

اثر بخشی بازی درمانی گروهی بر کاهش اختلالات رفتاری و پرخاشگری کودکان پیش دبستانی دارای اختلالات بیش فعالی

مهرداد ثابت^۱، نظام هاشمی^۲، فاطمه جعفری^۳

^۱ عضو هیئت علمی گروه روان شناسی، روان شناسی، آزاد اسلامی، رودهن، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه علوم انتظامی امین

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات - تهران - ایران

چکیده

هدف پژوهش حاضر، اثر بخشی بازی درمانی گروهی بر کاهش اختلالات رفتاری و پرخاشگری کودکان پیش دبستانی دارای اختلالات بیش فعالی بود. این پژوهش از نوع مطالعات شبه تجربی بوده که با طرح پیش آزمون، پس آزمون به همراه گروه کنترل می باشد. برای رسیدن به این هدف جامعه آماری آن شامل تمامی کودکان پیش دبستانی دارای نشانه هایی بیش فعالی مناطق یک الی پنج تهران می باشد. حجم نمونه با توجه به ماهیت شبه آزمایشی پژوهش و با استفاده از جدول کوهن تعداد ۱۶ نفر که از این تعداد، با توجه به اهداف و فرضیه تحقیق ۸ نفر مربوط به گروه کودکان دارای نشانه های بیش فعالی و ۸ نفر کودک عادی انتخاب شدند. در این پژوهش پرسش نامه مشکلات رفتاری راتر (۱۹۸۱)، پرسش نامه پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲) و پرسش نامه نشانه هایی بیش فعالی کانرز (۱۹۹۹) و مداخله آموزشی بازی درمانی گروهی ۸ جلسه ای ۴۵ دقیقه ای بر روی گروه نمونه اجرا شد. با توجه به ساختار پژوهش و ارزیابی پیش آزمون و پس آزمون، داده ها از طریق آمار توصیفی و آمار استنباطی تجزیه و تحلیل شد و جهت انجام تمام امور تحلیل آماری از نرم افزار SPSS ورژن ۲۲ استفاده گردید. نتایج پژوهش نشان داد که بین میانگین متغیرهای اختلالات رفتاری و پرخاشگری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد یعنی با حذف تأثیر نمرات پیش آزمون بین میانگین تعدیل شده اختلالات رفتاری و پرخاشگری بر حسب گروه در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته ها می توان گفت بازی های گروهی در پس آزمون باعث کاهش نمرات در پرسش نامه اختلالات رفتاری و پرخاشگری شده است.

واژه های کلیدی: بازی درمانی گروهی، کاهش اختلالات رفتاری، پرخاشگری، نشانه های بیش فعالی.

مقدمه

اختلال کم توجهی- بیش فعالی یک کم توانی و اختلال رفتاری - رشدی است و به این معناست که فرد مبتلا برای متمرکز کردن توجه خود دچار مشکل است. این دشواری در تمرکز می تواند در شرایط گوناگون جلوه های گوناگون داشته باشد. عادی-ترین نوع آن به شکل دشواری در تمرکز، دشواری در کنترل رفتارهای ناگهانی و بیش از حد فعال بودن جلوه گر می شود. نوع کمتر عادی آن این است که فرد مبتلا دچار مشکل تمرکز پیدا کردن است اما حرکات پیش بینی نشده انجام نمی دهد. (اسبقی، ارجمندنی؛ رحمانیان و اسبقی، ۱۳۹۵). دوران کودکی از مهم ترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد پایه ریزی می شود و شکل می گیرد. اغلب اختلالات و ناسازگاری های رفتاری پس از این دوران ناشی از کمبود توجه به دوران حساس کودکی و عدم هدایت صحیح در روند رشد و تکامل است. این بی توجهی منجر به عدم سازش و انطباق با محیط و بروز انحرافات گوناگون در ابعاد مختلف برای کودک می شود (کهریزی، مرادی و مؤمنی، ۱۳۹۴). کودکان و نوجوان امروز، آینده سازان فردا هستند و بدیهی است که سلامتی جسمی و روانی آنها، نه تنها در شادابی و نشاط و پیشرفت تحصیلی امروزشان مؤثر است، بلکه در شکل گیری آینده جامعه نیز نقش مهم و اساسی دارد. بنابراین، سلامت کودکان در سیاست های بهداشتی بسیاری از کشورها، از اهمیت و اولویت بالایی برخوردار است. مطالعات متعددی نشان داده اند که سلامت جسمی کودکان، ارتباط مستقیمی با سلامت روانی آنان دارد. همچنین نشانه های مشکلات رفتاری می تواند بر ارتباطات اجتماعی و پیشرفت تحصیلی و عملکرد کودکان اثرات منفی و مخربی بر جا می گذارد (هارلند و همکاران، ۲۰۱۰). در این خصوص بررسی های راتر (۱۹۷۷) بر روی دانش آموزان انگلیسی را می توان نقطه عطفی در پژوهش های روانی کودکان به حساب آورد. نتایج تحقیقات یاد شده نشان داده است که علی رغم بهبود وضع زندگی و نیز ازدیاد سریع مؤسسات و خدمات اجتماعی در اکثر کشورهای جهان، مشکلات رفتاری و روانی کودکان و نوجوانان با سرعت و آهنگ بیشتری افزایش می یابد؛ لذا توجه جدی به مسائل روانی کودکان، به-خصوص از جهت تجارب و یادگیری های دوران کودکی، به عنوان مهم ترین تعیین کننده شخصیت و سلامت افراد در دوران بزرگسالی، تقریباً توسط همه مکاتب فکری حاکم بر روان شناسی و روان پزشکی در قرن بیستم مورد تأکید قرار گرفته است (نصرالهی و تمدنی، ۱۳۹۷). نشانه های مشکلات رفتاری به کلیه رفتارهای غیرعادی، تکراری و آزار دهنده مانند ناخن جویدن، کندن مو، مکیدن شست، تیک، پر خاشگری، اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی، سوء مصرف مواد، کم توجهی، بیش فعالی و... اطلاق می شود که باعث اختلال در عملکرد اجتماعی، یادگیری، ارتباطات و پیشرفت تحصیلی فرد می شود (جاری و همکاران، ۱۳۹۵). پس از چندین دهه پژوهش در زمینه روان شناسی مرضی و برخلاف باور ابتدایی، نشان داده شد که کودکان و نوجوانان نیز در معرض خطر ابتلای به اختلالات روانی قرار دارند و در مجموع بین ۱۴ تا ۲۴ درصد از کودکان و نوجوانان با انواع مشکلات و نشانه های مشکلات رفتاری و هیجانی دست به گریبانند. اختلالات روان پزشکی نه تنها خود فرد، بلکه خانواده و

جامعه را نیز دچار مشکل می‌کند. نشانه‌های مشکلات رفتاری در جوامع مختلف شیوع نسبتاً یکسانی دارد. بسیاری از کودکان در دوران بزرگسالی تا حدود زیاد و به‌طور کلی برطرف می‌شود؛ ولی در تعدادی از موارد اختلال در بزرگسالی نیز ادامه می‌یابد (پور واحد و امیری، ۱۳۹۶). تاکنون طبقه‌بندی مختلفی از نشانه‌های مشکلات رفتاری ارائه شده است و برخی از محققان نشانه‌های مشکلات رفتاری را به دو دسته بزرگ تقسیم کرده‌اند: ۱- نشانه‌های مشکلات رفتاری درونی‌سازی^۱ از قبیل اضطراب و افسردگی که از دنیای درون فرد نشأت می‌گیرد و با تعارض‌های روانی و هیجانی همراه است؛ ۲- نشانه‌های مشکلات رفتاری برونی‌سازی^۲ که مشتمل بر موضوعات مرتبط با مشکلات فرد با دیگران است (ستاری و همکاران، ۱۳۹۶). در سبب‌شناسی این اختلال فرضیه‌های متعددی ابراز شده، ولی یک فرضیه واحد توجیه‌کننده نیست. فرضیه‌هایی که هر یک وجهی از علت رفتارهای ناهنجار کودکان و نوجوانان نظیر سن خاص نوجوانی، مصرف مواد مخدر، استرس‌های شغلی والدین، در دسترس نبوده والدین، والدین دچار اختلالات روان‌پزشکی، سیگار کشیدن والدین، اعتیاد والدین، خانواده‌های آشفته، افسردگی شدید مادر، حوادث استرس‌آمیز زندگی، اختلالات شخصیت ضداجتماعی را مطرح کرده‌اند (ارجمندنی، ملکی و غیاثی، ۱۳۹۶) همچنین والدینی که یک کودک با نشانه‌های مشکلات رفتاری دارند، اغلب واکنش‌های مختلفی نسبت به این کودک نشان می‌دهند، این واکنش‌ها می‌تواند شامل احساس افسردگی، خشم، یأس، ناامیدی و درماندگی، وابستگی، انکار و اضطراب باشد. که معمولاً این کودکان باعث ایجاد پرخاشگری در خانواده‌های آن‌ها می‌شود (زنگنه، ملک‌پور و عابدی، ۱۳۸۹). پرخاشگری معطوف به یک سن و دوره خاص نیست، همان‌طور که در تحقیقات مختلف مشخص شده است، پرخاشگری و خشونت از سنین خردسالی وجود داشته و در طول زمان تداوم یافته و در نوجوانی و بزرگسالی ادامه می‌یابد. با توجه به اثرات ناخوشایند رفتار پرخاشگرانه، عصبانیت و خشونت به‌عنوان مشکل تلقی گردیده و نیاز به بررسی‌های بالینی و قانونی دارد (نجفی و مرادزاده، ۱۳۹۵). پرخاشگری به هر گونه رفتار کلامی و فیزیکی که به قصد آسیب رساندن به دیگران صورت گیرد، اطلاق می‌شود و در تمامی تعاریفی که از پرخاشگری به عمل آمده است «تعمد در رفتار» و «آسیب رساندن به دیگران» مدنظر می‌باشد (بلیاد و احدی، ۱۳۹۵). عقیده بر این است که خشونت و پرخاشگری جسمانی کودک، پیش درآمد رفتارهای ضداجتماعی دیگر است. همچنین پرخاشگری ارائه محرک آزارنده از فردی به فرد دیگر است به قصد آزار یا قصد آسیب. زمان که فرد در حال فرار یا دور شدن از محرک است (شاکری، برزگر بفروئی و محمدی، ۱۳۹۸). معمولاً کودکان پرخاشگر بیشتر از مدرسه یا آموزشگاه گریزان بوده و با پلیس مشکل دارند. راه‌حلی که این کودکان برای موقعیت‌های تعارض‌آمیز فرضی، در نظر می‌گیرند کمتر جامعه‌پسند بوده و توأم با ابراز وجود غیرعادی است. این مسأله شاید به این علت است که کودکان پرخاشگر نسبت به کودکان عادی

^۱. Internalization

^۲. Extraction

راه حل های توأم با ابراز وجود را به صورت منفی تر و راه حل های پر خاشگرانه را به گونه ای مثبت ارزش گذاری می کنند. آن ها در مقایسه با همسالان غیر پر خاشگر خود، پاسخ های ناشایسته تر و پر خاشگرانه تری نسبت به مسائل اجتماعی نشان می دهند و راه حل های بسیار پر خاشگرانه تری را برای دستیابی به پیامدهای مورد نظر خود در پیش می گیرند (حسن پور، جلالی، خزایی و شعیری، ۱۳۹۳). حسینی (۱۳۹۶) در پژوهش خود بیان کرد که کودکان مبتلا به نشانه هایی بیش فعالی در درک احساسات دیگران و شرکت در موقعیت های اجتماعی نیازمند بازداری و مشارکت، دچار نقص هستند و در ارتباط با دیگران رفتارهای پر خاشگرانه بسیاری از خود نشان می دهند و بدین ترتیب ایجاد و حفظ روابط دوستانه با آنان بسیار دشوار است. تعداد نسبتاً کمی از افراد دارای اختلال کم توجهی- بیش فعالی، درمانی مناسب با اختلال خود را دریافت می کنند که در بسیاری موارد با پایدار نبودن اثرات درمانی و همچنین عدم توجه خانواده و عدم تکرار و تمرین روبه رو هستیم (ناگای، نیکین، هوندا، اووزار و هانادا؛^۲ ۲۰۱۵). تا به حال مداخله درمانی کمتر مؤثری همچون درمان دارویی و همچنین مداخلات روانشناختی چون درمان شناختی و رفتاری که هم اکنون برای عوامل تأثیر گذار بر پر خاشگری و نشانه های مشکلات رفتاری وجود دارد؛ این مداخلات نشانه های مرکزی این اختلالات را هدف قرار داده اند (هالپرین و هیلی؛^۴ ۲۰۱۱). این مداخلات درمانی مسائلی همچون پایدار نبودن اساس درمانی و یا عوارض جانبی داروها و همچنین عدم متابعت درمانی خانواده و همچنین خود بیماران دچار این اختلال را با خود همراه دارند (هالبروک و همکاران، ۲۰۱۷)؛ بنابراین استفاده از مداخله ای که تأثیر خود را در زندگی فرد حفظ نماید امری مطلوب قلمداد می شود. روانشناسان برای رفع مشکلات رفتاری کودکان، شیوه های گوناگونی را در طول سالیان متعدد طراحی کرده اند. برخی از روش ها برخورد کودک، برخی بر والدین و برخی بر محیط آموزشی متمرکز بوده است. بارزترین شیوه تغییر رفتار در کودکان بازی درمانی است (آریاپوران و اسکندری، ۱۳۹۵). بازی درمانی، برنامه درمانی جایگزین مناسبی برای دامنه وسیعی از مشکلات روانشناختی کودکان و نوجوانانی است که در دامنه سنی ۳ تا ۱۶ سال قرار دارند. این برنامه درمانی توسط روانشناسان و پژوهشگران مختلف طی چندین دهه برای درمان طیف وسیعی از اختلالات و مشکلات استفاده شده و اثربخشی آن نشان داده شده است (استادی، دان، شلنات و ریان؛^۵ ۲۰۱۷). درمانگر از طریق بازی درمانی یک موقعیت بازی را به صورت کلی ایجاد می کند که کودک بتواند ترس و تنش خود را بیرون بریزد، در حقیقت در بازی درمانی کودک «خود درونی اش» را نشان می دهد (کادوسان؛^۶ ۲۰۱۴). بازی می تواند احساسی از قدرت و کنترل را به کودک بدهد که ناشی

^۲. Nagae, Nakane, Honda, Ozawa & Hanada

^۴. Halperin & Healey

^۵. Stutey, Dunn, Shelnut & Ryan

^۶. Kaduson

از حل مشکلات و مهارت یافتن در تجربیات، ایده‌ها. مسائل جدید است؛ در نتیجه می‌تواند به ایجاد اعتماد به نفس و پیشرفت او کمک کند (دروز، ۲۰۰۹؛ ترجمه رضانی، ۱۳۹۴). آریاپوران و اسکندری (۱۳۹۵) در پژوهش خود نشان دادند که بازی درمانی گروهی کودک محور به طور معنادار منجر به کاهش نشانگان بیش فعالی نارسایی توجه شد. همچنین نجفی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش خود نشان دادند که بازی درمانی گروهی کودک محور به طور معنا دار منجر به کاهش نشانگان بیش فعالی نارسایی توجه شد. رابینسون و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی بازی درمانی بر بهبود عملکرد رفتاری کودکان دارای اختلال نقص توجه- بیش فعالی به این نتایج دست یافتند که این برنامه درمانی در بهبود عملکرد رفتاری کودکان دارای اختلال نقص توجه بیش فعالی مؤثر بوده است.

حال با توجه به مطالبی که گفته شد و از آنجا که بیش فعالی از آن دسته اختلالاتی است که والدین اغلب آن را با بازیگوشی و شیطنت کودکان اشتباه می‌گیرند ولی به گفته کارشناسان این گمان والدین به‌خصوص در مواقعی که کودک علاوه بر بیش فعالی به بی‌توجهی هم مبتلاست، هیچ‌گونه توجیه علمی ندارد و این کودکان باید حتما تحت درمان قرار گیرند. همچنین کودکان امروز و سازندگان فردای جامعه، قشر عمده‌ای از جمعیت جوامع انسانی را تشکیل می‌دهند به طوری که کشورهای در حال توسعه سهم این قشر از کل جمعیت تقریباً ۵۰ درصد می‌رسد. سلامتی و بیماری این قشر عظیم در سلامتی و بیماری جامعه‌ی فردا و نسل های آینده، نقش مهمی دارد. بنابراین، لازم است به سلامت روانی- جسمانی این قشر عظیم بیشتر توجه شده و گام های اساسی در جهت پیشگیری و درمان بیماری ها و اختلالات روانی و رفتاری آنان برداشته شود. مشکلات رفتاری کودکان، اختلالات شایع و ناتوان کننده ای هستند که برای خانواده ها و کودکان مشکلات بسیاری را ایجاد می کنند. این دسته از کودکان، مشکلات گوناگونی دارند، فراخنای توجه کمی دارند، عزت نفس آن ها پایین است. پرخاشگری کودکان یکی از اختلالات رفتاری کودکان است که اغلب به مسئله‌ای مهم و نگران کننده‌ای برای والدین و معلمان تبدیل می‌شود. در واقع این رفتار نوعی از اضطراب، خجالت، شرم و حتی عصبانیت در والدین ایجاد می‌کند که باعث می‌شود گاهی مستاصل شده و ندانند چگونه در مقابل آن برخورد کنند. پرخاشگری می‌تواند در جریان رشد طبیعی کودک ایجاد شود و بنابراین طبیعی تلقی شود ولی گاهی از این محدوده طبیعی تجاوز کرده و نیاز به توجه و بررسی والدین دارد. گاهی این رفتارها می‌تواند نشانه‌ای از افسردگی در کودکان و یا مشکلات دیگر از جمله اختلال سلوک باشند. اغلب کودکان بیش فعال پرخاشگری و تکانشگری بسیاری دارند. بیش فعالی اختلالی است که از نشانه‌های آن می‌توان به بی‌توجهی، پریدن وسط حرف دیگران، بی‌قراری، برانگیختگی، نداشتن مهارت‌های ارتباط اجتماعی، گم کردن وسایل شخصی و لجبازی اشاره کرد. از طرفی دیگر پرخاشگری با عصبانیت که یک وضعیت عاطفی موقت است، تفاوت دارد. اما امکان عصبانیت در حین پرخاشگری نیز مشهود است. کتک کاری بدون دلیل با سایر کودکان یا بزرگسالان، تخریب وسایل دیگران، کج خلقی های شدید مکرر، رفتار تکانشی بیش از

حد و بی احترامی و سرکشی همه نمونه هایی از رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان پیش دبستانی است. پاسخ افراد نسبت به ناکامی بسیار متفاوت است زیرا عوامل ناکام کننده و شخصیت فرد ناکام شونده دامنه بسیار گسترده ای دارند. در مجموع می توان گفت که پاسخ ناکامی، پرخاشگری یعنی نوعی رفتار دشمنانه و تند به هنگام عدم سازگاری با موفقیت است. مثلاً کودکی که از بازی کردن منع می شود در اثر خشم، اخم می کند یا پاهای خود را بر زمین می کوبد. البته ثابت شده است که ناکامی، پرخاشگری را افزایش می دهد همچنین پرخاشگری می تواند ناکامی های فشرده را رها سازد و نوعی تسکین موقتی برای فرد آورد و بنابراین چون پژوهش های اندکی در رابطه با اثربخشی بازی درمانی گروهی بر کاهش اختلالات رفتاری و پرخاشگری کودکان مبتلا به نشانه هایی بیش فعالی در کودکان پیش دبستانی وجود دارد، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی درمانی گروهی بر کاهش اختلالات رفتاری و پرخاشگری کودکان پیش دبستانی دارای اختلالات بیش فعالی می باشد.

روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات شبه تجربی است که با طرح پیش آزمون، پس آزمون به همراه گروه کنترل می شود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی کودکان پیش دبستانی دارای نشانه هایی بیش فعالی منطقه ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ تهران می باشد. حجم نمونه با توجه به ماهیت شبه آزمایشی پژوهش و با استفاده از جدول کوهن تعداد ۱۶ نفر که از این تعداد، با توجه به اهداف و فرضیه تحقیق ۸ نفر مربوط به گروه کودکان دارای نشانه هایی بیش فعالی و ۸ نفر کودک عادی انتخاب شدند همچنین از پرسش نامه مشکلات رفتاری راتر (۱۹۸۱)، پرسش نامه پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲) و پرسش نامه نشانه هایی بیش فعالی کانرز (۱۹۹۹) و مداخله آموزشی بازی درمانی گروهی ۸ جلسه ای ۴۵ دقیقه ای اقدام به جمع آوری کمی متغیرها می شود. در انتها بعد از جمع آوری پرسش نامه ها با توجه به ساختار پژوهش و ارزیابی پیش آزمون و پس آزمون، داده ها از طریق آمار توصیفی و آماراستنباطی (تحلیل کوواریانس) تجزیه و تحلیل شد و جهت انجام تمام امور تحلیل آماری از نرم افزار SPSS ورژن ۲۲ استفاده شد.

ابزار گردآوری داده ها

الف) نشانه های مشکلات رفتاری:

پرسش نامه مشکلات رفتاری راتر (فرم مادر و مربی): این پرسش نامه دارای ۳۰ آیتم است که در سه گزینه «صدق نمی کند»، «تا حدودی صدق می کند» و «کاملاً صدق می کند» تنظیم شده است، که به هر گزینه به ترتیب نمره صفر، یک و دو داده می شود. شایان ذکر است که دامنه نمرات در این پرسش نامه از صفر تا شصت در نوسان است. اسکاکار، راتر و اسمیت (۱۹۸۱) اظهار می دارند که ضرایب پایایی بازآزمایی و آلفای کرونباخ این پرسش نامه بسیار بالا است. ضریب پایایی بازآزمایی با

فاصله دو ماه، ۰/۷۴ برای فرم والدین و ۰/۸۹ برای فرم معلم گزارش شده است. همچنین همبستگی بین پاسخ های پدران و مادران ۰/۶۴ و بین نمره گذاری دو معلم ۰/۷۲ بود. این پرسش نامه در ایران توسط یوسفی (۱۳۷۷) روی ۱۶۰۰ دانش آموز دختر و پسر شش تا یازده ساله در پایه های اول تا پنجم دبستان های شیراز تجدیدنظر و هنجاریابی شده است، که همبستگی بالایی با آزمون هوشی آدامک گودیناف، بندر گشتالت و معدل درسی و ارزیابی معلم مشاهده شده است (خانجانی و محمودزاده، ۱۳۹۲).

(ب) پرخاشگری:

پرسش نامه پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲): پرسش نامه پرخاشگری در سال ۱۹۹۲ به وسیله آرنولد اچ. باس و مارک پری تدوین شده و حاوی ۲۹ ماده می باشد که چهار جنبه از پرخاشگری (پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت) را مورد سنجش قرار می دهد و مجموع نمرات چهار خرده مقیاس میزان پرخاشگری کلی را می سنجد. اعتبار و پایایی پرسش نامه پرخاشگری از همسانی درونی خوبی برخوردار است. ضرایب آلفا برای خرده مقیاس های پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۸۳ و ۰/۷۷ و ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش نامه ۰/۸۹ می باشد. همچنین در پژوهشی که در اسپانیا، گارسیالیون (۱۹۹۹) و دیگران بر دانشجویان رشته روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه جائن انجام دادند، ثبات درونی چهار عامل و نمره های کل تست بین ۰/۷۲ و ۰/۸۹ بود و بازآزمایی تست بین ۰/۷۲ و ۰/۸۰ گزارش شده است. اعتبار این پرسش نامه در ایران لنگری در سال ۱۳۷۵ با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۰ به دست آورده است. روایی پرسش نامه از راه شاخص های روایی همگرا، همزمان و تحلیل عوامل مورد بررسی قرار گرفت. روایی همگرای پرسش نامه پرخاشگری با محاسبه ضریب همبستگی زیرمقیاس های این پرسش نامه با یکدیگر و با کل پرسش نامه، تأیید شد که این ضرایب میان ۰/۳۷ تا ۰/۷۸ متغیر و معنادار بودند (آهنگرانزایی و فرج زاده، ۱۳۹۲). همچنین محمدی (۱۳۸۵) این پرسش نامه را بر روی کودکان به این صورت هنجاریابی کرده است که اعتبار پرسش نامه های پرخاشگری از راه سه روش آلفای کرونباخ، بازآزمایی و تنصیف مورد تحلیل قرار گرفت که به ترتیب، ضرایب ۰/۷۸، ۰/۸۹ و ۰/۷۳ به دست آمد. روایی این پرسش نامه نیز، از راه شاخص های روایی همگرا، همزمان و تحلیل عوامل مورد بررسی قرار گرفت. روایی همگرای پرسش نامه پرخاشگری با محاسبه ضریب همبستگی زیر مقیاس های این پرسش نامه با یکدیگر و با کل پرسش نامه، تأیید شد که این ضرایب میان ۰/۳۷ تا ۰/۷۸ متغیر و معنادار بودند.

(ج) اختلالات بیش فعالی:

پرسش نامه کانز (۱۹۹۹): این پرسش نامه شامل دو فرم والدین و معلمان است. فرم والدین ۴۸ سؤال دارد که پنج گروه از اختلال های کودکان (ناتوانایی های یادگیری، اختلال سلوک، مشکلات رفتاری، فزون جنبشی و تکانشگری و اضطراب) را

ارزیابی می‌کند. دو سؤال آن برای بیش فعالی در محدوده سنی ۷ تا ۱۲ سال است. شیوه نمره گذاری از صفر تا سه (اصلاً، تا حدودی، زیاد و بسیار زیاد) است که میانگین ۱/۵ و بالاتر علامت اختلال فزون جنبشی است. با این مقیاس ۷۴ درصد از کودکان شناسایی می‌شوند. در فرم معلمان کودکان بین ۶ تا ۱۳ ساله ارزیابی شدند. این فرم ۲۸ پرسش دارد که ۷ سؤال آن به اختلال فزون جنبشی اختصاصی دارد. ضریب اعتبار بازآزمایی برای نمره کل ۰/۵۸ و ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۷۳ به دست آمد که حکایت از اعتبار آزمون دارد. همچنین روایی آزمون مورد تأیید قرار گرفته است. براساس محمدی (۱۳۸۹) حساسیت این ابزار ۹۵ درصد و ویژگی این ابزار ۹۰ درصد است. همچنین پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ در بعد اضطراب ۰/۹۰، و در بعد اجتناب ۰/۹۳ به دست آمد و پایایی کل آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد (محمدی و حسینی، ۱۳۹۷).

(د) بازی درمانی گروهی:

مداخله آموزشی بازی درمانی گروهی ۸ جلسه‌ای ۴۵ دقیقه‌ای

جلسه اول:

پیش آزمون، معارفه، برقراری ارتباط اولیه درمانگر و کودک، قوانین جلسات، مکان، زمان و تعداد جلسات (شنبه‌ها و چهارشنبه‌ها، ساعت ۱۰ تا ۱۱)

جلسه دوم:

بازی کلمات احساسی که هدف از این بازی شناخت احساسات است که در این کودکان و مشکلات رفتاری ابراز آنها بسیار پایین است. در این بازی، درمانگر شکل احساساتی چون خوشحالی، عصبانیت، ناراحتی، پرخاشگری، گریه کردن و تعجب کردن را روی کارت‌هایی کشید و با ذکر مثال آنها را به کودکان آموزش می‌داد. برای فهم بیشتر احساسات کارت‌ها را جلوی کودکان چیده شد و تعدادی سکه در اختیار آنان قرار گرفته شد. سپس درمانگر شروع به بیان یک داستان می‌کند که قهرمان داستان احساسات نوشته شده بر روی کاغذها را تجربه می‌کند و هربار که یکی از این احساسات مطرح شد، کودکان سکه‌ای بر روی کاغذ مرتبط با آن احساس قرار می‌داد. در این بازی معمولاً از داستان‌هایی استفاده شد که حاوی رفتارهایی مانند آسیب رساندن به دیگران، پرخاشگری و احساسات منفی ناشی از این رفتارها، جروبخت با بزرگسالان، بدون اجازه دست به چیزی زدن و غیره را نشان می‌داد.

جلسه سوم:

بازی با صندلی‌ها: هدف از انجام این بازی شاهد خشم و پرخاشگری، بهبود خلق (به دلیل تحرک بالا)، کاهش رقابتهای منفی و موجب افزایش مهارت‌های اجتماعی از جمله حس همکاری در کودکان می‌گردد. در این بازی درمانگر به تعداد یکی کمتر از

تعداد کودکان صندلی می‌چید و از آنها درخواست می‌کرد که با بخش شدن موسیقی شروع به دویدن کنند و با قطع شدن صدای موسیقی باید طوری بنشینند که همه جا شوند و گرنه همه شکست خواهند خورد. در هر مرحله یکی از صندلی‌ها را برمی‌دارد تا جایی که چهار صندلی بماند و باید کودکان با همکاری هم سعی کنند همه روی ۳ صندلی بنشینند.

جلسه چهارم:

بازی بادکنک خشم: هدف این بازی نحوه چگونگی تخلیه خشم است. در این جلسه به هر کدام از کودکان یک بادکنک داده شد تا آن را باد کنند. سپس بادکنک گره زده می‌شد. برای کودکان توضیح داده شد که بادکنک معرف بدن و هوای داخل آن معرف خشم است؛ بعد از آن از کودکان درخواست می‌گردد که بادکنک را منفجر کنند. به کودکان گفته می‌شود که منفجر شدن بادکنک مانند پرخاشگری است که باعث آسیب رساندن به دیگران می‌شود. در مرحله بعد از کودکان درخواست می‌گردد که بادکنک دیگر را باد کنند و به جای بستن سر آن، آن را در میان انگشتان خود نگه دارند. حال از کودک درخواست می‌گردد که هوای داخل آن را به آرامی خارج کند و بادکنک صدایی شبیه سوت داشته باشد. بعد از آن، از آنها پرسیده شد که آیا بادکنک کوچکتر شده است؟ آیا بادکنک ترکیده است؟ آیا به نظر نمی‌رسد این روش برای بیرون ریختن خشم مناسب باشد؟ بنابراین خشم ما می‌تواند از دو طریق یعنی پرخاشگری و فریاد (ترکیدن بادکنک) و تخلیه مناسب خشم باد که دومی راه حل بهتری است و موجب آسیب رساندن به خودمان و دیگران نمی‌شود.

جلسه پنجم:

بازی کلمات احساسی (تکرار جلسه دوم).

جلسه ششم:

بازی صندلی‌ها (تکرار جلسه سوم).

جلسه هفتم:

بازی بادکنک خشم (تکرار جلسه چهارم).

جلسه هشتم:

جمع بندی، نتیجه گیری و اجرای پس آزمون (آریاپوران و اسکندری، ۱۳۹۵).

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد نمونه نشان داد که میانگین مشکلات رفتاری کل در کودکان پیش دبستانی دارای اختلال بیش فعالی گروه آزمایش در حالت پیش آزمون ۴۴/۸۷ و در حالت پس آزمون ۴۳/۲۵ است که نشان می‌دهد گروهی که تحت بازی‌های گروهی قرار گرفتند، نمره اختلالات رفتاری کل در آن‌ها کاهش پیدا کرده است. همچنین نتایج جدول ۴-۱

نشان می دهد، میانگین پرخاشگری کل در دانش آموزان پیش دبستانی گروه آزمایش در حالت پیش آزمون ۸۲/۰۰ و در حالت پس آزمون ۷۹/۶۲ است که نشان می دهد گروهی که تحت بازی های گروهی قرار گرفتند، نمره پرخاشگری کل در آنها کاهش پیدا کرده است.

جهت بررسی فرضیه پژوهش با توجه به وجود متغیر مستقل طبقه ای دوسطحی (گروه آزمایش و گروه کنترل)، متغیر وابسته پیوسته (نمرات پس آزمون اختلالات رفتاری و پرخاشگری کل) و همچنین متغیر هم تغییر (نمرات پیش آزمون اختلالات رفتاری و پرخاشگری کل) از تحلیل کواریانس استفاده گردید. این تحلیل به ما نشان خواهد داد که آیا بین میانگین نمرات اختلالات رفتاری و پرخاشگری کل در کودکان پیش دبستانی دارای اختلال بیش فعالی برای گروه آزمایش و کنترل بعد از تعدیل نمره های پیش آزمون اولیه از نظر آماری تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل کواریانس در زیر گزارش شده است.

جدول ۱: تحلیل کواریانس چندمتغیری روی نمره های پس آزمون اختلالات رفتاری کل و پرخاشگری کل

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
اختلالات رفتاری کل	پیش آزمون	۱	۱۳۵/۶۴	۳۰/۰۲	۰/۰۰۰	۰/۶۹
	گروه	۱	۴۷/۲۳	۱۰/۴۵	۰/۰۰۷	۰/۴۴
	خطا	۱۳	۵۸/۷۲			
	مجموع	۱۶	۳۴۴۶۵/۰۰			
پرخاشگری کل	پیش آزمون	۱	۷۰۵۹/۵۱	۱۷۵۷/۰۷	۰/۰۰۰	۰/۹۹
	گروه	۱	۴۸/۱۶	۱۱/۹۸	۰/۰۰۴	۰/۴۸
	خطا	۱۳	۵۲/۲۳			
	مجموع	۱۶	۱۱۶۱۴۴/۰۰			

همانطور که در جدول ۱ دیده می شود بین میانگین متغیرهای اختلالات رفتاری و پرخاشگری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. جدول ۵-۴ نشان می دهد با حذف تأثیر نمرات پیش آزمون بین میانگین تعدیل شده اختلالات رفتاری و پرخاشگری بر حسب گروه در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته ها می توان گفت بازی های گروهی در پس آزمون باعث کاهش نمرات در پرسش نامه اختلالات رفتاری و پرخاشگری شده است. از سویی دیگر میزان تأثیر نشان می دهد، این مداخله حدودا ۴۴ درصد بر کاهش مشکلات رفتاری در کودکان پیش دبستانی دارای اختلال بیش فعالی تأثیر گذاشته است. از سویی دیگر میزان تأثیر نشان می دهد این مداخله حدودا ۴۸ درصد بر کاهش پرخاشگری تأثیر گذاشته است.

جدول ۲: تحلیل کواریانس چندمتغیری روی نمره های پس آزمون خرده مقیاس های اختلالات رفتاری

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
پرخاشگری و بیش فعالی	پیش آزمون	۱	۹۴/۱۲	۲۳۲/۸۷	۰/۰۰۰	۰/۹۴
	گروه	۱	۲/۷۹	۶/۹۲	۰/۰۲۱	۰/۳۴
	خطا	۱۳	۵/۲۵			
	مجموع	۱۶	۱۸۵۳/۰۰			
اضطراب و افسردگی	پیش آزمون	۱	۴۵/۲۷	۱۲۴/۶۳	۰/۰۰۰	۰/۹۰
	گروه	۱	۳/۱۸	۸/۷۵	۰/۰۱۱	۰/۴۰
	خطا	۱۳	۴/۷۲			
	مجموع	۱۶	۱۳۵۰/۰۰			
ناسازگاری اجتماعی	پیش آزمون	۱	۵۲/۵۰	۹۲/۶۴	۰/۰۰۰	۰/۸۷
	گروه	۱	۵/۰۶	۸/۹۳	۰/۰۱۰	۰/۴۰
	خطا	۱۳	۷/۳۶			
	مجموع	۱۶	۱۳۴۳/۰۰			
رفتارهای ضد اجتماعی	پیش آزمون	۱	۴۰/۵۳	۵۶/۴۱	۰/۰۰۰	۰/۸۱
	گروه	۱	۰/۵۶	۰/۷۸	۰/۳۹۲	۰/۰۵
	خطا	۱۳	۹/۳۴			
	مجموع	۱۶	۱۵۹۱/۰۰			
اختلال کمبود توجه	پیش آزمون	۱	۱۹/۴۴	۴۰/۱۰	۰/۰۰۰	۰/۷۵
	گروه	۱	۰/۴۰	۰/۸۳	۰/۳۷۷	۰/۰۶
	خطا	۱۳	۶/۳۰			
	مجموع	۱۶	۱۰۶۲/۰۰			

همان طور که در جدول مشاهده می شود بین میانگین خرده مقیاس های اختلالات رفتاری (پرخاشگری و بیش فعالی، اضطراب و افسردگی و ناسازگاری اجتماعی) در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. این جدول نشان می دهد با حذف تأثیر نمرات پیش آزمون بین میانگین تعدیل شده بر حسب گروه در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته ها می توان گفت در پس آزمون باعث کاهش نمرات خرده مقیاس های ذکر شده در گروه آزمایش شده است. در خرده مقیاس های رفتارهای ضد اجتماعی و اختلال کمبود توجه تفاوت معناداری دیده نشد.

جدول ۳: تحلیل کواریانس چندمتغیری روی نمره های پس آزمون خرده مقیاس های پرخاشگری کل

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
پر خاشگری بدنی	پیش آزمون	۱	۱۴۳۸/۴۰	۱۴۲۸/۱۶	۰/۰۰۰	۰/۹۹
	گروه	۱	۱۸/۷۳	۱۸/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	خطا	۱۳	۱/۰۰			
	مجموع	۱۶				
پر خاشگری کلامی	پیش آزمون	۱	۴۶۶/۸۵	۱۲۰۸/۶۰	۰/۰۰۰	۰/۹۸
	گروه	۱	۲/۰۳	۵/۲۵	۰/۰۳۹	۰/۲۸
	خطا	۱۳	۵/۰۲			
	مجموع	۱۶				
خشم	پیش آزمون	۱	۹۳۰/۰۱	۳۴۷۱/۴۰	۰/۰۰۰	۰/۹۹
	گروه	۱	۱/۴۰	۵/۲۲	۰/۰۴۰	۰/۲۸
	خطا	۱۳	۳/۴۸			
	مجموع	۱۶				
خصومت	پیش آزمون	۱	۱۳۲۸/۸۹	۱۵۰۴/۸۰	۰/۰۰۰	۰/۹۹
	گروه	۱	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۸۶۷	۰/۰۰۲
	خطا	۱۳	۱۱/۴۸			
	مجموع	۱۶				

همانطور که در جدول مشاهده می شود بین میانگین پر خاشگری (بدنی، کلامی و خشم) در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. این جدول نشان می دهد با حذف تأثیر نمرات پیش آزمون بین میانگین تعدیل شده خرده مقیاس های پر خاشگری بر حسب گروه در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته ها می توان گفت در پس آزمون باعث کاهش نمرات خرده مقیاس های ذکر شده در گروه آزمایش شده است. در خرده مقیاس خصومت تفاوت معناداری دیده نشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، اثر بخشی بازی درمانی گروهی بر کاهش اختلالات رفتاری و پر خاشگری کودکان پیش دبستانی دارای اختلالات بیش فعالی بود. نتایج نشان داد که بین میانگین متغیرهای اختلالات رفتاری و پر خاشگری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد یعنی با حذف تأثیر نمرات پیش آزمون بین میانگین تعدیل شده اختلالات رفتاری و پر خاشگری بر حسب گروه در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته ها می توان گفت بازی های گروهی در پس آزمون باعث کاهش نمرات در پرسش نامه اختلالات رفتاری و پر خاشگری شده است. از-

سویی دیگر میزان تأثیر نشان می‌دهد، این مداخله حدوداً ۴۴ درصد بر کاهش مشکلات رفتاری در کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلال بیش‌فعالی تأثیر گذاشته است. همچنین میزان تأثیر نشان می‌دهد این مداخله حدوداً ۴۸ درصد بر کاهش پرخاشگری تأثیر گذاشته است. این نتیجه با نتایج هاشمی و همکاران (۱۳۹۷)؛ آزادی منش و همکاران (۱۳۹۵)؛ قربانی عشین و همکاران (۱۳۹۵)؛ نجفی و همکاران (۱۳۹۳)؛ رابینسون و همکاران (۲۰۱۷)؛ ال-نگر و همکاران (۲۰۱۷)؛ اسچافر و همکاران (۲۰۱۴) همسو می‌باشد.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که بازی درمانی نوعی از بازی درمانی متمرکز بر هدف است که برای کودکانی که طیف گسترده‌ای از مشکلات را نشان می‌دهد، سودمند است. این نوع از بازی درمانی تأکید بسیاری بر درک و نقش حداکثری سیستم‌های مختلفی دارد که کودک متعلق به آنهاست و تلاش می‌کند تا نیازهای کودک را به شیوه‌های کارا و موثر ارضاء نماید. به‌علاوه این شیوه درمانی قابلیت انعطاف‌پذیری حداکثری در مفهوم‌سازی مورد، اهداف درمانی و روش‌های درمانی را دارد. به طوری که به بهترین شکل ممکن با سطوح رشدی و نیازهای کودک هماهنگ می‌شود. همچنین این شیوه درمانی از لحاظ نظری این امکان را به درمانگر می‌دهد تا از طیف گسترده‌ای از راهبردها استفاده نماید. نکته مهم دیگر آن است که بازی درمانی بر قدرت ارتباط بین کودک و درمانگر تأکید بسیار دارد و این ارتباط را عاملی یاری دهنده در جهت شکستن پاسخ‌های مشکل آفرین کودک و جایگزینی آنها با شیوه‌های موثرتر و انعطاف‌پذیرتر مواجهه با مشکلات روزمره می‌داند (اوکافر، شیفر و بریورمن، ۲۰۱۵). همچنین بازی درمانی در کودکان منجر به تقویت رفتارهای جراتمندانه می‌گردد و همین امر موجب افزایش عزت نفس و کاهش اضطراب می‌شود. بازی درمانی راهی است که کودکان به وسیله آن هیجانات، عواطف و احساسات مثبت و منفی خود را نمایان می‌سازند و به برقراری روابط، خودافشایی، آشکار کردن نیازها و آرزوها می‌پردازند. بیان احساسات در بازی درمانی شامل تخلیه هیجانات مثبت و منفی می‌باشد که به صورت رفتاری قابل مشاهده، بروز داده می‌شود. که از طریق این رفتارها درمانگران به مشکلات و دغدغه‌های کودکان پی می‌برند. در جریان بازی کودکان به بیان مشکلات و چرایی آنها به زبانی نمادین و کودکان می‌پردازند و راه‌های متعددی را جهت مقابله با چالش‌ها و مشکلات خویش پیدا می‌کنند که این خود منجر به ایجاد قدرت حل مسئله در کودکان می‌گردد و این نیز به نوبه خود منجر به کاهش بیش‌فعالی می‌شود. بازی درمانی باعث ارتقاء ادراک کودک از خود و کاهش اضطراب و رفتارهای مربوط به آن و مشکلات رفتاری درونی و بیرونی می‌شود و همچنین موجب افزایش انطباق اجتماعی می‌گردد از آنجا که به هنگام بازی کودکان فعالیت‌های حرکتی دارند و این فعالیت‌های حرکتی همراه با احساس لذت است، کودکان اغلب کل بدن و تمرکز خود را درگیر بازی می‌نمایند، در نتیجه این امر به افزایش قدرت توجه و تمرکز کمک می‌نماید. همچنین بازی درمانی مکانیسمی مفید در حفظ علاقه کودک به فعالیت‌های

۷. O'connor, Schaefer & Braverman

درمانی است و بازی درمانی مشکلاتی همچون یکنواختی و عدم تمایل به درمان را کاهش داده و موجب افزایش مهارت های جدید و یادگیری بیشتر می گردد. همچنین از آنجایی که در این روش، از تکنیک ها و متدهای خاصی مثل بازی با صندلی، بادکنک خشم و ... استفاده می شود لذا هر کدام از آنها می تواند به نوبه خود باعث کاهش بخشی از مشکلات رفتاری در کودکان شود. مثلاً کودکان در حین بازی با کلمات احساسی، حالت دفاعی خود را برای بیان احساساتشان از دست می دهند و فرصت بیشتری می یابند تا احساسات خود را بیان کنند و با انواع حالات خلقی مثل خشم، ترس و ... بیشتر آشنا شوند. در جریان استفاده از این شیوه، این فرصت در اختیار کودکان قرار می گیرد تا احساساتی که اجازه بیان آنها را در محیط های دیگر احساسات، ندارند، بدون ترس از پیامدهای آنها ابراز کنند و همچنین از طریق ایفای نقش خود را بهتر کنترل کنند.

پژوهش حاضر نیز مانند هر پژوهش دیگر در حیطه کودکان، با محدودیت هایی روبه رو بوده است. کمبود ابزار و وسایل بازی درمانی به دلیل پرهزینه بودن، محدودیت زمانی برای ارائه آموزش ها و در نتیجه عدم پیگیری نتایج، و پایین بودن تعداد افراد نمونه، از جمله محدودیت های این پژوهش بوده است. با توجه به تجربیات و یافته های به دست آمده، تکرار پژوهش های مشابه روی تعداد بیشتر و پیگیری این افراد در فواصل زمانی مشخص و به مدت طولانی تر، می تواند نتایج قویتری ارائه کند. همچنین پیشنهاد می شود برای افزایش اعتبار بیرونی این روش درمانی و در نتیجه افزایش توان تعمیم پذیری آن، برنامه مداخله های به کار گرفته شده در این مطالعه بر روی گروه های دیگر و در سنین مختلف مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به نتایج این مطالعه و سایر پژوهش های مشابه مبنی بر این که بازی در زندگی و در تحول کودکان در ابعاد جسمانی، عاطفی، اجتماعی، ذهنی، اخلاقی، روانی، و حرکتی، نقش بسیار مؤثری دارد و کودکان را شادمان و مسئولیت پذیر پرورش می دهد، بهتر است جهت تشویق و ترغیب هر چه بیشتر دانش آموزان و والدین به انواع بازی های مختلف، اقدامات لازم و هدایت جویانه از طرف اولیای مدرسه صورت پذیرد. همچنین پیشنهاد می شود که آموزش کودکان به خصوص در سنین پایین در مدارس پیش- دبستانی و ابتدایی، همراه با بازی باشد تا کودک با انگیزه بسیار زیاد در برنامه های مختلف آموزشی مدرسه شرکت کند.

منابع

- ارجمندنی، علی اکبر؛ ملکی، ستاره و غیائی، راضیه. (۱۳۹۶). نقش مهاجرت بر بروز مشکلات رفتاری کودکان. مجله روانشناسی فرهنگی، ۱۱(۱): ۹۹-۱۱۳.
- اسبقی، مونا؛ ارجمندنی، علی اکبر؛ رحمانیان، مهدیه و اسبقی، الهام. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی آموزش نوروفیدبک و نوروفیدبک به همراه بازتوانی شناختی در بهبود کودکان دارای اختلال کمبود توجه - بیش فعالی. مجله عصب روانشناسی، ۲(۶): ۷۷-۹۰.

- آریاپوران، سعید و اسکندری، آرزو. (۱۳۹۵). اثربخشی بازیدرمانی گروهی بر علایم نافرمانی مقابلهای و اختلال رفتار در کودکان ۶ تا ۹ ساله دارای علائم بیش فعالی - کاستی توجه. مجله پرستاری کودکان، ۲(۴): ۴۴-۴۹.
- آزادی منش، پگاه؛ خانزاده، عباطعلی؛ حکیم زاده، منصور و وطن خواه، محمد. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی عروسی بر پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/نارسایی توجه. مجله پزشکی ارومیه، ۲۸(۲): ۸۳-۹۰.
- بلیاد، محمدرضا و احدی، حسن. (۱۳۹۵). تأثیر سبک های فرزندپروری بر میزان پرخاشگری جوانان. نشریه پژوهش در نظام های آموزشی، ۱۰(۳۴): ۲۴۷-۲۷۵.
- پور واحد، آریتا و امیری، مجتبی. (۱۳۹۶). رابطه مشکلات روانی مادر و خشونت خانوادگی با مشکلات رفتاری کودکان کم توان ذهنی. مجله سلامت اجتماعی، ۴(۲): ۱۱۷-۱۱۰.
- جاری، محسن؛ کلشادی، رؤیا؛ گلابول، اردلان؛ طاهری، مجذوبه؛ تسلیمی، مهناز و مطلق، محمداسماعیل. (۱۳۹۵). شیوع اختلالات رفتاری در کودکان ایران. مجله تحقیقات نظام سلامت، ۱۲(۱): ۱۰۹-۱۱۳.
- حسن پور، فاطمه؛ جلالی، محمدرضا؛ شعیری، محمدرضا و خزایی، محمد. (۱۳۹۳). تأثیر کار با گل بر پرخاشگری کودکان دبستانی. فصلنامه روان شناسی بالینی، ۳(۱۰): ۱۳۹-۱۵۳.
- حسینی، ابراهیم. (۱۳۹۶). اثر موسیقی درمانی بر پرخاشگری، علایم بیش فعالی و کمبود توجه در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش فعالی. جله روش ها و مدل های روانشناختی، ۸(۳۰): ۴۱-۵۲.
- دروز، آتنا. (۲۰۰۹). ترکیب بازی درمانی با رفتار درمانی شناختی؛ ترجمه غزال رضانی، ۱۳۹۴. تهران: انتشارات وانیا.
- زنگنه، ساره. ملک پور، مختار و عابدی، محمدرضا. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مهارتهای مدیریت خشم بر کنترل پرخاشگری مادران دانش آموزان ناشنوا دوره ابتدایی. مجله یافته های نو در روان شناسی، ۵(۱۴): ۸۱-۹۴.
- ستاری، مهسا؛ حسینی، سیدعلی؛ رصافیانی، مهدی؛ محمودی قرایی، محمدجواد؛ بیگلریان، اکبر؛ ترکش اصفهانی، نجمه. (۱۳۹۶). بررسی میزان همبودی اختلالات رفتاری در کودکان مبتلا به نقص توجه و بیش فعالی. مجله توان بخشی، ۱۸(۱): ۲۶-۳۲.
- شاکری، محسن؛ برزگر بفروئی، کاظم و محمدی، علیرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش اخلاق خویشتن داری بر کاهش پرخاشگری دانش آموزان. مجله اخلاق در علوم و فناوری، ۱۴(۲): ۳۹-۴۷.
- قربانی عشین، یاسمن؛ طالبی، غلامرضا؛ جهاندار، بهارک و ربانی زاده، منصوره. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی بر کاهش علائم اختلال بیش فعالی و کمبود توجه کودکان دبستانی. مجله توسعه آموزش جندی شاپور، ۵(ویژه نامه): ۵۴-۵۸.

- کهریزی، سمیه؛ مرادی، آسیه و مؤمنی، خدامراد. (۱۳۹۴). اثربخشی شن‌بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۵(۱): ۱۵۴-۱۷۴.
- محمدی، سیدیونس و حسینی، مریم. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان اثربخشی درمان نوروفیدبک و دارودرمانی در درمان اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی در کودکان شهر اصفهان. فصلنامه عصب روانشناسی، ۴(۱): ۱۲۵-۱۴۰.
- نجفی، راضیه؛ تیموری، سعید و کشاورز، آریتا. (۱۳۹۳). اثربخشی بازی درمانی گروهی کودک محور بر کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی/نقص توجه کودکان ADHD-1392. دومین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی، تربیت‌جام، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت‌جام.
- نصرالهی، سارا و تمدنی، مجتبی. (۱۳۹۷). شناسایی الگوهای رفتاری تداوم دهنده مشکلات رفتاری کودکان. مجله فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۹(۳۴): ۷۵-۵۷.
- هاشمی، مرضیه؛ بنی‌جمالی، شکوه السادات و خسروی، زهره. (۱۳۹۷). تاثیر برنامه بازی درمانی اکوسیستمیک و بازی درمانی کوتاه مدت بر کاهش نشانه‌های نقص توجه- بیش‌فعالی کودکان. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۸(۳۱): ۳۱-۵۲.
- Buss AH& Perry MP. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*. 63: 452-59.
- 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.
- Halperin, J. M., & Healey, D. M. (2011). The influences of environmental enrichment, cognitive enhancement, and physical exercise on brain development: can we alter the developmental trajectory of ADHD?. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35, 3, 621-634.
- Harland P, Reijneveld SA, Brugman E, Verloove-Vanhorick SP, Verhulst FC.(2010). Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 11(4): 176-84.
- Holbrook, J., Danielson, M., Bitsko, R. H., Cuffe, S. P., O'Banion, D., & McKeown, R. E. (2017). 3.15 Parent-Reported Benefits and Side Effects From Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Medication in a Nationally Drawn Sample of

School-Aged Children Diagnosed With ADHD. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 56, 10, S207.

- Nagae, M., Nakane, H., Honda, S., Ozawa, H., & Hanada, H. (2015). Factors affecting medication adherence in children receiving outpatient pharmacotherapy and parental adherence. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 28, 2, 109-117.
- Robinson, A., Simpson, C., & Hott, B. L. (2017). The effects of child-centered play therapy on the behavioral performance of three first grade students with ADHD. International Journal of Play Therapy, 26, 2, 73.
- Rutter MA. (1977). Children s behavior questionnaire for completion by teachers; Preliminary findings. J Psychol Psychiatry; 8: 1-11.
- Schaefer, C. E. (2014). The Therapeutic Powers of Play. Northvale, NJ: Aronson.
- Stutey, D. M., Dunn, M., Shelnut, J., & Ryan, J. B. (2017). Impact of Adlerian play therapy on externalizing behaviors of at-risk preschoolers. International Journal of Play Therapy, 26, 4, 196.