند که در قالب فعالیت‌های تصمیم‌گیری، توجه پایدار، سازماندهی، برنامه‌ریزی، خودآغازگری، خودتأملی و انعطاف‌پذیری در رسیدن به هدف به فرد کمک می‌کنند (صفائیان، علیزاده و فرخی، ۱۳۹۶) برخی از این مؤلفه‌ها توسط گراهام^{۱۲} (۲۰۱۷) به شکل زیر تعریف شده‌اند: ۱- برنامه‌ریزی: توانایی تدوین نقشه راه برای رسیدن به هدف یا تکمیل تکلیف، ۲- سازماندهی: توانایی تنظیم یا قرار دادن اشیاء براساس سیستم، ۳- مدیریت زمان: توانایی برآورد زمان مورد نیاز، اختصاص زمان و رعایت محدودیت‌های زمانی، ۴- حافظه کاری: توانایی نگهداری اطلاعات در ذهن حسن انجام تکالیف پیچیده و ۵- فراشناخت: توانایی نظارت بر کنش‌وری و ارزیابی آن (برای مثال پرسیدن از خود). مطالعات متعدد نشان داده است عملکرد کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در بسیاری از مؤلفه‌های این سازه‌ی مهم تحولی از جمله بازداری، توجه مستمر، حافظه کاری، تفکر انتزاعی و برنامه‌ریزی ضعیف‌تر از کودکان عادی است (نورانی جورجاده، مشهدی، طیبی و خیرخواه، ۱۳۹۵). دلیل بروز نشانه‌های متفاوت نیز اختلاف در میزان نارسایی کنش‌های اجرایی آنهاست (میلتون^{۱۳}، ۲۰۱۰). علاوه‌براین، مطالعات گوناگون، وجود درجاتی از اختلال در عملکرد لوب پیشانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را گزارش کرده‌اند که این اختلال سبب شده آنها در اغلب توانایی‌های مربوط به کنش‌های اجرایی نارسایی داشته باشند و در بیشتر مؤلفه‌های آن تفاوت معنی‌داری با کودکان عادی نشان دهند (نیگ، ۲۰۰۹، بیدرمن، پتی، دوایل، اسپنسر، هندرسون، ماریون^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۸؛ بارکلی، ۲۰۰۶).

همچنین این کودکان دارای ناتوانی رشدی با نقص نشانه‌دار در رفتار سازشی^{۱۵} مشخص می‌شوند (سالتر^{۱۶}، ۲۰۰۲)، رفتار سازشی به میزان انطباق فرد با توقعات محیط و جامعه اشاره دارد و از کودکان و خردسالان انتظار می‌رود با جریان بهنجار

1. Neurodevelopmental disorder

2. Attention deficit/hyperactivity disorder

3. Attention deficit

4. Hyperactivity

5. Impulsiveness

6. Chang, Hung, Huang, Hatfield & Hung

7. Villagomez & Ramtekkar

8. Forssman

9. Dineen & Fitzgerald

10. Executive functions

11. Vance, Winther & Rennie

12. Graham

13. Milton

14. Biederman, Petty, Doyle, Spencer, Henderson & Marion

15. Adaptive behavior

16. Sattler

رشد زبان و کنش‌گذاری شناختی هم‌نوا شوند (سالویا، یسلدیک و وینتر^۱، ۲۰۱۶) به عبارتی مجموعه مهارت‌هایی است که افراد را خودکفا و از لحاظ اجتماعی لایق و شایسته بار می‌آورد (اسپارو، بالا و سیچتی^۲، ۲۰۰۵) اغلب کودکان با نارسایی توجه/بیش‌فعالی به‌علت، مسئولیت‌ناپذیریشان سرزنش می‌شوند و در تصمیم‌گیری با مشکل مواجه می‌شوند و همچنین به خاطر ویژگی‌هایی که دارند از گروه همسالان طرد می‌شوند، در یادگیری مهارت‌هایی که بتوانند دیگران را در اطراف خود نگه دارند، مشکل دارند. این کودکان در روابط بین فردی‌شان، اشتباهات و مسئولیت‌های اعمال خود را نمی‌پذیرند و به همین دلیل است که سرزنش می‌شوند (ماتزا، ماری، دیل، کیمبرلی و اردر^۳، ۲۰۱۷) در واقع این کودکان در مهارت‌های اجتماعی با چالش‌های زیادی مواجه هستند و مهارت‌های اجتماعی آنها ضعیف‌تر از همسالان عادی‌شان است بنابراین مشکلات رفتاری عمده‌ای دارند و در ایجاد رابطه با همسالان و یادگیری در محیط آموزشی ضعیف‌تر از کودکانی هستند که این مهارت را دارند؛ معمولاً کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی مشکلات رفتاری عمده‌ای دارند که سبب ایجاد روابط بین‌فردی ضعیف و رشد اجتماعی نامطلوب می‌شود (عاشوری و دلال زاده، ۱۳۹۷) بنابراین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در موقعیت‌های اجتماعی سازش‌یافتگی پایینی دارند که این امر با طرد شدن توسط همسالان باعث می‌شود در معرض خطرات بیشتری مانند خودکشی و افسردگی، سوء مصرف مواد مخدر، اخراج از مدرسه و شکست تحصیلی، بزهکاری در دوره نوجوانی، جرم و جنایت و موفقیت‌های شغلی پایین در زندگی قرار گیرند (میکامی و هینشا، ۲۰۰۶) این اساس سازگاری و سلوک رفتاری از مهمترین شاخصه‌های درمان کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در درازمدت است (سیدجوادی، برجلی و برجلی، ۱۳۹۲).

مشکلات رفتاری و نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی در دوره انتقال از دبستان به دوره تحصیلی بعدی بیشتر می‌شود (سیبلی، کوکس، کمپز^۴ و همکاران، ۲۰۱۸) و به دلیل تنوع مشکلات مربوط به کودکان ADHD مسلماً امکان آن که یک نوع درمان، به تنهایی بتواند تمام نیازهای درمانی این اختلال را پوشش دهد، وجود ندارد. به همین دلیل، متخصصان اغلب راهبردهای درمانی متعددی را در ترکیب با هم اتخاذ می‌کنند تا هر یک جنبه متفاوتی از مشکلات روانی اجتماعی کودک را مد نظر قرار دهد. هیچ یک از مداخلات درمانی نباید به عنوان شفا‌دهنده این اختلال در نظر گرفته شوند بلکه ارزش آنها در کاهش سطح علائم اختلال و مشکلات رفتاری یا هیجانی مرتبط با آن است (عابدی، جمالی، فرامرزی، آقایی و منیر، ۱۳۹۰). اگر کودکان بیش‌فعال به درستی تشخیص داده نشوند و تحت درمان قرار نگیرند، نتیجه آن است نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی که در معرض خطر ضعف عملکرد تحصیلی، شکست‌های شغلی، پرخاشگری، مشکل در روابط بین فردی و دیگر اختلالات روان‌شناختی مانند سوء مصرف الکل، مواد، افسردگی و اضطراب خواهند بود (بیدرن و همکاران، ۲۰۰۸) لذا رویکردهای درمانی متعددی برای این اختلال مطرح می‌باشد که از آن جمله می‌توان به دارو درمانی و رویکردهای شناختی اشاره نمود. این روش‌ها علیرغم شیوع، مسائل متعددی را در مورد پایدار نبودن اثرات درمانی و یا عوارض جانبی داروها، نمایان ساخته‌اند (اسمیت، بارکلی و شاپیرو^۵، ۲۰۰۶؛ به نقل از حیدری نسب، سادات مدنی، یعقوبی، رستمی و کاظمی، ۱۳۹۵).

بازی‌درمانی از جمله روش‌هایی است که در بین انواع روش‌های توان‌بخشی به لحاظ تربیتی، درمانی، آموزشی و به‌ویژه کاهش مشکلات رفتاری و کسب مهارت‌های اجتماعی ارزش زیادی دارد (هالاهان، کافمن پولن^۶، ۲۰۱۵). بازی‌درمانی یکی از روش‌های درمان مشکلات رفتاری کودکان است که دنیای درونی و بیرونی کودک را به همدیگر مرتبط می‌سازد (جاینه و ری^۷، ۲۰۱۶). بازی فرصتی را به کودکان می‌دهد تا احساسات خود را آزادانه بیان کنند و با استفاده از نمادها، مشکلات خود را در واقعیت جبران کنند و برای آن‌ها راه حل بیابند و موقعیت‌هایی را که ممکن است با آن روبرو شوند از طریق بازی جبران

1. Salvia, Ysseldyke & Witmer

2. Sparrow, Balla & Cicchetti

3. Matza, Mary, Deal, Kimberly & Erder

4. Sibley, Coxe, Campey

5. Smith, Barkley & Shapiro

6. Hallahan DP, Kauffman JM, Pullen

7. Jayne, Ray

کنند. امروزه بازی درمانی و کارکردهای اجرایی و توجه، کانون نظریه های اخیر عصب- روان شناختی کودکان در معرض خطر ناتوانی، به ویژه کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی- کمبود توجه و کودکان ناتوان در یادگیری می باشد (بخشایش و میر حسینی، ۱۳۹۳). بازی درمانی می تواند به صورت فردی و گروهی انجام شود بازی درمانی گروهی یک فرایند روانشناختی و اجتماعی است که در آن کودکان از طریق ارتباط با یکدیگر در اتاق بازی چیزهایی را در مورد خودشان یاد می گیرند. بازی درمانی گروهی برای درمانگر فرصتی را فراهم می کند تا به کودکان کمک کند که چگونه تعارضات را حل نمایند. اهداف کلی از مداخله بازی درمانی گروهی، کمک به مشارکت یادگیری، خود شاهدهی، مسؤولیت، ابراز احساسات، احترام گذاشتن، پذیرفتن خود و دیگران و بهبود رفتارهایی چون مهارت های اجتماعی، عزت نفس و کاهش افسردگی است (صریحی، پورنسایی و نیک اخلاق، ۱۳۹۴). به وسیله بازی می توان به کودکان در درک بهتر افکار و احساساتشان یاری رساند. در بازی کودک کاملا با شخصیت ها و حوادث داستان همراه می شود و آنها را با دیگر واقعیت های زندگی روزمره خود همسان می پندارد. بازی می تواند احساسی از قدرت و کنترل را به کودک بدهد که ناشی از حل مشکلات و مهارت یافتن در تجربیات، ایده ها. مسائل جدید است؛ در نتیجه می تواند به ایجاد اعتماد به نفس و پیشرفت او کمک کند (دروز^۱، ۲۰۰۹؛ ترجمه رضائی، ۱۳۸۹: نقل از قربانی، طالبی، جهاندار و ربانی زاده، ۱۳۹۵). یکی از شیوه های بازی درمانی، بازی درمانی به شیوه فلور تایم است که یک دوره بی ساختار، بازی و گفت و گوی خودجوش است که در آن بزرگسال میل کودک را دنبال می کند؛ والدین به عنوان عوامل درمانی در جلسات درمانی می آموزند که چگونه تعاملات رفت و برگشتی با کودک خود داشته باشند تا هیجانات و تعارضات در ارتباط با کودکشان تعدیل شود (رضایی خشکدزی غزاله، خدابخشی کولایی، ۱۳۹۷). این شیوه نگاهی یکپارچه به توانمندیهای انسان شامل شناخت، زبان، عاطفه و هیجان دارد (دیونه و مارتینی^۲، ۲۰۱۱)؛ به عبارت دیگر هدف اصلی روش درمانی فلور تایم کمک به کودکان در خود تنظیمی، تعامل و توسعه روابط کودک با جهان، مشارکت در روابط دو طرفه عمدی، حل مشکلات پیچیده، داشتن افکار و تفکرات انتزاعی، تفسیر نمادها و رفتارها می باشد (نه ۲۰۱۳)، اما اثر بخشی بازی درمانی فلور تایم بیشتر برای کودکان طیف اتیسم مورد بررسی قرار گرفته است لذا با توجه به مطالب ذکر شده پژوهش حاضر با هدف پاسخگویی به این سوال انجام شد آیا بازی درمانی فلور تایم بر بهبود کنش وری و رفتار سازشی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی (ADHD) موثر است؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی طرح آن پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کودکان ۹-۱۱ ساله مبتلا به اختلال نارسایی توجه /بیش فعالی تحت حمایت درمانگاه شبانه روزی حضرت علی اصغر (ع) شهر ری در نیمه اول سال ۱۳۹۸ تشکیل داد. از میان جامعه آماری فوق براساس روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) با رعایت ملاک های ورود به پژوهش و با جایگزینی تصادفی در گروه های آزمایش و کنترل انتخاب شدند. بدین صورت که از بین کودکان ۹-۱۱ ساله مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی تحت حمایت درمانگاه شبانه روزی حضرت علی اصغر (ع) شهر ری به صورت در دسترس تعداد ۳۰ نفر که واجد شرایط لازم برای ورود به پژوهش بودند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک های ورود به پژوهش شامل: سن ۹-۱۱ سال، ۲. تشخیص اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی با استفاده از مقیاس مشکلات رفتاری کودکان کانرز فرم والدین و مصاحبه بر اساس ملاک های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی^۳، ۳. باسواد بودن حداقل یکی از والدین در حد خواندن و نوشتن و مصرف قرص ریتالین حداقل به مدت ۲ ماه به عنوان درمان دارویی به منظور کنترل تاثیر دارو بود. ملاک خروج از پژوهش نیز شامل: داشتن اختلالات همایند همچون اختلال سلوک و اختلال بی نظمی خلقی ایذایی بود. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش برای گروه کنترل بعد از پژوهش جلسات درمانی برگزار شد. در این مقاله کلیه اصول اخلاقی مورد بررسی قرار گرفت. شرکت کننده گان از اجرای مراحل هدف تحقیق مطلع شدند، فرم رضایت آگاهانه را امضا کردند. همچنین آنها از محرمانه بودن اطلاعات خود اطمینان حاصل کردند علاوه بر این، به آنها اجازه داده شد که هر زمان بخواهند

^۱. Deroz

^۲. Dionne M, Martini R.

مطالعه را ترک کنند و در صورت تمایل، نتایج تحقیق در دسترس آنها خواهد بود. تحلیل داده ها با استفاده از آزمون لوین و تحلیل کواریانس در افزار نرم SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

پس از مراجعه به درمانگاه روزی شبانه حضرت علی اصغر (ع) و انجام هماهنگی های لازم با مسئولان مرکز و کسب اجازه برای انجام پژوهش با همکاری مدیر اجرایی مرکز لیست کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی / نارسایی توجه مراجعه کننده به آن مرکز تهیه شد. سپس، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس با مراجعه به لیست تهیه شده نمونه ای به حجم ۳۰ نفر که واجد شرایط لازم برای ورود به پژوهش بودند، انتخاب شد؛ به این صورت که با والدین آنان تماس گرفته شد و پس از توضیح اهداف پژوهش و جلب رضایت کتبی آنان برای شرکت کودکانشان در پژوهش، کودکانی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شده و برای شرکت در پژوهش از آنها دعوت به عمل مرحله آمد. در مرحله بعدی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی انتخاب شده به صورت تصادفی در گروه های آزمایش و کنترل جایگزین شدند، سپس پرسشنامه های مد نظر بر روی کودکان گروه آنان اجرا شد و گروه آزمایش ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای مداخله ای مبتنی بر بازی درمانی فلور تایم را دریافت نمودند. خلاصه جلسات بازی درمانی فلور تایم:

جدول ۱. شرح جلسات بازی درمانی فلور تایم

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	این جلسه به تشکیل گروه، معارفه، بیان قوانین گروه و برقراری ارتباط مناسب میان درمانگر و کودکان اختصاص می یابد. برای انسجام گروه برخی از فعالیت های پیشنهادی از طرف دانش آموزان مانند ترسیم نقاشی و گفتن طنز و معما توسط اعضا در گروه انجام می گردد
جلسه دوم	در این جلسه به فعالیت های بازی محور از جمله گوشه بازی و نون به یار کباب ببر، جهت غنی سازی روابط و انسجام گروهی و نیز افزایش تحمل پذیری در گروه و پایداری آن ها بر تکالیف پرداخته می شود.
جلسه سوم	در این جلسه فعالیت هایی با محوریت ایجاد بازداری پاسخ و درنگ، توقف پاسخ به محرک های جاری در طول بازی و ایجاد فرصت برای تصمیم گیری جهت پاسخ دادن به محرک های جدید از جمله نوشتن بدون نقطه گذاری انجام شد. ضمن مرور فعالیت ها، جهت تمرین بازداری و برنامه ریزی و درگیر کردن حافظه ی کاری از کودکان خواسته شد تا جملات یا متنی کوتاه را بدون بکار بردن حرف ب بنویسند.
جلسه چهارم	در این جلسه نیز فعالیت هایی با محور تقویت حافظه ی کاری جهت به خاطر سپردن بهتر اطلاعات و کار کردن روی آن ها نظیر، بازی پنهان کردن و جایجا کردن اشیاء و حدس زدن تغییرات انجام شد. در پایان نیز جهت به- کار گرفتن تکنیک ها برای تقویت حافظه از تکنیک یاد یار استفاده شد.
جلسه پنجم	در آغاز جلسه فعالیت های بازی محور باهدف بهبود حافظه ی کاری و به خاطر سپاری اطلاعات دیداری و پردازش آنی اطلاعات در ذهن (انجام محاسبه ذهنی) به صورت کارت هایی که توسط پژوهشگر تهیه شده بود انجام گردید. در پایان بازی هب هب برای بازی با افراد خانواده ارائه گردید.
جلسه ششم	فعالیت های کاغذ قلمی مانند جنگ کاغذی، بازی نمایش خلاق و ایفای نقش با محوریت شناسایی مشکل و شناسایی مراحل برنامه ریزی و بیان خاطرهای از خود که در آن دچار مشکل شدند و برای حل مشکل خود برنامه ریزی کردند با تکنیک ابر فکر ارائه شد
جلسه هفتم	در این جلسه سعی شد از طریق فعالیت های نحوه ی برخورد صحیح با مشکلات و سازمان دهی و برنامه - بازی محور، اشکالات برجسته کودکان رفع شود و به کودکان ریزی درست جهت رفع مشکل آموزش داده شود.
جلسه هشتم	در این جلسه به جمع بندی و مرور تمامی مطالب گفته شده پرداخته شد. به کودکان نیز هدایایی به رسم یادبود اهدا شد.

مقیاس رفتار سازشی لیمبرت و همکاران (۱۹۷۴، به نقل از شهنی بیلاق، ۱۳۷۱): این مقیاس از دو بخش تشکیل شده است که بخش اول آن به مسائل رشد، سنجش مهارت ها و عادات رشدی می پردازد و بخش دوم آن برای سنجش رفتارهای ناسازگار مربوط به شخصیت و اختلالات رفتاری طرح ریزی شده است. این بخش از مقیاس رفتار سازشی توسط شهنی بیلاق (۱۳۷۱) ترجمه شده و پس از ویرایش ماده های مقیاس روی ۱۵۰۰ دانش آموز دبستانی شهرستان اهواز هنجاریابی شد، مقیاس اصلاح شده شامل ۱۵۸ ماده و ۱۱ خرده مقیاس می باشد. این مقیاس برای تعیین رفتار سازشی دانش آموز توسط معلم تکمیل

می‌گردد و از ۳۸ سؤال دو گزینه‌ای (گاهی اوقات، مکرراً) تشکیل شده است. مولفه های پرسشنامه: -رفتار خشونت‌آمیز و مخرب^۱ (مانند تهدید می‌کند یا آزار جسمی می‌رساند). ۲- رفتار ضداجتماعی^۲ (مانند فعالیت‌های دیگران را برهم می‌زند). رفتار طغیانی^۳ (مانند قوانین یا کارهای عادی معین را نادیده می‌گیرد). ۴- رفتار غیر قابل اعتماد^۴ (مانند اموال دیگران را بدون اجازه برمی‌دارد). ۵- کناره‌گیری^۵ (مانند برای مدت زیادی در یک حالت می‌نشیند). ۶- رفتار قالبی و اطوار عجیب^۶ (مانند قسمتی از بدنش را دائم تکان می‌دهد یا می‌چرخاند). ۷- رفتارهای اجتماعی نامناسب^۷ (مانند هنگام صحبت کردن به دیگران خیلی نزدیک می‌شود). ۸- عادات صوتی ناپسند^۸ (مانند بی‌مورد می‌خندد). ۹- عادات ناپسند یا عجیب^۹ (مانند همه چیز را بو می‌کند). ۱۰- گرایش بیش‌فعالی^{۱۰} (مانند لحظه‌ای آرام نمی‌نشیند). ۱۱- آشفتگی‌های روانی^{۱۱} (مانند توانایی‌های خود را بیشتر از آنچه هست تخمین می‌زند). شهنی ییلاق (۱۳۷۱) روایی مقیاس مذکور را با استفاده از روش ملاکی همزمان با ضرایب همبستگی ۰/۵۲ و ۰/۶۲ در سطح $p < 0/001$ معنی‌دار گزارش نمود. در پژوهشی باقری شیخلو (۱۳۸۴) روایی این مقیاس را با استفاده از روش ملاکی همزمان تعیین نمود. برای این منظور دو فرم یک و دو تهیه نمود. فرم یک از ۱۱ ماده (یک ماده برای هر حیطه) و فرم دو از ۲۹ ماده (دو یا چند ماده برای هر حیطه) که سازه‌های حیطه‌ی فرعی را بر اساس یک ملاک هفت درجه‌ای می‌سنجد. ضرایب اعتبار آزمون از طریق ضریب همبستگی فرم اصلی با فرم یک و دو مورد استفاده در اعتباریابی ۰/۵۵ و ۰/۶۰ به دست آورد که هر دو در سطح $p < 0/01$ معنی‌دار بوده است. شهنی ییلاق (۱۳۷۱) با استفاده از روش تنصیف ضریب ۰/۸۰ را برای مقیاس رفتار سازشی به‌دست آورده است. ابراهیمی (۱۳۷۲) برای تعیین پایایی مقیاس رفتار سازشی، با استفاده از روش دو نیمه کردن آزمون (فرد و زوج) و با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ، ضریب پایایی ۰/۶۷ بدست آورده است. زرشن زمان‌پور (۱۳۸۰) نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ضریب پایایی ۰/۸۶ را برای آن به دست آورد. همچنین، باقری شیخلو (۱۳۸۵) ضرایب پایایی مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۹۱ به دست آورده است. بهرامیان (۱۳۹۲) در پژوهش خود، ضریب پایایی این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آورد. همچنین، ضرایب اعتبار به روش تنصیف (اسپیرمن-براون و گاممن) برای کل مقیاس رفتار سازشی ۰/۸۴ و ۰/۸۴ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر ضریب اعتبار ۰/۸۸ گزارش شده است.

نارسایی کنش‌وری اجرایی بارکلی (BDEFS- CA)^{۱۲}: این پرسشنامه دارای ۸۹ سؤال می‌باشد که توسط بارکلی (۲۰۱۲) طراحی و ساخته شده است که دارای پنج زیرمقیاس یا زیرمجموعه ی می‌باشد. امتیازات بالا در هر مقیاس می‌تواند علامت نقص در آن حیطه از کارکرد اجرایی در فعالیت‌های روزانه باشد. یکی از اهداف اولیه ی تفسیر هر مقیاس در یک گزارش بالینی بر اساس روایی صوری آن زیر مقیاس است. آزمون گیرنده می‌تواند مفهوم امتیاز هر مقیاس را با توجه به اسمی که به آن داده شده است به درستی تفسیر نماید (مثلاً خود-مدیریتی زمان و خود سازمان دهی و حل مسأله). این تفسیر با انتخاب پرسش‌هایی از آن زیر مقیاس که فرد به آن‌ها پاسخ داده است و بیان مستقیم این پرسش‌ها در آن بخش از گزارش به عنوان مفهوم آن مقیاس تسهیل شود (بارکلی، ۲۰۱۲). روش نمره گذاری پرسشنامه به شیوه لیگرت است. به پاسخ «هرگز یا به ندرت» نمره ۱ و به پاسخ «اکثر اوقات» نمره ۴ تعلق می‌گیرد. نمرات افراد از جمع هر یک از این خرده مقیاس‌ها بدست می‌آید. امتیازات بالا در هر مقیاس می‌تواند علامت نقص در آن حیطه از کارکرد اجرایی در فعالیت‌های روزانه باشد. بارکلی برای تعیین روایی همگرا از پرسشنامه مقیاس خود گزارش دهی ADHD بزرگسالان که شامل ۳ زیرمقیاس و ۱۸ سؤال می‌

1. Violent and desruptive behavior

2. Antisocial behavior

3. Outburst behavior

4. Untrustworthy behavior

5. Withdrawal

6. Stereotyped behavior and odd manners

7. Inappropriate social behavior

8. Unacceptable vocal habits

9. Unacceptable of eccentric habit

10. Hyperactive tendencies

11. Psychological disturbance

12. Barkley deficits in executive functioning scale- children and adolescents (bdefs- ca)

باشد و از روایی و اعتبار مناسبی برخوردار است همچنین نتایج تحلیل عاملی تاییدی نشان داد که تمامی ۸۹ سوال از بار عاملی مناسبی برخوردار هستند و هیچ یک از سوالات حذف نشدند و هر پنج زیر مقیاس تایید شدند تحلیل عامل اکتشافی گوپه ها را در پنج عامل همانند پرسش نامه اصلی دسته بندی کرد. پایایی پرسشنامه نیز به روش آلفای کرونباخ محاسبه و مقدار آن ۰/۹۸ بدست آمد. علاوه بر این، نتایج تحلیل تمایزات نشان داد که میزان حساسیت (BDEFS) با نقطه برش ۲۳۲ برای تشخیص نقص های کارکرد اجرایی بزرگسالان ۸۰ درصد و میزان ویژگی این پرسشنامه ۱۰۰ درصد می باشد. تعیین سازه ی عاملی پرسشنامه مقیاس کارکردهای اجرایی بارکلی قادر است ۵۵/۳۷ درصد واریانس را تبیین کند (ریبعی، ۱۳۹۴). تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس با رعایت پیش فرض ها (آزمون کالموگراف اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده ها، آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس های متغیرها و آزمون باکس جهت بررسی همگنی ماتریس های واریانس کوواریانس) در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها

میانگین سنی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی بیش در گروه آزمایش ۱۰ سال و ۶ ماه و در گروه کنترل ۱۰ سال و ۸ ماه بود در هر دو گروه آزمایش و کنترل درصد بیشتری ۱۰ سال داشتند. همچنین، اکثریت کودکان هر دو در خانواده های دو فرزندی زندگی می کردند که اکثراً آنان، فرزند اول خانواده نیز بودند. تحصیلات مادر اکثریت کودکان دو گروه آزمایش و کنترل دیپلم بود و مادرهای اکثریت کودکان دو گروه خانه دار بودند. تحصیلات پدر اکثریت کودکان گروه آزمایش زیردیپلم و دیپلم بود، در حالی که در گروه کنترل پدرهای اکثریت دانش آموزان فوق دیپلم بودند و پدرهای اکثریت کودکان دو گروه شاغل بودند.

همان طور که در جدول (۱) ملاحظه می شود، در مرحله پیش آزمون، میانگین و انحراف معیار نارسایی کنش های اجرایی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی (ADHD) گروه مداخله بازی درمانی فلورتایم $128 \pm 13/53$ ، در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی (ADHD) گروه کنترل $128/01 \pm 13/09$ می باشد؛ ولی در مرحله پس آزمون، میانگین و انحراف معیار نارسایی کنش های اجرایی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی (ADHD) گروه مداخله بازی درمانی فلورتایم $117/93 \pm 12/23$ ، در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی (ADHD) گروه کنترل $128 \pm 11/19$ به دست آمد. این روند تغییر میانگین در گروه های آزمایش و کنترل در مورد رفتارهای سازش نیافته، نیز صدق می کند. بدین صورت که در مرحله پیش آزمون، میانگین و انحراف معیار رفتارهای سازش نیافته کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی (ADHD) گروه مداخله بازی درمانی فلورتایم $355/60 \pm 19/07$ ، در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی (ADHD) گروه کنترل $353/93 \pm 12/15$ می باشد؛ ولی در مرحله پس آزمون، میانگین و انحراف معیار رفتارهای سازش نیافته کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی (ADHD) گروه مداخله بازی درمانی فلورتایم $298/13 \pm 24/43$ ، در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی (ADHD) گروه کنترل $356/40 \pm 14/83$ به دست آمد.

جدول ۲. آمار توصیفی نارسایی کنش های اجرایی، رفتارهای سازش نیافته گروه ها در مراحل اندازه گیری

گروه مطالعه				مرحله اندازه گیری	متغیر
گروه کنترل		گروه بازی درمانی فلورتایم			
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۱۳/۰۹	۱۲۸/۰۱	۱۳/۵۳	۱۲۸	پیش آزمون	نارسایی کنش های اجرایی
۱۱/۱۹	۱۲۸	۱۲/۲۳	۱۱۷/۹۳	پس آزمون	
۱۲/۱۵	۳۵۳/۹۳	۱۹/۰۷	۳۵۵/۶۰	پیش آزمون	رفتارهای سازش نیافته
۱۴/۸۳	۳۵۶/۴۰	۲۴/۴۳	۲۹۸/۱۳	پس آزمون	

در ادامه به منظور تحلیل استنباطی یافته های پژوهش از آزمون آماری تحلیل کواریانس استفاده گردید. قبل از استفاده از آزمون تحلیل کواریانس باید برخی از پیش فرض های مهم این آزمون آماری مورد بررسی قرار بگیرد، چرا که عدم رعایت این مفروضه ها ممکن است نتایج تحقیق را با سوگیری همراه سازد. برای این منظور از آزمون کالموگراف اسمیرنف جهت بررسی

نرمال بودن توزیع داده و در متغیرهای پژوهش، از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس های متغیرهای پژوهش در جامعه و از آزمون باکس جهت بررسی همگنی ماتریس های واریانس کوواریانس، استفاده شد که نتایج این آزمون ها معنی دار نبود $P \geq 0/05$ همچنین بررسی همگنی شیب خط رگرسیون نیز از معنی دار نبودن تعامل شرایط و پیش آزمون حمایت نمود ($P \geq 0/05$) در نهایت معنی دار شدن آزمون کرویت بارلت حاکی از عدم وجود همخطی چندگانه بین متغیر های همپراش (پیش آزمون) و در نتیجه وجود همبستگی متعارف هم پراش ها بود بنابراین مفروضه ها رعایت شده و استفاده از کواریانس بلا مانع بود.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس روی میانگین پس آزمون نارسایی کنش های اجرایی گروه آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

متغیر	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	p	Eta (اندازه اثر)	توان آماری
نارسایی کنش های اجرایی	۷۶۰/۰۳	۱	۷۶۰/۰۳	۱۱/۸۰**	۰/۰۰۲	۰/۳۰	۰/۹۱

$p < 0/05^*$, $p < 0/01^{**}$

همان طوری که در جدول ۲ مشخص است، با کنترل پیش آزمون بین گروه بازی درمانی فلورتایم و گروه کنترل از لحاظ نارسایی کنش های اجرایی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/01$). به عبارت دیگر، بازی درمانی فلورتایم با توجه به میانگین نارسایی کنش های اجرایی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش نارسایی کنش های اجرایی در گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۳۰ می باشد. به عبارت دیگر، ۳۰٪ تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون نارسایی کنش های اجرایی مربوط به تأثیر بازی درمانی فلورتایم می باشد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس روی میانگین پس آزمون رفتارهای سازش نیافته گروه آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

متغیر	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	p	Eta (اندازه اثر)	توان آماری
رفتارهای سازش نیافته	۲۵۲۳۳/۱۰	۱	۲۵۲۳۳/۱۰	۶۰/۰۱**	۰/۰۰۰	۰/۶۹	۱

$p < 0/05^*$, $p < 0/01^{**}$

همان طوری که در جدول ۳ مشخص است، با کنترل پیش آزمون بین گروه بازی درمانی فلورتایم و گروه کنترل از لحاظ رفتارهای ناسازش یافته تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/01$). به عبارت دیگر، بازی درمانی فلورتایم با توجه به میانگین رفتارهای ناسازش یافته گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش رفتارهای ناسازش یافته در گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۹ می باشد. به عبارت دیگر، ۶۹٪ تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون رفتارهای ناسازش یافته مربوط به تأثیر بازی درمانی فلورتایم می باشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی بازی درمانی فلورتایم بر بهبود کنش وری و رفتار سازشی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی بود. نتایج تحلیل کواریانس حاکی از اثربخشی بازی درمانی فلورتایم بر بهبود کنش وری و افزایش رفتار سازشی کودکان، مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی بود. نتایج به طور کلی همسو با پژوهش های، رضایی خشکذری و خدابخشی کولایی (۱۳۹۷)، عالی و یزدی (۲۰۱۷) و سولومون، نچلز، فرچ و بروکمن (۲۰۰۷) بود.

در تبیین این فرضیه می توان گفت بازی درمانی، مهارت های پیش اجتماعی را تقویت می کند و مشکلات مربوط به مهارت های زندگی روزمره را کاهش می دهد. علاوه بر این منجر به تقویت مهارت های رفتاری و هیجانی می شود، در واقع، بازی درمانی رویکردی ساختارمند است که فرایندهای یادگیری و ارتباط طبیعی کودکان را پایه ریزی می کند. درمانگران از طریق بازی به کودکانی که مشکلات رفتاری زیادی دارند یا مهارت های اجتماعی آن ها ضعیف است رفتارهای سازگارانه تری را می آموزند

کودکان می‌توانند از طریق بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری، احساسات منفی و مثبت خود را آشکار سازند و تخلیه روانی شوند (مورال، سبیل و نیل^۱، ۲۰۱۸). در این رویکرد، اندیشه‌های ناهمخوان همراه با مشکلات رفتاری شناسایی و اصلاح می‌شوند. در حقیقت تغییراتی در فرایندهای شناختی کودک به وجود می‌آید که بر مشکلات رفتاری آن‌ها تأثیر مطلوبی می‌گذارد (عاشوری و دلال زاده، ۱۳۹۷).

در تبیین اثربخشی بازی‌درمانی فلور تایم بر بهبود کنش‌وری کودکان، مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌توان گفت درمان فلور تایم یک درمان کودک محور است و تحول هیجانی کودک را مورد هدف قرار می‌دهد و ناتوانی کودک در برقراری روابط صمیمانه و نزدیک، تبادل اشاره‌های هیجانی به شیوه‌ای پیوسته و به کارگیری واژه‌ها و نمادها همراه با قصد هیجانی، به عنوان نشانه‌های اولیه و هدف اصلی درمان است که در نتیجه‌ی بهبودی آن‌ها نشانه‌های رفتاری نیز کاهش می‌یابد. در این پژوهش و بر این اساس که درمان فلور تایم یک رویکرد کودک محور است، درمانگران در بازی که کودک به آن علاقه مند بود، مشارکت کرد و درگیر شد و تلاش درمانگر این بود در این فرایند پنجره‌های ارتباطی خود را نیز با کودک باز کنند این کار به کودک کمک کرد تمرکز کردن را یاد بگیرد و برای افزایش توجه و بهبود مهارت‌های اجتماعی با دیگرانی که در اطراف او هستند تعامل برقرار کند.

در تبیین اثربخشی بازی‌درمانی فلور تایم بر بهبود رفتار سازشی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌توان گفت جنبه بارز این مطالعه، فراهم کردن زمینه آموزش مراقب کودک به همراه کودک خود و دادن بازخورد به مادر و اصلاح رفتار او بود. هم‌چنین این مطالعه با توجه به نتایج آن شواهدی فراهم نمود که مداخله بازی‌درمانی فلور تایم می‌تواند مداخله‌ای مؤثر و اثربخشی برای مراقبین کودک باشد. درک احساس پرخاشگری بخش مهمی از فرآیند رشد هیجانی کودکان می‌باشد و اگر از کنترل خارج شود و خود کودک یا دیگران مورد هدف پرخاشگری قرار گیرند مشکل ساز خواهد بود؛ بنابراین با افزایش روابط اجتماعی میتوان پرخاشگری را در این کودکان کاهش داد، در بازی‌درمانی فلور تایم و در قالب کارهایی که کودک دوست دارد (مانند بازی کردن) مهارت‌های اجتماعی دیگر به او آموزش داده شد. این برنامه‌های درمانی براساس افزایش تعامل بین کودک و بزرگسالان طرح ریزی شد، بنابراین تعاملات کودک و رشد عاطفی و اجتماعی کودک و به دنبال آن رفتارهای سازشی افزایش یافت.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که یافته‌ها فقط قابل تعمیم به کودکانی است که ملاک‌های ورود به این پژوهش را دارا بوده‌اند و برای افرادی که از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی و ملاک‌های ورود، متفاوت از شرکت‌کننده‌گان پژوهش حاضر هستند، قابلیت تعمیم ندارد؛ همچنین در پژوهش حاضر به دلیل محدودیت زمانی دوره پیگیری انجام نشد لذا پایداری اثر در طول زمان مورد بررسی قرار نگرفت، بنابراین پیشنهاد می‌شود محققان آتی بازی‌درمانی فلور تایم را در جمعیت مختلف و با حجم نمونه بیشتری با دوره پیگیری بررسی شود تا تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد و پایداری اثر در طول زمان بررسی شود در نهایت، در نظر نگرفتن کیفیت و چگونگی تأثیر عوامل فرهنگی و قومی که در بروز مشکلات و نارسایی‌ها دخیل یا بسترساز می‌باشند لحاظ نگردیده است. با توجه به اثربخشی بودن بازی‌درمانی فلور تایم بر بهبود کنش‌وری و رفتار سازشی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی پیشنهاد می‌گردد مشاوران و معلمان کودکان استثنایی و روانشناسان و روانپزشکان مراکز و کلینیک‌های روان‌درمانی این روش درمانی را در برنامه‌های مداخله‌ای کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه مورد توجه قرار دهند.

¹. Mora, Sebill, Neill

References

- Abedi A, Jamali S, Faramarzi S & et al. (2011). Comprehensive meta-analysis of common interventions in attention deficit hyperactivity disorder. *Contemporary Psychology*; 7(1):34-17. [[Link](#)] [In Persian]
- Ashori M, Dallalzadeh Bidgoli F. (2018). The Effectiveness of Play Therapy Based on Cognitive-Behavioral Model: Behavioral Problems and Social Skills of Pre-School Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Jrehab*; 19 (2):102-115. [[Link](#)] [In Persian]
- Bakhshayesh A, Mirhosseini R. (2015). Effectiveness of Play Therapy on the Reduction of Children's Severity Symptoms with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Promotion of Their Academic Performance. *Sjimu*; 22(6):1-13. [[Link](#)] [In Persian]
- Barkley RA. (2006). *Barkley Deficits in Executive Functioning Scale-Children and Adolescents (BDEFS-CA)*. New York: Guilford Press. [[Link](#)]
- Biederman J, Petty CR, Doyle AE, Spencer T & et al. (2008). Pediatric psychopharmacology program of the psychiatry department. *Developmental Neuropsychological*; 33:44-61. [[Link](#)]
- Chang YK, Hung CL, Huang CJ, Hatfield BD & et al. (2014). Effects of an aquatic exercise program on inhibitory control in children with ADHD: A preliminary study. *Archives of Clinical Neuropsychology*; 29(3):217-223. [[Link](#)]
- Dineen P, Fitzgerald M. (2010). P01- 192 Executive functions in routine childhood ADHD assessment. *Journal of European Psychiatry*; 25(1):402-418. [[Link](#)]
- Dionne M, Martini R. (2011). Floor time play with a child with autism: a single-subject study. *Can J Occup Ther*; 78(3):196-203. [[Link](#)]
- Ghorbani Ashin Y, Talebi Gh, Jahandar B & et al. (2015). The effectiveness of play therapy on reducing the symptoms of hyperactivity disorder and lack of attention in primary school children. *Development of Jundishapur Education*; 7:58-53. [[Link](#)] [In Persian]
- Graham S. (2017). Attention-deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Learning Disabilities (LD), and executive functioning: Recommendations for future research. *Contemporary Educational Psychology, in press*. [[Link](#)]
- Haji Seyed Javadi T, Borjali M, Borjali A. (2014). Effectiveness of Barkley's behavioral parent training in reducing symptoms of children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Qazvin Univ Med Sci*; 17 (6):47-52. [[Link](#)] [In Persian]
- Hallahan DP, Kauffman JM, Pullen PC. (2015). *Exceptional learners: An introduction to special education*. New York: Pearson. [[Link](#)]
- Heydarinasab L, Madani AS, Yaghoubi H & et al. (2016). The effectiveness of neurofeedback with computerized training in improving working memory in adults with attention deficit disorder/hyperactivity. *Yafte*; 18(1):101-112. [[Link](#)] [In Persian]
- Jayne KM, Ray DC. (2016). Child-centered play therapy as a comprehensive school counseling approach: Directions for research and practice. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*; 15(1):5-18. [[Link](#)]
- Karamshahi A, Abedi A. (2014). Development of executive functioning in children with attention deficit/hyperactivity disorder and normal children: from preschool to the end of primary school. *Developmental Psychology*; 11(42), 209-218. [[Link](#)] [In Persian]
- Matza LM, Mary K, Deal L, Kimberly F & et al. (2017). Challenges of Developing an Observable Parent-Reported Measure: A Qualitative Study Of Functional Impact Of ADHD In Children. *Journal Value in Health*; 20:828 – 833. [[Link](#)]
- Mikami AY, Hinshaw SP. (2006). Resilient adolescent adjustment among girls: Buffers of childhood peer rejection and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*; 26:823–837. [[Link](#)]
- Milton, H. (2010). Effects of a Computerized Working Memory Training Program On Attention, Working Memory, and Academics, In Adolescents with Severe ADHD/LD. *Psychology journal*, 1(14), 120–122. [[Link](#)]

- Mora L, Seville K, Neill L. (2018). An evaluation of play therapy for children and young people with intellectual disabilities. *Research and Practice in Intellectual and Developmental Disabilities*; 1-14. [[Link](#)]
- Nee JE. (2013). Behavior & Developmental Treatment Models for Autism Spectrum Disorders: Factors Guiding Clinician Preference and Perceptions. University of St. Thomas & St. Catherine University; 238-50. [[Link](#)]
- Nigg JT. (2009). What causes ADHD? Understanding what goes wrong and why. New York: The Guilford Press. [[Link](#)]
- Noorani Jurjadeh SR, Mashhadi A, Tabibi Z & et al. (2016). Effectiveness of Executive Functions Training Based on Daily Life on Executive Functioning in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Advances in Cognitive Sciences*; 18(1):68-78. [[Link](#)] [In Persian]
- Nourizade N, Mikeeli Manee F, Rostami R. (2015). The effectiveness of neurofeedback training on cognitive processing in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of School Psychology*; 4(3):119-136. [[Link](#)] [In Persian]
- Rezaee Khoshkzari G, Khodabakhshi Koolae A. (2018). The Effectiveness of Floor time Play on Anxiety in children with Asperger disorder and burden among their mothers (a single case study). *JPEN*; 4(4):50-59. [[Link](#)] [In Persian]
- Safaiean E, Alizadeh H, Farrokhi N. (2017). Prediction of executive functions of planning and self-control in children with attention deficit/ hyperactivity disorder based on parenting styles. *Psychological sciences*; 16(63):385-370. [[Link](#)] [In Persian]
- Salvia J, Ysseldyke J, Witmer S. (2016). Assessment in Special and Inclusive Education, 13th Edition. Boston:Houghton Mifflin. [[Link](#)]
- Sarihi N, Pournesaee Gh S, Nik Akhlagh M. (2015). The effectiveness of group play therapy on behavioral problems of preschool children. *Journal of Cognitive Analytical Psychology*; 6(23):35-41. [[Link](#)] [In Persian]
- Sattler JM. (2002). Assessment of Children: Behavioral and Clinical Applications. Publisher: Jerome M Sattler. [[Link](#)]
- Sibley MH, Coxe SJ, Campey M, Morley & et al. (2018). High versus low intensity summer treatment for ADHD delivered at secondary school transitions. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*; 47(2):248-65. [[Link](#)]
- Sparrow SS, Balla DA, Cicchetti DV. (2005). Vineland adaptive behavior scales: Survey forms manual. AGS Publ. [[Link](#)]
- Vance A, Winther J, Rennie K. (2012). Management of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: The importance of psychological and medication treatment. *Journal of Pediatrics and Child Health*; 48(2):33-37. [[Link](#)]
- Villagomez A, Ramtekkar U. (2014). Iron, Magnesium, Vitamin D, and Zinc Deficiencies in Children Presenting with Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Children 1*; 261-279. [[Link](#)]