

## مقایسه اثربخشی نقاشی درمانی و بازی درمانی گروهی بر اضطراب و حرمت خود دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی

- مجید یوسفی افراشته\*، استادیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران  
□ پرویز باقری، کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، دانشگاه پیام نور، مرکز قزوین

نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۳۷ - ۴۸

### چکیده

**زمینه و هدف:** اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، از شایع ترین اختلال های کودکان است که سازگاری کلی زندگی را مختل می کند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی بازی درمانی گروهی و نقاشی درمانی بر اضطراب و حرمت خود دانش آموزان پسر با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در مقطع ابتدایی انجام شده است.

**روش:** پژوهش از نوع پژوهش های کاربردی بود که به شیوه شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی نواحی ۱ و ۲ سنندج در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ بود که در ۳ گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند. آزمودنی های گروه یکم، یک دوره ۱۰ جلسه ای به صورت ۲ جلسه در هفته تحت مداخله بازی درمانی گروهی قرار گرفتند. آزمودنی های گروه دوم نیز ۱۰ جلسه تحت مداخله نقاشی درمانی قرار گرفتند، در حالی که آزمودنی های گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. در این پژوهش برای گردآوری داده ها از پرسشنامه حرمت خود کوپراسمیت (۱۹۶۷) و پرسشنامه اضطراب اسپنس نسخه ی کودکان (۱۹۹۹) استفاده شد. برای تحلیل داده ها، تحلیل کوواریانس تک متغیری به کار رفت.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که بازی درمانی گروهی نسبت به نقاشی درمانی، تأثیر بیشتری در کاهش اضطراب دانش آموزان پسر مقطع ابتدایی با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی دارد. همچنین یافته ها نشان داد، بازی درمانی گروهی بر افزایش حرمت خود مؤثر بود، اما نقاشی درمانی تأثیری نداشت.

**نتیجه گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده می توان از بازی درمانی گروهی و نقاشی درمانی در جهت کاهش اضطراب و افزایش حرمت خود دانش آموزان پسر مقطع ابتدایی با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی به عنوان یک روش درمانی استفاده کرد.

**واژه های کلیدی:** اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، اضطراب، بازی درمانی گروهی، حرمت خود، نقاشی درمانی

## مقدمه

کودکان قشر عمده‌ای از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند به طوری که در کشورهای در حال توسعه، سهم این قشر از کل جمعیت تقریباً به ۵۰ درصد می‌رسد. در هر جامعه‌ای، سلامت کودکان و نوجوانان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و توجه به بهداشت روانی آنان کمک می‌کند تا از نظر روانی و جسمی سالم بوده و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند. اختلال‌های رفتاری، اختلال‌های شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای معلمان و خانواده‌ها مشکلات بسیاری ایجاد می‌کنند (۱، ۲). از میان اختلال‌های دوران کودکی، اختلال نارسائی توجه/بیش‌فعالی<sup>۱</sup>، از شایع‌ترین آنها است که در دوره کودکی (قبل از ۷ سالگی) تشخیص داده می‌شود (۳). در حقیقت این اختلال از رایج‌ترین دلایل مراجعه به درمانگاه‌های روان‌پزشکی کودک، روان‌شناسی، عصب‌شناسی<sup>۲</sup>، پزشکی اطفال و خانواده است (۴). اختلال نارسائی توجه/بیش‌فعالی یک اختلال روان‌پزشکی است که کودکان پیش‌دبستانی، نوجوانان و بزرگسالان سراسر جهان را مبتلا می‌کند و مشخصه آن الگوی کاهش پایدار توجه و افزایش تکانشگری و بیش‌فعالی است که سطوح عملکردی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵، ۶). این اختلال در زمره شایع‌ترین اختلال‌های دوران کودکی به شمار می‌رود. در سال ۲۰۰۷، شیوع آن را در کودکان سن دبستان ۵ درصد و بزرگسالان در حدود ۲/۵ درصد تخمین زده‌اند (۷). به طور کلی می‌توان گفت ۳ تا ۷ درصد از کودکان در سن مدرسه مبتلا به این اختلال می‌باشند و احتمالاً در هر کلاس درس عادی یک یا دو کودک با اختلال نارسائی توجه/بیش‌فعالی وجود دارد و این اختلال در کل جمعیت در پسران شایع‌تر از دختران است. به طوری که میزان آن در کودکان ۲ به ۱ و در بزرگسالان ۱/۶ به ۱ است (۸). این اختلال همان‌طور که اشاره شد، مشکلاتی را در سطح فردی و اجتماعی به بار می‌آورد که از جمله می‌توان به بی‌توجهی، تکانشگری و بیش‌فعالی اشاره کرد. بی‌توجهی ممکن است در موقعیت تحصیلی و اجتماعی نشان داده شود. بیش‌فعالی به صورت بی‌قراری، تکان دادن دائمی دست‌ها و پاها به هنگام نشستن روی صندلی و زیاد حرف زدن نشان داده می‌شود و اما تکانشگری به صورت بی‌فکری، ناتوانی و به تأخیر انداختن رفتار، قطع دائم

حرف‌های دیگران و عدم رعایت نوبت مشخص می‌شود (۸، ۷).

از سوی دیگر این اختلال به فرآیند تحول، استعداد ذهنی و مهارت‌های اجتماعی کودکان آسیب می‌رساند، به گونه‌ای که ضعف تحصیلی، کاهش سطح حرمت خود، بزهکاری، افسردگی، کج‌خلقی، طرد شدن از سوی همسالان، اختلال شخصیت، اختلال سلوک و اضطراب را به همراه دارد (۹، ۱۰). به طور کلی در بین این اختلال‌ها، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای با ۳۲ درصد، اختلال‌های خلقی با ۲۹ درصد، اختلال‌های اضطرابی با ۱۵ درصد، اختلال‌های یادگیری با ۱۰ درصد و اختلال طیف اُتسم با ۵ درصد بیشترین همبودی را با این اختلال دارند (۱۱). همان‌طور که اشاره شد، یکی از مشکلاتی که کودکان و از جمله کودکان با اختلال نارسائی توجه/بیش‌فعالی با آن مواجه هستند اضطراب می‌باشد. اضطراب جزء اختلال‌های درون‌نمود است و عبارت است از: الگوهای رفتاری سازش‌نیافته‌ای که بیش از آنکه اطرافیان را آزار دهد، موجب رنجش خود کودک می‌شود و با شروع زودرس و تأثیری که بر خط سیر تحولی فرد دارد، احتمال ابتلا به اختلال‌های دوران بزرگسالی را نیز افزایش می‌دهد (۱۲). اختلال اضطرابی جزء شایع‌ترین اختلال‌های همراه در کودکان با اختلال نارسائی توجه/بیش‌فعالی می‌باشد. در حدود ۳۰ درصد از این کودکان دارای اختلال اضطرابی هستند (۸). از آنجا که خواندن، نوشتن و گوش دادن به صحبت‌های معلم به تمرکز، توجه، قرار و آرامش کافی نیازمند است، این کودکان نمی‌توانند در این زمینه آرامش لازم را داشته باشند و اضطراب و بی‌قراری آنها به معضلاتی در تحصیل منجر می‌شود؛ اُفت و عدم پیشرفت تحصیلی، آینده شغلی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در نتیجه به صورت مداوم از پیرامون خود پیام‌های منفی دریافت می‌کنند؛ پیام‌هایی که شخصیت و اعتماد به نفس آنها را پایین می‌آورد (۱۳). یکی دیگر از مشکلاتی که کودکان با اختلال نارسائی توجه/بیش‌فعالی ممکن است با آن روبه‌رو شوند، کاهش حرمت خود است. روان‌شناسان برای این مسئله اتفاق نظر دارند که یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های تعیین‌کننده رفتار که پایه‌های آن در دوره کودکی شکل می‌گیرد و رفتارهای آتی فرد را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد، حرمت خود<sup>۳</sup> است (۱۴). از دیدگاه کوپراسمیت حرمت خود

1. Attention Deficit /Hyperactivity Disorder (AD/HD)

2. Neurology

3. Self-esteem

بازی درمانی گروهی<sup>۳</sup>، فرآیندی روان‌شناختی و اجتماعی است که در آن، کودکان به خصوص کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، از طریق ارتباط با یکدیگر در اتاق بازی چیزهایی را در مورد خودشان یاد می‌گیرند. بازی درمانی گروهی برای درمانگران فرصتی را فراهم می‌سازد تا به کودکان کمک کنند که چگونه تعارض‌های خود را حل کنند (۲۱).

نقاشی درمانی یکی دیگر از روش‌های درمانی است. منظور از نقاشی درمانی، نقاشی‌پروری و آموزش نقاشی نیست، بلکه ارائه فرصت‌هایی به فرد است تا از طریق رنگ‌ها و خطوط؛ احساس‌ها، نیازها، عواطف، و حتی دانسته‌های خود را به نحوی که مایل است، آزادانه بیان کند (۲۲، ۲۳). هدف نقاشی درمانی فراهم آوردن فرصتی برای افراد است تا احساس‌ها و آنچه در ذهن دارند را به صورت‌هایی که دوست دارد، بیان کنند. نقاشی همانند پلی میان دنیای درون و واقعیت‌های بیرونی قرار می‌گیرد و تصویر، مانند یک میانجی در فاصله این دو عمل کرده و جنبه‌هایی از خودآگاه و ناخودآگاه، گذشته، حال و آینده را بازگو می‌کند. نقاشی، پیش از آنکه در تشخیص اختلال‌های روانی بزرگسالان مفید باشد، در شناخت و درمان مشکلات کودکان سازش‌نا یافته، بیش‌فعال، پرخاشگرو بی‌قرار مناسب‌تر است و برای این کودکان زمینه‌ای فراهم می‌سازد تا قابلیت‌ها و خلاقیت‌های خود را بروز دهند. با استفاده از این روش می‌توان آسیب‌های روانی افراد را شناسایی و درمان کرد (۲۴).

با توجه به اهمیت موضوع و از آنجایی که بازی درمانی و نقاشی درمانی و آثار آنها بر درمان اختلال‌های شایع در میان کودکان به ویژه در داخل کشور کمتر مورد توجه قرار گرفته است، بنابراین، هدف اصلی این پژوهش، بررسی اثربخشی بازی درمانی گروهی و نقاشی درمانی بر حرمت خود و اضطراب کودکان پسر مقطع ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است.

### روش

روش پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه جمع‌آوری داده‌ها شبه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان پسر

در قالب قضاوت شخصی نسبتاً مداوم و پیوسته فرد مبنی بر ارزشمندی خود تعریف شده است که تحت تأثیر تجربه‌های اجتماعی شکل می‌گیرد، سپس از طریق گزارش‌های کلامی و دیگر تظاهرات رفتاری آشکار به دیگران منتقل می‌شود و به عنوان شاخصی از تحول روانی-اجتماعی کودکان مطرح است. اما کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به دلیل قضاوت‌هایی که از سوی همسالان، مربیان و خانواده‌ها می‌شوند، دچار کاهش حرمت خود می‌باشند (۱۵).

برای کاهش اختلال‌های مربوط به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، مداخله‌های درمانی زیادی صورت گرفته است، از جمله دارو درمانی، رفتاردرمانی، موسیقی درمانی، قصه درمانی، گل درمانی و... از بین درمان‌های متفاوتی که برای انواع اختلال‌های کودکی مطرح می‌شوند، بازی درمانی<sup>۱</sup> و نقاشی درمانی<sup>۲</sup> را می‌توان نام برد. مطالعات نشان می‌دهند که در درمان کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، دارودرمانی بیش از سایرین به کار برده می‌شود. در درمان دارویی از داروهای محرک سیستم عصبی مرکزی مثل داروی محرک متیل فنیدات (ریتالین) استفاده می‌شود. ریتالین موجب کاهش مشکلات تحصیلی و اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌شود و به افزایش کیفیت زندگی آنان و خانواده‌هایشان کمک می‌کند (۱۶). اما استفاده از دارو همواره نمی‌تواند مفید باشد، زیرا این روش درمانی برای همه کودکان اثربخش نیست و مصرف آنها آثار جانبی زیادی به همراه دارد (۱۷). روش دیگر، بازی درمانی است، بازی ابزاری است که کودک به کمک آن خود را بیان می‌کند و برای هر کودکی جدا از نژاد، زبان و ملیت، وسیله مناسبی جهت تخلیه هیجان‌ها و ابراز خود می‌باشد (۱۸). دوره رشد طلایی کودک از مسیر بازی می‌گذرد و در فرآیند طبیعی بازی‌ها، کودکان ابتدا خود و سپس جهان بیرون را درک کرده و می‌شناسند سپس با بازی‌های تعاملی و نمادین با والدین و همسالان به جامعه وارد می‌شوند و نقش‌های آینده خود را تمرین می‌کنند (۱۹). هرگاه زبان، برای ابراز افکار و احساس‌های کودکان کافی نباشد، درمانگران از بازی درمانی برای کمک به کودکان برای ابراز آنچه آنها را ناراحت کرده است، استفاده می‌کنند. بازی درمانی رویکردی با ساختار و مبتنی بر نظریه درمان است که فرآیند یادگیری و ارتباط طبیعی و بهنجار کودک را پایه‌ریزی می‌کند (۲۰).

1. Play therapy

2. Painting therapy

3. Group therapy game

است که مقیاس درجه بندی کانرز در کاربردهای غربالگری کلی برای اختلال‌ها و مشکلات کودکی مفیدند. فرم معلم این مقیاس ابزار مفیدی برای تشخیص اختلال‌های رفتاری کودکان بوده و برای کودکان ۴ تا ۱۲ سال قابل استفاده است. این مقیاس دارای ۳۸ عبارت است. از آنجا که معلمان اغلب دقیق‌تر و حساس‌تر از والدین به جزئیات رفتاری دانش‌آموزان خود در مدرسه توجه می‌کنند، و با آنها آشنا هستند، این مقیاس توسط معلم تکمیل می‌شود. اگر نمره دانش‌آموز بالاتر از ۵۷ باشد، بیانگر اختلال است و هرچه امتیاز بالاتر رود میزان اختلال بیشتر می‌شود و برعکس. مطالعات نشان می‌دهند که مقیاس درجه بندی کانرز معلم از روایی و پایایی کافی برخوردار است. کانرز و همکاران پایایی مقیاس درجه بندی معلم را ۰/۹۱ گزارش کرده است (۲۵). در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه معادل ۰/۸۶ به دست آمد (۲۶).

**ب) پرسشنامه حرمت خود کوپر اسمیت<sup>۲</sup>:** پرسشنامه حرمت خود کوپر اسمیت (۲۷) به منظور سنجش میزان احساس ارزشمندی دانش‌آموزان و دانش‌جویان در زمینه‌های اجتماعی و تحصیلی ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۴ خرده مقیاس است: حرمت خود کلی، حرمت خود اجتماعی (همسالان)، حرمت خود خانوادگی (والدین)، حرمت خود تحصیلی (آموزشی). این پرسشنامه دارای ۵۸ سؤال دوگزینه‌ای با گزینه‌های «بلی» و «خیر» است که هر فرد متناسب با وضعیت خود یکی از آنها را انتخاب می‌کند. پرسشنامه حرمت خود کوپر اسمیت از اعتبار و روایی قابل قبولی برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ را برای نمره کلی آزمون گزارش کرده‌اند. برای بررسی روایی، همبستگی نمره‌های آن با نمره‌های حاصل از پرسشنامه آیزنگ محاسبه شده و ضریب همبستگی ۰/۸۱۴، نشان‌دهنده روایی ملاکی قابل قبول برای سیاهه کوپر اسمیت است. برومند (۲۸) سیاهه حرمت خود کوپر اسمیت را بر روی دانش‌آموزان دوره دبیرستان و پیش‌دانشگاهی شهرستان اسلامشهر هنجاریابی کرده است، ضریب اعتبار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شده است.

**ج) پرسشنامه اضطراب اسپنس نسخه کودکان<sup>۳</sup>:** این پرسشنامه توسط اسپنس (۲۹)، برای ارزیابی نشانه‌های اضطراب در کودکان در جمعیت عمومی ساخته شده است. این پرسشنامه از ۴۵ عبارت تشکیل شده است که ۳۸ عبارت

۸ تا ۱۱ ساله با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ناحیه ۱ و ۲ شهرستان سنندج بود که در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ مشغول به تحصیل بودند. نمونه پژوهش، شامل ۴۵ دانش‌آموز از جامعه آماری مذکور بود که با توجه به شرایط ورود و خروج افراد نمونه انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه، جایدهی شدند. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که پس از اخذ مجوز از اداره کل آموزش و پرورش استان کردستان از بین ۳۱ مدرسه نواحی ۱ و ۲ سنندج به ۱۶ مدرسه مراجعه شد. پس از هماهنگی‌های لازم با مدیران مدارس و معلمان کلاس‌هایی که بیشترین دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را داشتند، بنا به تشخیص معلمان، از هر مدرسه ۲۰ دانش‌آموز با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی انتخاب شدند. در مرحله بعد، مقیاس کانرز بر روی این ۳۲۰ دانش‌آموز انجام شد و ۴۵ نفر که بیشترین نمره‌ها را کسب کرده بودند را انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه قرار داده شدند. ۳۰ دانش‌آموز در گروه آزمایشی (۱۵ دانش‌آموز با مداخله بازی درمانی و ۱۵ دانش‌آموز با مداخله نقاشی درمانی) و ۱۵ دانش‌آموز هم در گروه گواه قرار داده شدند. شرایط ورود عبارت بودند از: نداشتن اختلال همبود و داشتن هوش بهنجار بر اساس بررسی پرونده تحصیلی، رضایت کتبی والدین و دانش‌آموز. ملاک خروج هم مصرف دارو بود. طبق هماهنگی‌های به عمل آمده با مرکز اختلال‌های یادگیری شهرستان سنندج، آموزش گروه‌ها، در این مرکز برگزار شد. آموزش گروه آزمایشی در طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و هر هفته ۲ جلسه به وسیله پژوهشگر انجام گرفت. دوره درمانی گروه‌های آزمایشی ۵ هفته طول کشید و در این مدت، به گروه گواه هیچ آموزشی داده نشد.

### ● ابزارهای پژوهش

**الف) مقیاس درجه بندی کانرز نسخه معلم<sup>۱</sup>:** مقیاس‌های درجه بندی کانرز از جمله ابزارهایی هستند که کاربرد وسیعی در زمینه‌های بالینی و پژوهشی کودکان دارند. این مقیاس‌ها در سال ۱۹۶۹ به منظور کمک به شناسایی کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی طراحی شد. اما پژوهش‌ها در دهه‌های اخیر نشان داده‌اند که این مقیاس‌ها برای مشخص ساختن اختلال‌های رفتاری دیگر نیز مفید هستند. در طی صدها مطالعه پژوهشی و چند دهه کاربرد بالینی، اثبات شده

1. Conners Teacher Rating Scale (CTRS)

2. Coopersmith self-esteem inventory

3. Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)

## ● برنامه مداخله

برنامه مداخله بازی درمانی گروهی بر مبنای پژوهش‌های تیگز (۳۲)، ری، شاتل و تسای<sup>۱</sup> (۳۳)، بیات و همکاران (۳۴)، حشمتی، اصل اناری و شکراللهی (۳۵) و شاه رفعتی و همکاران (۳۶) می‌باشد که با استفاده از ساختاری جدید توسط پژوهشگر تنظیم شد و برای کار با کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی در جهت کاهش اضطراب و افزایش سطح حرمت خود آنان طراحی شد. این برنامه مداخله، طی ۱۰ جلسه و هر جلسه به میزان ۶۰ دقیقه در مرکز اختلالات یادگیری طی ۵ هفته صورت گرفت. برنامه مداخله درمانی نقاشی درمانی نیز بر مبنای پژوهش‌های قاسم‌زاده و همکاران (۳۷)، راسل (۳۸)، رنجوری (۳۹) و عبدالعلی‌زاده (۴۰)، خدادادی (۴۱) و رضایی و همکاران (۴۲) می‌باشد و با تغییرات به روزی که توسط پژوهشگر و با ساختاری جدید فراهم شد، بر روی گروه با مداخله نقاشی درمانی در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد. خلاصه جلسات به شرح زیر می‌باشد:

جدول ۱) برنامه مداخله ۱۰ جلسه‌ای بازی درمانی گروهی

| جلسات | اهداف                                          | چگونگی انجام فعالیت‌ها                                                               |
|-------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| اول   | آشنایی کودکان با هم، با محیط و با درمانگر      | معرفی کودکان و معرفی درمانگر همچنین انجام یک بازی به انتخاب کودکان و اجرای پیش‌آزمون |
| دوم   | کاهش بیش‌فعالی و کاهش اضطراب                   | بازی من کیستم؟ و استفاده از اسباب‌بازی الگوها                                        |
| سوم   | کاهش اضطراب و افزایش حرمت خود                  | استفاده از بازی کارت‌های احساس                                                       |
| چهارم | تقویت حرمت خود                                 | چرخیدن بطری                                                                          |
| پنجم  | کاهش بیش‌فعالی، کاهش اضطراب و تقویت حرمت خود   | بازی موش و پنیر                                                                      |
| ششم   | کاهش اضطراب                                    | اجرای بازی راه خانه را به من نشان بده و زیرگذر                                       |
| هفتم  | کاهش اضطراب و افزایش حرمت خود                  | بازی داستان‌های بلند                                                                 |
| هشتم  | افزایش حرمت خود و کاهش تکانشگری و اضطراب       | بازی نجات خرگوش و چهره‌شناسی                                                         |
| نهم   | کاهش بیش‌فعالی و افزایش حرمت خود و کاهش اضطراب | با چشم بسته توپ بیار                                                                 |
| دهم   | -                                              | جمع‌بندی و انجام پس‌آزمون                                                            |

جدول ۲) برنامه مداخله ۱۰ جلسه‌ای نقاشی درمانی

| جلسات | اهداف                                                             | چگونگی انجام فعالیت‌ها                     |
|-------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| اول   | آشنایی کودکان با هم، با محیط و با درمانگر                         | اجرای پیش‌آزمون و کشیدن نقاشی به صورت آزاد |
| دوم   | افزایش حرمت خود                                                   | ترسیم اعضای خانواده خود                    |
| سوم   | شرکت در گروه و کارگروهی، تقویت روابط با همسالان و افزایش حرمت خود | نقاشی گروهی                                |

1. Ray, Schottlekorb, Tsai

## ادامه جدول ۲

| جلسات | اهداف                                                                  | چگونگی انجام فعالیت‌ها                                                 |
|-------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| چهارم | کاهش بیش‌فعالی و تکانشگری، ایجاد آرامش و کاهش اضطراب و افزایش حرمت خود | تصویر سازی ذهنی با گوش دادن به صداهای مختلف و نقاشی و طراحی نردبان ترس |
| پنجم  | ایجاد آرامش و کاهش اضطراب                                              | نقاشی ماندالا و ترسیم اعضای گروه                                       |
| ششم   | کاهش بیش‌فعالی و تکانشگری، ایجاد آرامش و کاهش اضطراب و افزایش حرمت خود | نقاشی ماندالا و من در آینده                                            |
| هفتم  | کاهش اضطراب و افزایش حرمت خود                                          | ساختن کاردستی با استفاده از قیچی، چسب و کاغذ و ...                     |
| هشتم  | کاهش اضطراب                                                            | نقاشی ماندالا                                                          |
| نهم   | کاهش بیش‌فعالی و تکانشگری، ایجاد آرامش و کاهش اضطراب و افزایش حرمت خود | نقاشی یک آرزو                                                          |
| دهم   | افزایش حرمت خود                                                        | برگزاری یک نمایشگاه از کارهای کودکان و برگزاری پس‌آزمون                |

## ● روش اجرا

شوند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS 22 و با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیری انجام شد.

## یافته‌ها

در این قسمت، ابتدا شاخص‌های توصیفی برای ۲ متغیر اضطراب و حرمت خود به تفکیک گروه‌های پژوهش ارائه شده است. خلاصه اطلاعات توصیفی در جدول ۳ آمده است.

برای اجرای پژوهش حاضر، پس از اخذ مجوز از اداره کل آموزش و پرورش استان کردستان، پژوهشگر به مدارس شهر سنندج مراجعه و نمونه‌های مورد پژوهش شناسایی شدند. جهت ملاحظات اخلاقی نیز از دانش‌آموزان و والدین‌شان رضایت‌نامه کتبی برای همکاری در روند اجرای پژوهش گرفته و به آنها اطمینان داده شد تمام اطلاعات محرمانه بوده و در هر مرحله از پژوهش می‌توانند در صورت تمایل از پژوهش خارج

## جدول ۳) شاخص‌های توصیفی متغیرها برای ۳ گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| متغیر    | گروه         | آزمون     | کمترین | بیشترین | میانگین | انحراف معیار |
|----------|--------------|-----------|--------|---------|---------|--------------|
| اضطراب   | بازی درمانی  | پیش‌آزمون | ۶۳     | ۹۲      | ۷۸/۷۳   | ۱۰/۴۰        |
|          |              | پس‌آزمون  | ۵۱     | ۸۵      | ۶۶/۶۷   | ۱۰/۵۲        |
|          | نقاشی درمانی | پیش‌آزمون | ۶۵     | ۹۷      | ۷۹/۴۰   | ۱۰/۳۴        |
|          |              | پس‌آزمون  | ۶۰     | ۹۰      | ۷۱/۹۳   | ۹/۲۲         |
|          | گواه         | پیش‌آزمون | ۵۸     | ۹۳      | ۷۹/۸۷   | ۹/۷۸         |
|          |              | پس‌آزمون  | ۵۷     | ۹۲      | ۷۶/۸۰   | ۱۰/۵۸        |
| حرمت خود | بازی درمانی  | پیش‌آزمون | ۲۵     | ۳۸      | ۳۰/۷۳   | ۳/۹۴         |
|          |              | پس‌آزمون  | ۲۸     | ۴۰      | ۳۵/۰۰   | ۳/۷۶         |
|          | نقاشی درمانی | پیش‌آزمون | ۲۵     | ۳۸      | ۳۰/۷۳   | ۴/۰۳         |
|          |              | پس‌آزمون  | ۲۸     | ۴۰      | ۳۰/۶۰   | ۴/۷۶         |
|          | گواه         | پیش‌آزمون | ۲۵     | ۳۸      | ۳۰/۵۳   | ۴/۰۷         |
|          |              | پس‌آزمون  | ۲۵     | ۴۱      | ۳۱/۱۳   | ۴/۶۶         |

نشد و لذا مفروضه همگنی برای این متغیر نیز برقرار بود. برای بررسی مفروضه همگنی واریانس از اثر تعاملی متغیر مستقل با پیش‌آزمون استفاده شد. مقدار  $F$  اثر تعاملی برای اضطراب  $0/35$  بود که با سطح معناداری  $0/71$  معنادار نشد. همچنین مقدار  $F$  اثر تعاملی برای حرمت خود  $2/48$  بود که با سطح معناداری  $0/11$  معنادار نشد. معنادار نشدن آزمون شایپروویک از نرمال بودن توزیع داده‌ها حمایت کرد. نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای آزمون فرضیه‌ها در ادامه آمده است.

برای آزمون فرضیه‌ها، با توجه به مقایسه ۳ گروه در ۲ متغیر وابسته، از تحلیل کواریانس استفاده شد. از آنجایی که ۲ پیش‌آزمون جدا برای هر یک از متغیرهای وابسته استفاده شده بود، تحلیل کواریانس تک‌متغیری به کار رفت. قبل از انجام تحلیل‌ها مفروضه‌ها بررسی شدند. مفروضه همگنی واریانس با استفاده از آزمون لوین بررسی شد. برای اضطراب مقدار  $F$  برابر با  $1/31$  و سطح معناداری  $0/28$  معنادار نشد و لذا مفروضه همگنی برای آن برقرار بود. برای حرمت خود نیز مقدار  $F$  برابر با  $1/58$  و سطح معناداری  $0/22$  معنادار

جدول ۴) نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی تأثیر روش درمان بر اضطراب

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F      | سطح معناداری | اندازه اثر |
|--------------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|------------|
| پیش‌آزمون    | ۳۴۴۲/۱۲       | ۱          | ۳۴۴۲/۱۲         | ۱۵۸/۳۸ | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۹       |
| گروه         | ۶۱۴/۳۰        | ۲          | ۳۰۷/۱۵          | ۱۴/۱۳  | ۰/۰۰۱        | ۰/۴۱       |
| خطا          | ۸۹۱/۰۸        | ۴۱         | ۲۱/۷۳           |        |              |            |
| کل           | ۲۹۶۹۳۶        | ۴۵         |                 |        |              |            |

جدول ۵) نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه‌های زوجی

| مقایسه گروهی      | اختلاف میانگین | سطح   | معناداری |
|-------------------|----------------|-------|----------|
| بازی درمانی گروهی | نقاشی درمانی   | -۴/۶۷ | ۰/۰۲     |
|                   | گواه           | -۹/۰۵ | ۰/۰۰۱    |
| نقاشی درمانی      | گواه           | -۴/۳۸ | ۰/۰۴     |

طبق اطلاعات جدول ۴، اثر گروه بر اضطراب با مقدار  $F$  برابر با  $14/13$  و سطح معناداری کمتر از  $0/001$  معنادار است. این یافته نشان می‌دهد که ۳ گروه در اضطراب تفاوت معنادار داشته‌اند. برای انجام مقایسه‌های دو به دو از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

در سطح  $0/001$  و  $0/02$  معنادار است. اختلاف میانگین گروه نقاشی درمانی و گواه  $4/38$  و معنادار نیست.

همان‌طور که از جدول ۵ مشخص است، میانگین اضطراب گروه بازی درمانی گروهی به میزان  $9/05$  از گروه نقاشی درمانی و میزان  $4/67$  نمره از گروه گواه کمتر است. این اختلاف

جدول ۶) نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی تأثیر روش درمان بر حرمت خود

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F      | سطح معناداری | اندازه اثر |
|--------------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|------------|
| پیش‌آزمون    | ۵۶۴/۸۲        | ۱          | ۵۶۴/۸۲          | ۱۴۷/۲۱ | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۸       |
| گروه         | ۱۱۰/۹۳        | ۲          | ۵۵/۴۶           | ۱۴/۴۵  | ۰/۰۰۱        | ۰/۴۱       |
| خطا          | ۱۵۷/۳۱        | ۴۱         | ۳/۸۴            |        |              |            |
| کل           | ۴۹۱۸۹         | ۴۵         |                 |        |              |            |

طبق اطلاعات جدول ۶ اثر گروه بر حرمت خود با مقدار F برابر با ۱۴/۴۵ و سطح معناداری کمتر از ۰/۰۰۱ معنادار است. این یافته نشان می‌دهد، ۳ گروه در حرمت خود تفاوت معنادار داشته‌اند. برای انجام مقایسه‌های دو به دو از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ آمده است.

جدول ۷) نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه‌های زوجی

| مقایسه گروهی      | اختلاف میانگین | سطح  | معناداری |
|-------------------|----------------|------|----------|
| بازی درمانی گروهی | نقاشی درمانی   | ۲/۸۰ | ۰/۰۰۱    |
|                   | گواه           | ۳/۶۸ | ۰/۰۰۱    |
| نقاشی درمانی      | گواه           | ۰/۸۸ | ۰/۶۷     |

همان‌طور که از جدول ۷ مشخص است میانگین حرمت خود گروه بازی درمانی گروهی به میزان ۲/۸۰ از گروه نقاشی درمانی و میزان ۳/۶۸ نمره از گروه گواه بیشتر است. این اختلاف در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. اختلاف میانگین گروه نقاشی درمانی و گروه گواه ۱/۱۶ معنادار نبود.

## بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی بازی درمانی گروهی و نقاشی درمانی بر اضطراب و حرمت خود دانش‌آموزان پسر با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در مقطع ابتدایی انجام شد. با مرور یافته‌های پژوهش درمی‌یابیم که بازی درمانی و نقاشی درمانی هر دو در کاهش اضطراب دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مؤثر بودند. اما در افزایش حرمت خود فقط بازی درمانی مؤثر بود.

آزمون فرضیه یکم نشان داد، هم گروه بازی درمانی گروهی و هم گروه نقاشی درمانی از گروه گواه میانگین کمتری داشته‌اند. نتایج حاصل از این یافته‌ها با پژوهش‌های مختلف و متعددی همسو است (مانند ۴۰-۶۰). برای مثال، نتایج فیض‌الهی، صادقی و رضایی (۴۳) نشان داد افرادی که در ۸ جلسه بازی درمانی گروهی شرکت کرده بودند، اضطراب کمتری از گروه گواه داشتند. در پژوهش عطاری و شفیع‌آبادی (۴۴) افرادی که دوره نقاشی درمانی را به مدت ۸ هفته گذرانده بودند، اضطراب کمتری را تجربه کردند. در تبیین این یافته می‌توان گفت، پیچیدگی زندگی در دنیای امروز به حدی است که مواجهه با انواع تنیدگی و اضطراب را اجتناب‌ناپذیر می‌کند و تا زمانی که انسان‌ها ناگزیر به رویارویی با تنیدگی‌های مختلف هستند، آسیب‌پذیر بوده و سازگاری آنها با محیط، در

معرض خطر است. اضطراب، در کودکان در حال تحصیل هم نمود پیدا می‌کند. به طوری که امروزه پژوهش‌های بالینی در حوزه بررسی سازوکارهای زیربنایی اضطراب به منظور دستیابی به درمان‌های مؤثر افزایش چشم‌گیری یافته است. افراد با اختلال‌های اضطرابی، تداعی‌های خودکار منفی نسبت به خود داشته و به دنبال آن، انتظار مورد ارزیابی منفی قرار گرفتن از جانب دیگران را دارند. روش‌های درمانی مختلفی برای این اختلال وجود دارد که از مهم‌ترین آنها می‌توان دارودرمانی، نقاشی درمانی، رفتاردرمانی، قصه‌درمانی، موسیقی درمانی، بازی درمانی را نام برد. بازی درمانی به عنوان یک مداخله پیشرفته و تکامل یافته برای کودکان از زمره روش‌هایی است که نتایج مفید و قابل توجهی به بار می‌آورد و به شیوه مثبتی به رفتارهای هیجانی و تکانشی تعادل می‌بخشد. به اعتقاد ری و همکاران تأثیر مداخله بازی درمانی گروهی بر کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، کاهش سطح ناراحتی و مشکلات هیجانی از قبیل اضطراب، افسردگی و افزایش سطح خودکارآمدی و خودپنداره این کودکان می‌باشد (۳۳).

آزمون فرضیه دوم، اثر بازی درمانی بر افزایش حرمت خود را تأیید اما اثر نقاشی درمانی را رد کرد. نتایج این فرضیه با پژوهش‌های جنتیان و نوری (۶۱)؛ زارع‌پور و همکاران (۶۲)؛ حسنی و همکاران (۴۷)، جانسوز و همکاران (به نقل از ۶۳)، محب و همکاران (۴۶) و هاشمی و همکاران (۶۴) همسو می‌باشد. به طوری که در این پژوهش‌ها بازی درمانی بر افزایش حرمت خود کودکان مؤثر گزارش شده است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت بازی درمانی گروهی با ایجاد جوی پذیرا، آرام و آزاد برای کودک با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی شرایطی را فراهم می‌کند تا آزادانه احساس‌ها و باورهای خویش و دیگران را کشف کند و با توجه به اینکه در بازی درمانی گروهی کودک در میان گروه قادر به بیان و ابراز احساس‌های خود است، همین موضوع باعث افزایش حرمت خود او شده و حرمت خود او را تقویت می‌کند (۱۹ و ۲۱). همچنین بازی درمانی گروهی معنای شفافی داشته و یک فعالیت محبوب برای همه است. همه کودکان و حتی افراد بالغ دوست دارند، بازی کنند. ماهیت بازی هم تعاریف بسیاری دارد. توانایی و آزادی‌هایی که در بازی وجود دارد بسیاری از ارزش‌ها را برای کودک حفظ می‌کند که از این طریق کودکان را در ارتقای حرمت خود یاری می‌کند.

در برنامه‌های خود، بهره‌برند و متخصصان نظام آموزش و پرورش کشور در تدوین کتاب‌ها و برنامه‌های درسی استفاده از این روش‌های درمانی را مدنظر داشته باشند و از آن استفاده کنند.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بدین وسیله از تمام دانش‌آموزان شرکت‌کننده، اولیای محترم آنان و مسئولان مدارس مورد مطالعه به خاطر مساعدت‌های ارزشمندشان تشکر و قدردانی می‌کنند.

### تضاد منافع

نویسندگان این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی با یکدیگر ندارند.

### References

- Nooripour R, Hosseini S, Afrouz GA, Bakhshani NM. Effectiveness of Neurofeedback on Cognitive Empathy and Cognitive Emotion Regulation in Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). JOEC. 2020; 20(2): 5-20. [Persian]
- Pathak MS, Sharma S, Ray A. Comparative Study of working Memory of Visually Impaired Students and Sighted Students. International Journal of English Literature and Social Sciences. IJELS. 2020; 5(3): 138-189.
- Silverstein MJ, Faraone SV, Leon TL, Biederman J, Spencer TJ, Adler LA. The relationship between executive function deficits and Dsm-5-defined ADHD symptoms. Journal of attention disorders. 2020; 24(1): 41-51.
- Tabrizi M, Manshae G, Ghamarani A, Rasti J. Comparison of the Effectiveness of Virtual Reality with Neurofeedback on the Impulsivity of Students with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). JOEC. 2020; 20(1): 115-128. [Persian]
- Abasian M, Shehni Yailagh M, Maktabi G, Abedid A. Designing an Attention Training Program for Students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. JOEC. 2020; 20 (1): 73-86. [Persian]

با دقت به رفتار و نوع بازی کودکان در حین فرآیندهای هنر درمانی دیده می‌شد که آنها ضمن این که در نقش خود غرق می‌شدند، هم‌زمان با شن، گچ، سنگ، کاغذ و هروسيله‌ای که دور و برشان بود نیز سرگرم می‌شدند. استفاده از نقاشی درمانی توانست کمکی به افزایش حرمت خود کودک کند؛ چرا که حرمت خود کودک به خودی خود کم یا زیاد نیست و شبیه ابر لایه لایه است که روزانه تغییر شکل و شدت می‌دهد. پس اگر کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی که از کمبود حرمت خود رنج می‌برند درباره خود، احساس خوبی داشته باشند و به حرمت خود دست یابند (۲۰)، این حس خوب در چگونگی ارتباط آنها با دوستان، معلمان و والدین خود تأثیرگذار است. نتایج یافته‌های پژوهش نشان داد که بازی درمانی و نقاشی درمانی هر دو در افزایش حرمت خود کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مؤثر بودند اما بازی درمانی اثرگذاری بیشتری داشت.

در پایان می‌توان گفت که با توجه به اینکه کودکان در هر جامعه‌ای، سرمایه و توان آینده آن جامعه محسوب می‌شوند، توجه به آنها زمینه‌ساز پیشرفت‌های بعدی خواهد بود و با توجه به اینکه بخشی از این آینده‌سازان ممکن است دچار اختلال‌هایی از جمله اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی باشند، توجه به درمان‌هایی غیر از درمان دارویی که دارای عوارض جانبی می‌باشد، امری لازم و ضروری است. در این پژوهش از بین انواع روش‌های درمانی، روش‌های بازی درمانی گروهی و نقاشی درمانی به کار گرفته شد که با توجه به نتایج به دست آمده هر دو روش درمانی می‌توانند در مقیاسی وسیع‌تر به عنوان الگویی در جهت درمان و کاهش اختلال‌های کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مورد استفاده قرار گیرند. در خصوص محدودیت‌های پژوهش می‌توان به این موضوع اشاره کرد که اجرای مداخله بازی درمانی گروهی و نقاشی درمانی فقط بر روی پسران با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام گرفته است، لذا تعمیم یافته‌های پژوهش بر روی دختران ممکن است، مشکلاتی ایجاد کند. پیشنهاد می‌شود با توجه به اینکه این پژوهش فقط بر روی پسران صورت گرفته است، پژوهشگران در پژوهش‌های آتی روش‌های بازی درمانی گروهی و نقاشی درمانی را بر روی گروه‌های دختران نیز مورد ارزیابی قرار دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود متخصصان امر تعلیم و تربیت اعم از دانشگاه‌ها، آموزش و پرورش، مهد کودک‌ها و ... از روش‌های درمانی (بازی درمانی گروهی و نقاشی درمانی)

6. Biederman J, Wozniak J, Tarko L, Serra G, Hernandez M, Ktyng W. Reexamining the risk for switch from unipolar to bipolar major depressive disorder in youth with ADHD: a long term prospective longitudinal controlled study. *Journal of Affective Disorders*. 2014; 15(2): 347-51.
7. Ganji M. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. First edition. Tehran: Savalan; 2019.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Fifth Edition. Arlington: American Psychiatric Association; 2013, pp: 158-204. [DOI:10.1176/appi.books.9780890425596]
9. Shaw T, Sterling Eris M, Ning P. ADHD symptoms related to profiles of self-esteem in a longitudinal study of twins: A person-oriented approach. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2014; 21: 228-237.
10. Gulati S, Saini L, Kaushik JS, Chakrabarty B, Arora NK, Pandey RM, ... & Paul VK. The Development and Validation of DSM 5-Based AIIMS-Modified INDT ADHD Tool for Diagnosis of ADHD: A Diagnostic Test Evaluation Study. *Neurology India*. 2020; 68(2): 352.
11. Vitola ES, Bau CHD, Salum GA, Horta BL, Quevedo L, Barros FC, ... & Grevet EH. Exploring DSM-5 ADHD criteria beyond young adulthood: phenomenology, psychometric properties and prevalence in a large three-decade birth cohort. *Psychological medicine*. 2017; 47(4): 744.
12. Abbasiabrazgah M, Ghahremani N, Sohrabi M. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction training on improving the decision-making styles of girls with anxiety in divorced families. *Afagh Journal of Humanities*. 2019; 28: 119-137.
13. Weis R, Till CH, Erickson CP. ADHD assessment in college students: Psychologists' adherence to DSM-5 criteria and multi-method/multi-informant assessment. *Journal of Psychoeducational Assessment*. 2019; 37(2): 209-225.
14. Kita Y, Inoue Y. The direct/indirect association of ADHD/ODD symptoms with self-esteem, self-perception, and depression in early adolescents. *Frontiers in psychiatry*. 2017; 8: 137.
15. Molavi P, Nadermohammadi M, Ghojehbeiglou HS, Vicario CM, Nitsche MA, Salehinejad MA. ADHD subtype-specific cognitive correlates and association with self-esteem: a quantitative difference. *BMC psychiatry*. 2020; 20(1): 1-10.
16. Pakdaman F, Irani F, Tajikzadeh F, Jabalkandi SA. The efficacy of Ritalin in ADHD children under neurofeedback training. *Neurological Sciences*. 2018; 39(12): 2071-2078.
17. Pushkarna P. ADHD, an account of a successful play therapy (Psychoanalytical Psychotherapy). *Journal of Apollo Medicine*. 2014; 11(1): 35-36.
18. Stulmarker HL, Ray DC. Child-Centered Play Therapy with Young Children who are Anxious: A Controlled Trial. *Children Youth Serv Rev*. 2015; 57: 127-133.
19. Findling F. Evaluation of the Treatment of Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder in Children: A Review. *Clinical Therapeutics*. 2008; 30- 50.
20. Halperin JM, Healey DM. The influences of environmental enrichment, cognitive enhancement, and physical exercise on brain development: can we alter the developmental trajectory of ADHA?. *Journal of Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2011; 35(3): 621-634.
21. Morshed N, Davoudi I, Babamiri M. Effectiveness of group play therapy on symptoms of oppositional defiant among children. *Journal of education and community health*. 2015; 2(3): 12-18. [Persian]
22. Hashemian P, Jarahi L. Effect of painting therapy on aggression in educable intellectually disabled students. *Psychology*. 2014; 5: 2058-2063.
23. Shalani B, Karami, J, Momeni K. The effectiveness of Art therapy with drawing approach on impulsiveness of children infected by ADHD. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2017; 7: 20-20. [Persian]
24. Narimani M, Abolghasemi A, Ilbeigy Ghalenei R. Effect of Art Therapy (Painting) on Executive Functions and Visual Motor Coordination in Dyslexic Children. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2018; 8: 50-50. [Persian]
25. Conners CK, Sitarenios G, Parker JD, Epstein JN. The revised Conners' Parent Rating Scale (C.P.R.S-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1998; 26(2): 257-268.
26. Shahim S, Yousefi F, Sahahaeian A. Standardization And Psychometric Characteristics Of The Conners' Teacher Rating Scale. *Journal Of Education And Psychology*. 2017; 14(1): 1-26.
27. Coppersmith S. The Antecedents of Self-esteem, San Francisco: W.H. Freeman. 1967.
28. Bromand M. Practical evaluation of validity, validity and standardization of Cooper-Smith self-esteem test in Islamshahr [Thesis for M.Sc. in Psychology].

- [Tehran, iran]: Faculty of Psychological and Social Sciences, Azad University; 2001, pp: 35-46. [Persian]
29. Spence SH. A measure of anxiety symptoms among children. *Behavior Research and Therapy*. 1999; 36: 545-566.
  30. Jitlina K, Zumbo B, Mirenda P, Ford L, Bennett T, Georgiades S, Zwaigenbaum L. Psychometric properties of the spence children's anxiety scale: Parent report in children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*. 2017; 47(12): 3847-3856.
  31. Zarghami F, Heidari Nasab L, Shaeiri MR, Shahrivar Z. A Study in the Impact of Coping-Cat-based Cognitive-Behavior Therapy (CBT) on Reduced Anxiety in the Children Aged 8 to 10 with Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology Studies*. 2015; 5(19):183-202. [Persian]
  32. Tiggs P L. Play therapy techniques for African American elementary school-aged children diagnosed with oppositional defiant disorders. [Dissertation]. Capella University. 2009; 4(13); 371- 433.
  33. Ray D, schottlekorb A, Tsai MH. Play Therapy with Children Exhibiting Symptoms of Attention Deficit Hyperactive Disorder. *International Journal of Play Therapy*. 2007; 16(2): 95-111.
  34. Bayat F, Rezaee AM, Behnam B. Comparison of the Effectiveness of Play Therapy and Storytelling on the Improvement of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Students. *Qom Univ Med Sci J*. 2018; 12(8): 59-68. [Persian]
  35. Heshmati R, Onari Asl R, Shokrallah R. The effectiveness of group play therapy techniques on state anxiety, positive emotions and general compatibility level in special students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*. 2016; 5(4): 7-24. [Persian]
  36. Rafati F, Pourmohamadreza-Tajrishi M, Pishyareh E, Mirzaei H, Biglarian A. Research Paper: Effectiveness of Group Play Therapy on the Communication of 5-8 Years Old Children With High Functioning Autism. *jrehab*. 2016; 17(3): 200-211. [Persian]
  37. Ghasemzadeh S, Amini S, Norouzi R. Effect of Motivational Painting Training on Aggressive Behavior of Students with Intellectual Disability. *Journal Of Exceptional Children*. 2020; 20(1): 45-56. [Persian]
  38. Rastele MA. Individual art therapy counseling with at-risk children in school setting. Thesis for master of art in art therapy and counseling. USA. Ursuline college. 2014.
  39. Ranjouri M. The effectiveness of painting therapy on reduction of aggression: a meta- analysis [Thesis for M.Sc. in Psychology]. [Tehran, iran]: Faculty of Education, School of Psychology, AL Zahra University; 2016, pp: 157-159. [Persian].
  40. Abdolalizade F. Comparing efficacy of therapy painting and play therapy on self-concept in and aggression in children with learning disabilities [Thesis for M.Sc. in Psychology]. [Mashhad, iran]: Department of Psychology, Ferdowsi university of mashhad international campus; 2014, pp: 40-52. [Persian].
  41. Khodadadi N. Effectiveness of art therapy with painting approach on facial emotional expression recognition of children with high-functioning autism spectrum disorder. *Empowering Exceptional Children Journal*. 2018; 9(1): 89-98. [Persian]
  42. Rezaee S, Khodabakhshi Koolae A, Taghvaei D. Influence of painting therapy in decreasing aggression and anxiety among elementary school boys. *JPEN*. 2015; 2(2): 10-19. [Persian]
  43. Feizollahi J, Sadeghi M, Rezaei F. The Effect of Cognitive Behavioral Play Therapy and Its Integration with Parental Management Training on Symptoms of ADHD in 7-11 Year Old Children: A Quasi-Experimental Study. *JRUMS*. 2020; 19(2): 155-172. [Persian]
  44. Atari B, Shafiabadi A. The effectiveness of teaching painting on decreasing the amount of anxiety in elementary school boys. *Qccpc*. 2012; 2(8): 47-64. [Persian]
  45. Sohrabi Shegofti N. Different methods of play therapy and its application in the treatment of behavioral and emotional disorders in children. [cited 2021 April 24]; 1(4): 41-58. Available from: <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=189774>
  46. Mohebb N, Amiri Sh, Behraves A. The effectiveness of Short time structured play therapy on attention – deficit Hyperactivity disorder in pre-school children (six years). *Jinev*. 2013; 6(22): 27-43. [Persian]
  47. Hassani R, Mirzaeeian B, Khalilian A. Effectiveness of Cognitive Behavior-based Play Therapy on Anxiety and Self-esteem of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Children. *Quarterly Journal of New Psychological Research*. 2013; 8(29): 163-180. [Persian]
  48. Mirmohamadi M, Barghi Irani Z. Effectiveness of Play on Reducing Social Anxiety and Increasing the Emotional Insight of Children with Impairment Sensory-motor. *JOEC*. 2021; 20(4): 92-77. [Persian]

49. Rezaee S, Khodabakhshi Koolaee A, Taghvaei D. Influence of painting therapy in decreasing aggression and anxiety among elementary school boys. JPEN. 2015; 2(2): 10-19. [Persian]
50. Adelzade F. Comparison of effectiveness of story therapy, game therapy and clay therapy in order to decreasing of separation anxiety in children in Shiraz [Thesis for M.Sc. in Psychology]. [Shiraz, Iran]: Department of Psychology, Islamic Azad University Marvdasht Branch; 2016, pp:14-20. [Persian].
51. Shahraki pur Z. The effectiveness of group play therapy on the basis of cognitive behavior on behavioral disorders elementary school children [Thesis for M.Sc. in Psychology]. [Sistan & Baluchestan, Iran]: Department of Psychology, University of Sistan & Baluchestan; 2018, pp: 11-30. [Persian].
52. Saberyan B, Moradi F. Play therapy. First edition. Tehran: Aftab Giti; 2018, pp: 14-108. [Persian]
53. Baggerly J, Parker M. Child centered group play therapy with African American boys of the elementary school level. Journal Counseling & Development. 2008; 83: 387-396.
54. Bratton SC, Ray D, Rhine T, Jones L. The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. Professional Psychology: Research and Practice. 2005; 36 (4): 376-390.
55. Ray DC. Impact of play therapy on parent-child relationship stress at a mental health training setting. British Journal of Guidance. 2008; 36(2): 165-187. DOI: 10.1080/03069880801926434
56. Baggerly J. Play Therapy research: history and current empirically support INA. A. Drewes (Ed). Blending play Therapy with Cognitive behavioral Therapy. New Jersey. John Wiley & Sons. 2009; pp: 97-117.
57. Landreth GL, Ray DC, Bratton S. Play therapy in elementary school psychology in the school. 2009; 46(3): 1-9.
58. Lee Y, Jang M. The effects of sand play therapy on the depression, anxiety and saliva cortisol of university students with ADHD tendencies. Journal of Symbols & Sandplay Therapy. 2012; 3(1): 31-47.
59. Yang Y. The effects of sandplay therapy on the behavioral problems, self-esteem, and emotional intelligence of children in grandparents-grandchildren families in rural Korean Areas. Journal of Symbols & Sandplay Therapy. 2014; 5(1): 1-7.
60. Maeng J, Jang M. The Effects of sandplay therapy on the anxiety, self-esteem, and sociality of college students with blindness. Journal of Symbols & Sandplay Therapy. 2014; 5(1): 14-22.
61. Janatian S, Nori A, Shafati A, Molavi H, Samavatian H. Effectiveness of play therapy on the basis of cognitive behavior approach on severity of symptoms of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) among primary school male students aged 9-11. RBS. 2008; 6(2): 109-118. [Persian]
62. Zareapour A, Falahi Khoshknab M, Kashaninia Z, Biglarian A, Babashahabi R. Effect of group play therapy on depression in children with cancer. SJKU. 2009; 14(3): 64-72. [Persian]
63. Abdkhodaie MS, Sadeghi Ardobadi A. Prevalence of Separation Anxiety in Children and Effect of Cognitive Behavioral Play Therapy on Reducing it. Jcp. 2011; 3(4): 51-58. [Persian]
64. Hashemi M, Banijamali ShS, Khosravi Z. Comparison of the Effectiveness of Ecosystemic Play Therapy and Short-term Play Therapy in Reducing Symptoms of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. 2018; 8(31): 31-54. [Persian].