DOI: *10.29252/rbs.19.3.381*

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2021, Volume 19, Issue 3

The Effectiveness Floor Time Play Therapy on Emotion Management, Self-Control, and Executive Functions in Students with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

Mazaher Bodaghi[1], **Zabih Pirani**[2], **Davoud Taghvaei**[3]

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.
2. (Corresponding author)* Assistant Professor, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

Abstract

Aim and Background: Research has shown that energy depletion in children with ADHD can have good results on daily functioning. Therefore, the aim of this study was to the Effectiveness Floor Time Play Therapy on Emotion Management, Self-Control, and Executive Functions in Students with ADHD.

Methods and Materials: The method of the present study is a quasi-experimental type of pre-test-post-test-multi-group follow-up plans with a control group. Counseling centers in Arak, 24 subjects were selected by purposive sampling method and considering the criteria for entry and exit to the research and were randomly assigned to experimental and control groups, both research groups at the beginning of the intervention (Floor Time play therapy), Completion of the intervention and two months after the end of treatment were evaluated. Research instruments included the Child Emotion Management Skills Questionnaire Ziman et al. (2001), the Perceived Self-Control Questionnaire Humphrey Children (2000) and Children and Adolescents Executive Performance Scale Barclay (2012). Data were evaluated using repeated measures analysis of variance.

Findings: The results showed that Floor Time play therapy had a significant effect on emotion management, behavior control and executive functions ($P \leq 0.001$).

Conclusions: It seems that Floor Time play therapy can be considered as an effective intervention to improve executive functions, control behavior and emotion management in children with attention deficit hyperactivity disorder.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Executive Functions, Emotion Management. Floor Time play therapy.

Citation: Bodaghi M, Pirani Z, Taghvaei D. **Effectiveness of the Effectiveness Floor Time Play on Emotion Management, Self-Control, and Executive Functions in Students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder**. Res Behav Sci 2021; 19(3): 381-391.

* **Zabih Pirani,**
Email: z-pirani@iau-arak.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-20]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.1.2]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.381]

اثربخشی بازی‌درمانی فلورتایم بر مدیریت هیجان، خودکنترلی و کارکردهای اجرایی در کودکان مبتلابه بیش فعالی/ نقص توجه

مظاهر بداقی[۱]، ذبیح پیرانی[۲]، داود تقوایی[۳]

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران.

۳- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: تحقیقات نشان داده است که تخلیه انرژی کودکان مبتلابه بیش فعالی و نقص توجه تحت عنوان بازی می‌تواند نتایج خوبی بر عملکردهای روزانه داشته باشد. بر این اساس هدف از پژوهش حاضر اثربخشی بازی‌درمانی فلورتایم بر مدیریت هیجان، خودکنترلی و کارکردهای اجرایی در کودکان مبتلابه بیش فعالی و نقص توجه می‌باشد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع طرح‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری چند گروهی با گروه کنترل می‌باشد، از بین جامعه آماری کلیه دانش آموزان دوره ابتدایی مبتلابه اختلال نقص توجه و بیش فعالی در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اراک، ۲۴ آزمودنی به روش نمونه‌گیری هدفمند و لحاظ کردن ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش انتخاب و با شیوه گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند، هر دو گروه پژوهش در آغاز مداخله (بازی‌درمانی فلورتایم)، اتمام مداخله و دو ماه پس از خاتمه درمان مورد ارزیابی قرار گرفتند. ابزارهای تحقیق شامل پرسشنامه مهارت مدیریت هیجان کودک زیمن و همکاران (۲۰۰۱)، پرسشنامه خودکنترلی ادراک‌شده کودکان هامفری (۲۰۰۰) و مقیاس کارکردهای اجرایی کودکان و نوجوانان بارکلی (۲۰۱۲) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بازی‌درمانی فلورتایم بر مدیریت هیجان، کنترل رفتار و کارکردهای اجرایی اثر معنی‌داری داشت ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که بازی‌درمانی فلورتایم می‌تواند به‌عنوان یک مداخله‌ی اثربخش جهت بهبود کارکردهای اجرایی، کنترل رفتار و مدیریت هیجان کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه و بیش فعالی محسوب شود.

واژه‌های کلیدی: اختلال نقص توجه و بیش فعالی، کارکردهای اجرایی، مدیریت هیجان. بازی‌درمانی فلورتایم.

ارجاع: بداقی مظاهر، پیرانی ذبیح، تقوایی داود. **اثربخشی بازی‌درمانی فلورتایم بر مدیریت هیجان، خودکنترلی و کارکردهای اجرایی در کودکان مبتلابه بیش فعالی/نقص توجه**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۰؛ ۱۹(۳): ۳۸۱-۳۹۱.

*- **ذبیح پیرانی،**

رایانامه: z-pirani@iau-arak.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-20]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.1.2]

[DOI: 10.52547/rbs.19.3.381]

مقدمه

اختلال نقص توجه و بیش فعالی، اختلالی است که در آن پرتحرکی، بی‌توجهی و رفتارهای ناگهانی بیشتر و شدیدتر از کودکان دیگر وجود دارد. ۳ تا ۵ درصد کودکان به این اختلال مبتلا هستند و در پسرها شایع تر است. ممکن است در بعضی بیشتر علائم پرتحرکی و رفتارهای ناگهانی و در گروهی علائم بی‌توجهی بیشتر دیده شود. علائم این بیماری قبل از ۷ سالگی شروع می شود ولی اغلب در دوران مدرسه مشکلات جدی ایجاد می‌گردد (۱). پسران احتمالاً سه برابر بیشتر از دختران به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی مبتلا می‌شوند (۲). اختلال نقص توجه/ بیش فعالی دارای سه نوع عمده نقص توجه، بیش فعالی و تکانشگری و ترکیبی است که هرکدام از این سه نوع اختلال نقص توجه/ بیش فعالی در سنین کودکی شیوع ۳ تا ۸ درصدی دارد کودکان مبتلابه دلیل نشانه‌های بیش فعالی و بی‌توجهی در معرض انواع تبعات منفی ازجمله مشکلات تحصیلی، اختلالات رفتاری و همچنین خطر همبودی با سایر اختلالات قرار دارند، بنابراین برای کاهش مشکلات فوق مداخله زودهنگام در محیط خانه و مدرسه ضرورت دارد (۳). علل متفاوتی برای تبیین این اختلال مطرح‌شده که دامنه گسترده‌ای از شواهد ژنتیکی و عصب‌شناختی تا نارسایی در کنترل شناختی و رفتاری را دربر گرفته است (۴). از بین این عوامل نارسایی در کنش‌های اجرایی شامل حافظه کاری و تکانشگری مطالعات زیادی را به خود اختصاص داده است (۵). پژوهشگران در رابطه با سبب‌شناسی این اختلال، عوامل گوناگونی را مطرح کرده‌اند. یکی از عواملی که در آسیب‌شناسی این اختلال موردتوجه قرارگرفته است، کارکردهای اجرایی می‌باشد. کارکردهای اجرایی یک اصطلاح کلی است که به پردازش‌های مدیریت ذهنی مربوط به کنترل زیستی، شناختی و هیجانی برمی‌گردد و برای حفظ رفتارهای هدفمند و مؤثر ضروری است. عملکردهای اجرایی شامل مهار پاسخ، حافظه کاری، انعطاف‌پذیری شناختی، برنامه‌ریزی، روانی و کنترل توجه می‌شود (۶). کارکردهای اجرایی، کارکردهای عالی شناختی و فراشناختی هستند که مجموعه‌ای از توانایی‌های عالی، بازداری، خود آغازگری، برنامه‌ریزی راهبردی، انعطاف شناختی و کنترل تکانه را به انجام می‌رسانند (۷). آدلر و همکاران (۸) نشان دادند که نارسایی در کارکردهای اجرایی با علائم مرکزی اختلال نقص توجه/ بیش فعالی مرتبط است. همچنین کارکردهای اجرایی در توانایی افراد برای ایجاد و هماهنگی پاسخ‌های انطباقی به محیط، نقشی اساسی ایفا می‌کنند (۹). به‌بیان‌دیگر، این کارکردها برای رفتار انطباقی و هدفمند لازم هستند و با انسجام سیستم‌های عصبی در قشر فرونتال مرتبط هستند (۱۰).

از دیگر حوزه‌هایی که در این اختلال مختل می‌شود، تنظیم هیجان است. تنظیم هیجان فرآیندهای ناهمگنی است که به واسطه آن هیجانات تنظیم می شوند. این فرایندهای تنظیم هیجان ممکن است خودکار یا کنترل‌شده، آگاهانه یا ناآگاهانه باشد و شامل جنبه های هشیار و ناهشیار فیزیولوژی و شناختی رفتاری است (۱۱). افرادی که از تنظیم هیجان بالایی برخوردارند، از ثبات هیجانی بیشتری برخوردارند که این ویژگی می‌تواند کارایی آنان را افزایش دهد. به اعتقاد راچلین، فرد با خودکنترلی بالا، از تعهد بیشتری نیز برخوردار است (۱۲). مطالعات نشان داده اند که تنظیم هیجانی مطلوب با عملکرد مناسب در انجام تکالیف شناختی در بزرگسالان ارتباط دارد. حتی در خردسالان نیز، این توانایی با عملکرد خوب تحصیلی، مولد بودن، رفتار مناسب کلاسی، نمره‌های خواندن و ریاضی، رابطه مثبت دارد (۱۳). افراد با خویشتن داری بالاتر، به دلیل آن که می‌بایست تکالیف و وظایف خود را به‌موقع انجام دهند (۱۴) از زمان به نحو بهتری استفاده می کنند، تمرکز بیشتری بر کار خود می‌کنند، از روش‌های مناسب‌تری برای انجام کار خود بهره می‌گیرند و از پیامدهای کم‌اهمیت برای رسیدن به نتایج بهتر صرف‌نظر می‌کنند. ازاین‌رو تنظیم هیجان می‌تواند با افزایش و بهبود عملکرد در ارتباط باشد (۱۵).

از دیگر حوزه‌های که در این اختلال مد نظر می‌باشد، خودکنترلی است. خودکنترلی و خود تاب‌آوری از منابع درون فردی هستند که می‌توانند سطوح استرس و ناتوانی را در شرایط ناگوار تعدیل نمایند و اثرات منفی استرس را کم‌رنگ‌تر جلوه دهند. یکی از مهم‌ترین مهارت‌ها که مشخصه سلامت و بهزیستی روانی افراد است، برخورداری آن‌ها از صفت خودکنترلی (خودنظارتی) است. افرادی که می‌توانند هدف‌های واقع‌گرایانه را اولویت‌بندی کنند و در زمان تصمیم‌گیری میان عواطف و عقل تعادل برقرار کنند، خودکنترل هستند. خودکنترلی بیانگر میزان مطابقت ویژگی‌های رفتاری خود با شرایط و موقعیت موجود است (۱۶). خودکنترلی یعنی فرد خودکنترلی‌ها، احساسات و غرایز خود را باوجود برانگیختن برای عمل داشته باشد. یک کودک یا نوجوان با خودکنترلی، زمانی را صرف فکرکردن به انتخاب‌ها و نتایج احتمالی می‌کند و سپس

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-20]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.1.2]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.381]

بهترین انتخاب را می‌کند (۱۷). کودک در هر شرایطی نیازمند بازی است و بازی آثار و ارزش های زیادی دارد که در آن کودک پدیده ها را درک کرده، روابط را تشخیص می‌دهد و احساس راحتی می‌کند. یکی از روش‌های بازی‌درمانی، روش فلورتایم است. فلورتایم، استفاده از اصول رویکرد تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط برای آموزش با کودکان و نوجوانان است که به استفاده از روش‌های هدفمند بازی و تعامل دوطرفه به آن‌ها کمک می‌کند تا ظرفیت‌هایشان را در رشد شخصی افزایش بدهند (۱۸). اهداف فلورتایم شامل تمرکز، صمیمیت، ابتکار، دوجانبه بودن تعامل، هدفمند بودن، تصوری و تخیلی بودن، تفکر منطقی، لذت بردن، خودانگیختگی، همدلی و خودآگاهی می‌باشد، راهبردهای فلورتایم در وهله اول برای درگیر کردن تمام سیستم‌های مغزی عمده و برای به کار گرفتن قدرت درمانی عاطفه و هیجان طراحی‌شده است که نقش یکپارچه کننده‌ای در مغز ایفا می‌کند (۱۹). این رویکرد، به‌جای اینکه کودک را مجبور به ایجاد تعامل کند و با دادن پاداش رفتار را شکل دهد، کودک را ترغیب به تعامل می‌کند. این روش به‌قدری جذاب و جالب است که خود کودک می‌خواهد درگیر آن شود. بازی‌درمانی فلورتایم که از مبانی نظری مدل رشدی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط استفاده می‌کند، روشی درمانی است که از رابطه دوجانبه و سالم بین والد و فرزند در حین بازی‌درمانی در جهت بهبود و رشد توانایی‌های روان‌شناختی و اجتماعی کودک استفاده می‌کند (۲۰). بر اساس مطالب ذکرشده هدف از پژوهش حاضر اثربخشی بازی‌درمانی فلورتایم بر مدیریت هیجان، خودکنترلی و کارکردهای اجرایی در کودکان مبتلابه بیش فعالی و نقص توجه می‌باشد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع طرح‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری چند گروهی با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان مبتلابه اختلال نقص توجه و بیش فعالی پایه چهارم، پنجم و ششم ابتدایی در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ در شهر اراک بوده که به مراکز اختلالات یادگیری، مراکز مشاوره و بهزیستی شهر مراجعه کرده‌اند و یا ارجاع داده‌شده‌اند. آزمودنی‌ها با مصاحبه بالینی بر مبنای ملاک‌های DSM5 برای تشخیص نوع مرکب اختلال نقص توجه و بیش فعالی انتخاب شدند همچنین ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دامنه هوشی حداقل ۸۰ (با اجرای تست وکسلر)، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و رضایت آگاهانه از ورود به پژوهش و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از یک جلسه از برنامه درمانی بود، آزمودنی‌ها پس از انتخاب، به شیوه گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ۳۶ کودک مبتلابه اختلال نقص توجه و بیش فعالی به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۲ نفری آزمایش (دو گروه) و کنترل تقسیم شدند. ابزارهای تحقیق شامل پرسشنامه مهارت مدیریت هیجان کودک زیمن و همکاران (۲۱)، پرسشنامه خودکنترلی ادراک‌شده کودکان هامفری (۲۲) و مقیاس کارکردهای اجرایی کودکان و نوجوانان بارکلی (۲۳) بود.

پرسشنامه مهارت مدیریت هیجان کودک: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۱ توسط زیمن و همکاران ساخته شده است و دارای ۳ مقیاس رتبه‌بندی لیکرت (۱=به‌ندرت، ۲=گاهی اوقات، ۳=اغلب اوقات) است. پرسشنامه مهارت مدیریت هیجان کودک (۲۱) دارای ۳۸ سؤال است و روشی را که کودکان احساسات خشم (۱۱ آیتم)، اندوه (۱۲ آیتم) و نگرانی (۱۵ آیتم) را مدیریت می‌کنند، ارزیابی می‌کند. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه مذکور آلفای کرونباخ را بین ۰/۶۲ تا ۰/۷۷ نشان می‌دهد. در پژوهشی آلفای کرونباخ این پرسشنامه در دامنه ۰/۷۴ تا ۰/۸۱ و ضریب بازآزمایی یک‌ماهه نیز در دامنه ۰/۴۵ تا ۰/۵۱ گزارش شده است (۲۴).

پرسشنامه خودکنترلی ادراک‌شده کودکان: هامفری در سال ۲۰۰۰ بر اساس مطالعه‌ای در مورد ۳۷۲ پسر و ۳۹۱ دختر از دانش آموزان کلاس چهارم و پنجم این ابزار ۱۱ گزینه‌ای را ارائه داد که خودکنترلی را از دیدگاه رفتاری شناختی و سه جنبه خودکنترلی فردی میان فردی و خودسنجی اندازه‌گیری می‌کند. به هر گزینه برحسب این‌که آیا محتوی گزینه، کودک را به‌درستی توصیف می‌کند یا نه به‌صورت معمولاً بله او معمولاً نه. پاسخ داده می‌شود. سؤال‌های ۲، ۳، ۴، ۷۶، ۱۰ به‌طور معکوس نمره دهی می‌شوند. نمره کل آزمون، دامنه‌ای بین ۰ تا ۱۱ دارد و نمره بالاتر نشان‌دهنده خودکنترلی بیشتر است. زیرمقیاس خودکنترلی فردی با سؤال‌های ۱ تا ۴ زیرمقیاس خودکنترلی میان فردی با سؤال‌های ۵ تا ۷ و زیرمقیاس خود سنجی با سؤال‌های ۸ تا ۱۱ اندازه‌گیری می‌شود. پایایی این آزمون، با استفاده از روش همبستگی بازآزمایی به فاصله ۲ تا ۳ هفته محاسبه و نمره همبستگی کل ۰/۷۱ و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-20]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.1.2]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.381]

خودکنترلی فردی ۰/۶۳، خودکنترلی میان فردی ۰/۶۳ و خودسنجی ۰/۵۶ گزارش شده است (۲۵) هامفری برای سنجش روایی آزمون نمره‌های آن را با دیگر پرسشنامه‌های سنجش ادراک خودکنترلی مقایسه و ضرایب همبستگی گشتاوری پیرسون بین این پرسشنامه و دیگر پرسشنامه‌های موردنظر را بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۱ گزارش کرد.

مقیاس کارکردهای اجرایی کودکان و نوجوانان: فرم طولانی مقیاس نقایص کارکردهای اجرایی کودکان و نوجوانان توسط بارکلی (۲۳) و باهدف بازنمایی کارکردهای اجرایی در جمعیت‌های غیر بالینی و بالینی به‌ویژه کودکان و نوجوانان طراحی شد. مقیاس مذکور شامل ۷۰ گویه است که نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای و از هر گز تا همیشه درجه‌بندی شده است. همچنین شامل پنج خرده مقیاس است که این خرده مقیاس‌ها ۵ کارکردهای اجرایی خود مدیریتی زمان سؤالات (۱–۱۳)، خودسازمان‌دهی/ حل مسأله سؤالات (۱۴– ۲۷)، خودکنترلی/ بازداری سؤالات (۲۸–۴۰)، خودانگیزشی پرسش‌های (۴۱–۵۴) و خودنظم جویی هیجان سؤالات (۵۵ تا ۷۰) را اندازه‌گیری می‌کنند. از این ابزار ۷ نمره استخراج می‌شود که ۵ نمره مربوط به خرده مقیاس‌ها، یک نمره کلی و نمره دیگر از ۱۱ سؤال این مقیاس که به‌عنوان فهرست کارکردهای اجرایی مطرح‌شده‌اند، به دست می‌آید. به‌طور مثال، نمرات بین ۷۰ تا ۱۰۵ مقیاس نقص کارکردهای اجرایی ضعیف، نمرات بین ۱۴۰ تا ۱۷۵، نقص کارکردهای اجرایی متوسط و نمرات بالاتر از ۱۷۵، نقص کارکردهای اجرایی قوی را نشان می‌دهد (۲۳). اعتبار کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۹ و زیر نوع‌ها ۰/۷۴ تا ۰/۸۳ توسط بارکلی گزارش شده است. روایی این مقیاس توسط اساتید دانشگاه علامه طباطبایی مورد تأیید قرار گرفته است. پژوهش‌ها و تجارب کلینیکی اعتبار و روایی و مفید بودن این ابزار را در ارزیابی نقایص در این ابعاد تأیید می‌کنند. از روایی ابزار و اعتبار مطلوب این مقیاس، شواهد بسیاری حمایت می‌کنند (۲۳). در بررسی داخل کشور نیز این پرسشنامه توسط سلطانی کوهبنانی و همکاران (۱۳۹۷) انجام شده است برای کل مقیاس کارکردهای اجرایی و خرده مؤلفه‌های خود مدیریتی زمان، خودسازمان‌دهی/ حل مسأله، خودکنترلی/ بازداری، خود انگیزشی و خود نظم‌جویی هیجانی ضرایب آلفا به ترتیب برابر ۰/۹۰، ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۶ و ۰/۷۲ می‌باشند که بیانگر پایا بودن مقیاس کارکردهای اجرایی می‌باشند. نتایج روایی آزمون در تمام خرده مقیاس‌ها ۰/۷۹ نیز به دست آمد (۲۶).

معرفی چهارچوب بندی جلسات فلور تایم: این برنامه مداخله‌ای برگرفته از بسته آموزشی شیرمحمدی و همکاران (۲۷) در ۱۰ جلسه می‌باشد که به‌صورت هفتگی ارائه‌شده است:

جلسه اول: معرفی ویژگی‌های افراد دارای اختلال نقص توجه و بیش فعالی و پیش‌آگهی اختلال و انواع مداخلاتی که به این کودکان ارائه می‌شود و تأثیر هرکدام از مداخلات ازجمله دارودرمانی، درمان‌های رفتاری و اجتماعی.

جلسه دوم: ۱) آموزش و معرفی احساسات و نحوه شناسایی احساسات کودک و والدین و در کل بالابردن آگاهی هیجانی، ۲) توجه به علائم بدنی مرتبط با هیجانات مثلاً گرفتگی در فک و سینه با مشکل در معده در هنگام خشم و بر این اساس برچسب هیجان خاص مانند عصبانیت به آن داده شود. ۳) توجه به هیجانات منفی و مثبت کودک و اطرافیان و موقعیت‌هایی که این هیجانات را برمی‌انگیزد زیرا هیجانات کودک و اطرافیان بر هیجانات والدین تأثیر دارند و به‌منظور تعدیل هیجانات والدین، بایستی والدین از هیجانات دیگران و نحوه تأثیرگذاری آن‌ها بر هیجانات خود مطلع باشند. ۴) تأکید بر اینکه آگاهی از هیجانات و توانایی روبرو شدن با آن‌ها برای روبرو شدن با آن‌ها و برای عملکرد سالم مهم است و سرکوبی و بی‌نظمی می‌تواند منجر به درماندگی، ناامیدی و نشخوار فکری شود. ۵) تفکیک احساسات سازگارانه از احساسات ناسازگارانه. اگر احساسات سالم است باید از آن به‌عنوان راهنمای عملی استفاده شود و اگر ناسالم است باید تغییر یابند.

جلسه سوم: معرفی چرخه احساسات، معرفی چرخه افکاری که احساسات منفی در آن‌ها ایجاد می‌کند، شناسایی افکار منفی خود و جایگزینی آن با افکار مثبت. مثلاً افکاری که در مورد مقایسه منفی کودک خود با کودکان دیگران دارند روش‌های کنترل افکار منفی، آموزش روش‌های کنترل خشم: معرفی خشم و ماهیت خشم، علل خشم ازجمله محرک‌های محیطی، فرهنگی و هیجانی، جسمانی، نگرش و تفکر فرد و توضیح در مورد هریک از این علل، معرفی واکنش‌های مختلف منفی و مثبت که در مورد خشم وجود دارد، ویژگی‌های افراد ماهر در کنترل خشم

جلسه چهارم: آموزش مهارت‌های کنترل خشم: ۱) خودآگاهی هیجانی ۲) خنثی کردن خشم؛ شیوه‌های بلندمدت (مانند ورزش‌های هوازی، آرمیدگی، پیش‌بینی موقعیت‌های

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-20]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.1.2]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.381]

خشم برانگیز) و شیوه‌های کوتاه‌مدت (مانند خودآگاهی هیجانی، تنفس عمیق، روش حواس‌پرتی)

جلسه پنجم: از بین بردن رویدادهای استرس: راه آموزش مدیریت زمان و اختصاص زمان‌هایی برای خود (توسط والدین) پیشنهادهایی برای تجدیدقوای شخصی به والدین مانند: ۱- صرف آخر هفته طولانی برای خود (مانند ملاقات با دوست، رفتن به استخر و...). ۲- یافتن سرگرمی و فعالیت‌های اجتماعی.۳- فعالیت در گروه‌های حمایتی؛ ۴- در جستجوی دوستان صمیمی برای رسیدن به آرامش. ۵ به اشتراک گذاشتن والدگری با همسرشان. ۶-تمرین آگاه بودن از لحظه ۷-ورزش منظم. به‌منظور تنظیم زمان برای انجام این اعمال.

جلسه ششم: آموزش مدیریت زمان که عبارت‌اند از: ۱) مشخص کردن تکالیف مهم و ضروری، ۲) مشخص کردن تکالیفی که مهم هستند ولی فوری نیستند. ۳) ثبت اوقات تلف‌شده. ۴) ثبت زمان‌هایی که مشغول کار جزئی هستند.

جلسه هفتم: توجه و درگیر شدن با کودک از طریق یافتن خوشی دوجانبه با کودک، سازگار شدن با خلق کودک، جلب‌توجه کودک از طریق نقاط قوت حس‌های او مانند صدا، بینایی، لمس، حرکتی، بویایی و چشایی، کار کردن با کودک بر اساس نقاط قوت کودک در نظر گرفتن نقاط ضعف کودک هنگام بازی و کار کردن با او، در نظر گرفتن نقاط ضعف کودک هنگام بازی و کار کردن با او مانند مشکلات برنامه‌ریزی حرکتی، پردازش شنیداری و... ملحق شدن به فعالیت‌های مورد دلخواه کودک. معرفی نحوه ارائه و زمان‌های ارائه مداخلات فلور تایم در منزل (حداقل ۶ بار در روز و هر بار ۲۰ دقیقه).

جلسه هشتم: معرفی ۶ مهارت، نقطه عطف رشدی گرین اسپن (خودتنظیمی و علاقه به اساسی رشدی دنیا، صمیمیت، ارتباط دوجانبه، ارتباط پیچیده، باورهای هیجانی تفکر هیجانی و منطقی)، مشخص کردن اینکه هر کودک در چه مرحله رشدی قرارگرفته و بر اساس آن برنامه مداخله‌ای فلورتایم ارائه شود

جلسه نهم: مشاهده کودک: مشاهده هر کودک برای یافتن چالش‌های هر کودک و بافتن نقاط دانستن نقاط ضعف قوت زیستی هر کودک مانند حساسیت‌های بینایی، چشایی، لمسی و قوت کودک شنیداری، بویایی و حرکتی در نظر گرفتن نقاط قوت و ضعف‌های حسی کودکان برای ارائه مداخله.

جلسه دهم: ۱) بحث گروهی کلی درباره مطالب آموزشی و شیوه‌های فراگرفته شده و مرور بازی‌ها ۲) بیان نظرات اعضای گروه ۳) اجرای پس‌آزمون.

روش آماری: برای ارزیابی داده‌ها از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. همچنین جهت بررسی دقیق میانگین متغیرها در سه گروه از آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین متغیرها استفاده شد. ضمناً جهت رعایت پیش فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس، از آزمون شاپیرو ویلک برای فرض نرمال بودن جامعه آماری، آزمون لوین و آزمون بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-22 و سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه آزمایش ۱۱/۳۲ با انحراف معیار ۱/۴۵ سال و میانگین سنی گروه کنترل ۱۱/۴۳ با انحراف معیار ۱/۴۳ بود. در جدول (۱) نتایج توصیفی متغیرهای پژوهش در سه مرحله ارزیابی ارائه‌شده است.

جدول ۱: نتایج توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه آزمایش			گروه کنترل		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
خودکنترلی	۴/۲۵۰ (۰/۸۶)	۸/۳۳ (۱/۰۲۶)	۶/۹۱ (۱/۱۶)	۳/۸۳(۱/۲۶)	۳/۶۶ (۰/۸۶)	۳/۷۵ (۰/۶۲)
مدیریت هیجان	۵۵/۷۵ (۳/۶۲)	۷۲/۰۱ (۴/۳۴)	۶۹/۵۰ (۵/۱۰)	۵۱/۵۰ (۶/۹۷)	۵۱/۸۳ (۶/۶۴)	۴۸/۰۸ (۶/۶۵)
کارکردهای اجرایی	۱۷۴/۵۰ (۶/۸۲)	۱۳۳/۹۸ (۹/۴۵)	۱۵۷/۰۰ (۵/۹۸)	۱۶۹/۲۵ (۸/۵۷)	۱۷۰/۷۰ (۱۱/۳۱)	۱۷۱/۲۵ (۱۲/۷۵)

همان‌طور که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد در گروه آزمایش نمرات متغیرهای کنترل رفتار و مدیریت هیجان از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون افزایش و نمرات نقایص کارکردهای اجرایی از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون کاهش داشته است. همچنین در مرحله

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-20]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.1.2]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.381]

پیگیری نیز نمرات هر سه متغیر تغییر اندکی داشته است؛ اما در گروه کنترل نمرات هر سه متغیر مدیریت هیجان، کنترل رفتار و کارکردهای اجرایی تفاوتی نداشته است. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. مفروضه‌های این آزمون شامل شاپیروویلک برای بررسی توزیع نرمال داده‌ها، لون برای همگنی واریانس‌ها و آزمون کرویت موچلی برای بررسی همگنی کواریانس استفاده شد.

جدول ۲. نتایج آزمون شاپیروویلک، لون و آزمون کرویت متغیرها

متغیرها	شاپیروویلک		لون		آزمون کرویت	
	آماره	p	F	p	آماره	p
کنترل رفتار	۰/۸۸۴	۰/۲۸۰	۰/۹۱۶	۰/۴۱۰	۰/۸۵۱	۰/۲۱۱
مدیریت هیجان	۰/۹۲۳	۰/۳۱۱	۱/۱۷۴	۰/۲۱۱	۰/۹۵۷	۰/۳۱۲
نقایص کارکردهای اجرایی	۰/۹۲۵	۰/۳۲۶	۳/۲۷۲	۰/۰۵۱	۰/۷۷۹	۰/۰۵۸

همان‌طور که مشاهده می‌شود با توجه به مقادیر **P** آزمون لون و شاپیرو ویلک، مفروضه همگنی واریانس‌ها و نرمال بودن داده تأیید می‌شود. همچنین با توجه آزمون کرویت موچلی همگنی کوواریانس‌ها تأیید می‌شود.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

	متغیر	F	p	eta	توان آماری
اثر گروه	کنترل رفتار	۸۹/۱۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۸۴۴	۱
	مدیریت هیجان	۲۷/۹۴۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۲۹	۱
	نقایص کارکردهای اجرایی	۱/۷۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۰۹۵	۱
اثر زمان	کنترل رفتار	۹۳/۵۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۳۹	۱
	مدیریت هیجان	۱۵۴/۸۶۴	<۰/۰۰۱	۰/۸۲۴	۱
	نقایص کارکردهای اجرایی	۱۱۲/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۷۷۴	۱
تعامل زمان و گروه	کنترل رفتار	۳۰/۰۵۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۴۶	۱
	مدیریت هیجان	۱۱۴/۴۹۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۷۴	۱
	نقایص کارکردهای اجرایی	۳۹/۳۶۹	۰/۰۰۱	۰/۷۰۵	۱

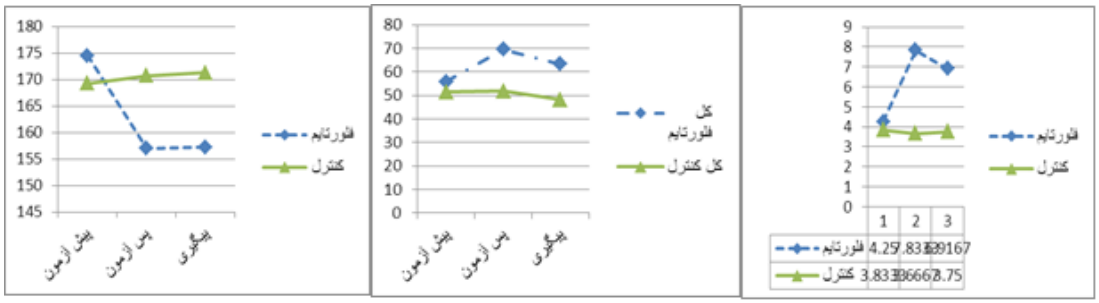
نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بازی‌درمانی فلورتایم منجر به تفاوت معنی‌دار در میانگین نمره‌های کنترل رفتار، مدیریت هیجان و نقایص کارکردهای اجرایی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل‌شده است. بدین‌صورت که بامعنی دار بودن اثر گروه برای کنترل رفتار (P< ۰/۰۰۱)، کارکرد اجرایی (P< ۰/۰۰۱) و مدیریت هیجان (P< ۰/۰۰۱) می‌توان بیان کرد که صرف‌نظر از گروه آزمایشی بین میانگین نمرات کنترل رفتار و مدیریت هیجان در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت مقایسه دوبه‌دوی میانگین متغیرهای موردمطالعه بین زمان‌های اندازه‌گیری از آزمون تعقیبی بن فرنی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه‌شده است.

جدول ٤. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی کنترل رفتار، مدیریت هیجان و کارکردهای اجرایی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	آزمون‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار P
کنترل رفتار	پیش‌آزمون – پس‌آزمون	-۳/۵۸۳	۰/۲۹۸	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون – پیگیری	-۲/۶۶۷	۰/۴۲۸	<۰/۰۰۱
مدیریت هیجان	پیش‌آزمون – پس‌آزمون	-۱۳/۷۵۰	۰/۴۸۷	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون – پیگیری	-۷/۵۰۰	۰/۷۱۵	<۰/۰۰۱
نقایص کارکردهای اجرایی	پیش‌آزمون – پس‌آزمون	۱۷/۵۰۰	۱/۳۳۵	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون – پیگیری	۱۷/۲۵۰	۲/۰۰۶	<۰/۰۰۱

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-20]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.1.2]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.381]

همان‌طور که نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد تفاوت میانگین متغیر مدیریت هیجان در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر دو گروه آزمایش معنی‌دار می‌باشد ($p<۰/۰۰۱$) که نشان‌دهنده اثربخشی بازی‌درمانی فلورتایم می‌باشد. همچنین در متغیرهای کنترل رفتار و نقایص کارکردهای اجرایی، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر دو گروه آزمایش معنی‌دار می‌باشد که نشان‌دهنده اثربخشی بازی‌درمانی فلورتایم است ($p< ۰/۰۰۱$)، در انتها نیز نمودار نمرات هر دو گروه پژوهش در متغیرهای مدیریت هیجان، کنترل رفتار و نقایص کارکردهای اجرایی در سه مرحله اندازه‌گیری ارائه‌شده است.



نمودار ۱. روند تغییرات نمرات متغیرهای مدیریت هیجان، کنترل رفتار و نقایص کارکردهای اجرایی در سه مرحله اندازه‌گیری دو گروه آزمایش و کنترل

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی بازی‌درمانی فلورتایم بر مدیریت هیجان، خودکنترلی و کارکردهای اجرایی در کودکان مبتلابه بیش فعالی و نقص توجه می‌باشد. نتایج پژوهش نشان داد که بازی‌درمانی فلورتایم دارای اثربخشی معناداری در بهبود مدیریت هیجان، کنترل رفتار و نقایص کارکردهای اجرایی بود. این یافته همسو با مطالعات پژوهشگرانی چون فیض‌اللهی و همکاران (۲۸)، طلایی پاشیری و همکاران (۲۹) و محمدعلی لواسانی و همکاران (۳۰) بود.

بازی‌درمانی روشی است که به‌وسیله آن، ابزار طبیعی بیان حالت کودک، یعنی بازی، به عنوان متد درمانی وی به کار گرفته می‌شود تا به کودک کمک کند فشارهای احساسی خویش را تحت کنترل قرار دهد. در حقیقت بازی در درمان کودکان یک وسیله و ابزار ارتباطی است که با کلمات یعنی وسیله ارتباط بزرگسالان قابل‌مقایسه است. انواع بازی و اسباب‌بازی، کلمات کودکان هستند و اگر آن‌ها به‌دقت انتخاب شوند، می‌توانند فرصتی برای کودکان فراهم آورند تا احساسات و مشکلات خود را همان‌گونه که تجربه کرده‌اند بیان دارند (۳۱).

درمانگرانی که از بازی‌درمانی استفاده می‌کنند، معتقدند این روش به کودک اجازه می‌دهد جهان را در مقیاسی کوچک‌تر با دستان خود بسازد و تحت نفوذ خود درآورد، کاری که در محیط پیرامون هرروز کودک امکان‌پذیر نیست (۳۲)

اختلال نقص توجه بیش فعالی برای بسیاری از دانش آموزان مشکلات قابل‌توجهی را بر عملکرد تحصیلی، شناختی، اجتماعی، هیجانی و سپس در بزرگسالی بر عملکرد شغلی و خانوادگی آن‌ها ایجاد می‌کند. این اختلال روند طبیعی و رشد دوران کودکی را با مشکل روبه‌رو می‌کند که در صورت عدم درمان، آمادگی کودک را برای پذیرش آسیب‌های روانی و اجتماعی در بزرگسالی افزایش می‌دهد. بازی این فرصت را برای افراد فراهم می‌کند تا بتواند تصویری از دنیای درونی خود ارائه دهد و بیان هیجانات را برایش تسهیل می‌کند. عملکرد عمده بازی‌درمانی حل کردن هرگونه تعارضی در فرد است که با عملکرد مؤثر او در محیط تداخل می‌کند. بازی‌درمانی محیط امنی را برای افراد فراهم می‌کند که در آن کودکان به‌تدریج هیجانات، تنش‌ها، احساس ناامنی و ترس‌های سرکوب‌شده خود را ابراز کنند (۳۳).

بازی درمانی می‌تواند در هر سنی پذیرفته شود؛ درمانگران تنها محدود نیستند که فقط روی زمین‌بازی کنند. اگر کودکی بزرگ‌تر که در حال بازی کردن است و نیاز به درمان داشته باشد درمانگر باید خودش را با منافع و علاقه کودک متعادل سازد. برای مثال جلسه بازی‌درمانی فلور تایم برای یک کودک ۱۲ ساله که از بیرون بودن از منزل لذت می‌برد و به حشرات علاقه دارد، می‌تواند خارج از منزل تشکیل شود و شامل بیرون رفتن و شکار حشرات باشد و مباحث را از طریق حل مسئله با مطرح

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-20]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.1.2]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.381]

کردن این سؤال کـه چگونـه مـی‌تـوانیم ایـن حشـرات را گیـر بیندازیم؟ به نظر می‌رسد آن حشره از مـا دور مـی‌شـود چگونـه می‌توانیم به اون برسیم؟ بررسی کند و همچنین می‌تواند تعامـل اجتماعی با کودک را با صحبت دربـاره حشـرات افـزایش دهـد؛ مثلاً بپرسد این چه نوع حشره‌ای است؟ جلسه می‌تواند به‌سادگی با نشستن کودک و نگاه کردن به کتاب و صحبت کردن دربـاره حشرات آغاز شود. به طور خلاصه این مدل محدود به سـن فـرد یا سطح عملکرد فردی نیست. گرینسپن می‌گوید انواع مشـخص تعاملات با افراد رشد کـودک را ارتقـا مـی‌دهـد و مغـز و ذهـن به‌سادگی بدون تعامل انسانی پرورش نمی‌یابند (۳۴).

با توجه به نتایج پیشنهاد مـی‌گـردد در پـژوهش‌هـای آتـی متغیرهای مداخله‌گری چـون تـأثیر خـرده‌فرهنـگ‌هـا و شـرایط اجتماعی، اقتصادی نیز لحاظ شود. همچنین پیشـنهاد مـی‌گـردد پژوهش بعدی با دیگر گروه‌های سنی و از جوامع و محـیط‌هـای اجتماعی دیگری نمونه‌برداری شود. از محدودیت‌هـای پـژوهش حاضر می‌توان به عدم امکان کنترل عوامل تأثیرگـذار بـر روی آزمودنی‌ها مثل عوامل خانوادگی و مـالی و... نـام‌بـرده و از سـو دیگر درمان روی دانش آموزان دوره ابتدایی صورت گرفـت لـذا تعمیم‌پذیری آن به سایر اقشار جامعه امکان‌پذیر نیست؛ و نتـایج را می‌توان تنها در مورد این گروه به کار برد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از نتایج رساله دکتـری مصـوب دانشـگاه آزاد اسلامی واحد اراک می‌باشـد. از اسـاتید راهنمـا، مشـاور و تمـام افرادی که ما را در انجام ایـن تحقیـق یـاری کردنـد، صـمیمانه سپاسگزاریم.

References

1. Dillon JE, Chervin RD. Attention deficit, hyperactivity, and sleep disorders. Principles and practice of pediatric sleep medicine: Elsevier; 2014. p. 111-24.
2. Antai-Otong D, Zimmerman MLJNC. Treatment approaches to attention deficit hyperactivity disorder. 2016;51(2):199-211.
3. Kheirjoo E, Gharadagi A, Jafariroshan F, Herfedust M. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy in Improvement Adult Attention Deficit / Hyperactivity Disorder Syndrome and Depression, Anxiety, and self-steam problems with it. Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2018;13(50):57-66. [Persian].
4. Nigg JT. What causes ADHD? Understanding what goes wrong and why: Guilford Press; 2006.
5. Barkley RA. History of ADHD: The Guilford Press; 2015.
6. Doyle AEJJoCP. Executive functions in attention-deficit/hyperactivity disorder. 2006;67:21.
7. Pennequin V, Sorel O, Mainguy MJJoAD. Metacognition, executive functions and aging: The effect of training in the use of metacognitive skills to solve mathematical word problems. 2010;17(3):168-76.
8. Adler LA, Clemow DB, Williams DW, Durell TMJPo. Atomoxetine effects on executive function as measured by the BRIEF-A in young adults with ADHD: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. 2014;9(8):e10417.
9. De Luca CR, Wood SJ, Anderson V, Buchanan J-A, Proffitt TM, Mahony K, et al. Normative data from the CANTAB. I: development of executive function over the lifespan. 2003;25(2):242-54.
10. Raaijmakers MA, Smidts DP, Sergeant JA, Maassen GH, Posthumus JA, Van Engeland H, et al. Executive functions in preschool children with aggressive behavior: Impairments in inhibitory control. Journal of abnormal child psychology. 2008;36(7):1097-107.
11. Nolen-Hoeksema S, Aldao A. Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. Personality and individual differences. 2011;51(6):704-8.
12. Tabrizchi N, Vahidi Z. Comparing emotional regulation, mindfulness and psychological well-being in mothers of students with and without learning disabilities. Journal of Learning Disabilities. 2015;4(4):21-35. [Persian].
13. Michaeli Manee F. Emotion Dysregulation in Individuals with Risky Sexual Behaviors and Normal People. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2014;23(109):206-14. [Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-20]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.1.2]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.381]

14. Tangney JP, Baumeister RF, Boone AL. High self- control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. Journal of personality. 2004;72(2):271-324.

15. Mehri Y, Ghorbani N, Milad SAL. Relationship between Basic Psychological Needs Satisfaction, Integrative Self-Knowledge, Mindfulness, Self-Compassion, Self-Control, Mental Health Indicators (Depression, Anxiety, Stress) and Teachers' Job Performance. Journal of Industrial/Organization Psychology. 2012;3(11):9-20. [Persian].

16. Alivardi Nia A, Meamar R, Nusratzehi S. Experimental study of the relationship between religiosity, self-control and deviant behavior. Socio-Cultural Strategy. 2015;6(4):67-77. [Persian].

17. Alberts H .EM, Martijn, C. de Vries, NK. Fighting self-control failure: Overcoming ego depletion by increasing self-awareness Journal of Experimental Social Psychology. 2011;47:58-62.

18. Leiter V, Krauss MW, Anderson B, Wells N. The consequences of caring: Effects of mothering a child with special needs. Journal of Family Issues. 2004;25(3):379-403.

19. Davis ES, Pereira JK. COMBINING REALITY THERAPY AND PLAY THERAPY IN WORK WITH CHILDREN. International Journal of Choice Theory & Reality Therapy. 2013;33(1): 11-124.

20. Jung S, Sainato DM. Teaching play skills to young children with autism. Journal of Intellectual and Developmental Disability. 2013;38(1):74-90.

21. Zeman J, Shipman K, Penza-Clyve S. Development and initial validation of the Children's Sadness Management Scale. Journal of Nonverbal Behavior. 2001;25(3):187-205.

22. Humphrey LL. Children's and teachers' perspectives on children's self-control: the development of two rating scales. Journal of consulting and clinical psychology. 1982;50(5):624.

23. Barkley RA .Executive functions: What they are, how they work, and why they evolved: Guilford Press; 2012.

24. Gowdini R, Pourmohamdreza-Tajrishi M, Tahmasebi S, Biglarian A. Effect of Emotion Management Training to Mothers on the Behavioral Problems of Offspring :Parents' View. Archives of Rehabilitation. 2017;18(1):13-24 [Persian].

25. Aliverdinia A, Erfan Y. The effect of self-control on crime in students. Culture strategy. 2014;26:92-118. [Persian].

26. Soltani Kouh Banani S, zarenezhad s, Soltani Kouh Banani MH, Abazari K. Psychometric Properties of Barkley's Children and Adolescent Functional Performance Scale. Psychology of Exceptional Individuals. 2018;8(30):19-45. [Persian].

27. Shirmohammadi F, Hatami M, Hashemi Razini H, Design and validation of a fluortime curriculum based on applied behavior analysis in communication and social skills of children with autism spectrum disorders. International Conference on Research in Science and Technology; Tehran: Tehran. 2015. [Persian].

28. 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. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2020;19(2):55-72. [Persian].

29. Talai Pashiry M, Yazdkhasti F. A comparison of effectiveness of individual and group play therapy on interpersonal relationship, attention span, emotional control and behavior control. Iranian Journal of Pediatric Nursing. 2018;4(3): 47-55. [Persian].

30. Lavasani M, keramati H, Kadivar P. Effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on social adjustment and educational adaptability of students with reading disorder. Journal of Learning Disabilities. 2018;7(3):91-109. [Persian].

31. Phillips RD. How firm is our foundation? Current play therapy research. International Journal of Play Therapy. 2010;19(1):13.

32. Ray DC, Schottelkorb A, Tsai M-H. Play therapy with children exhibiting symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. International Journal of Play Therapy. 2007;16(2):95.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-20]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.1.2]
[DOI: 10.52547/rbs.19.3.381]

33. Kercood S, Lineweaver TT, Frank CC, Fromm ED. Cognitive flexibility and its relationship to academic achievement and career choice of college students with and without attention deficit hyperactivity disorder. Journal of Postsecondary Education and Disability. 2017;30(4):329-44.

34. Nee JE. Behavior & developmental treatment models for autism spectrum disorders: factors guiding clinician preference and perceptions. 2013.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-20]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.3.1.2]

[DOI: 10.52547/rbs.19.3.381]