رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۵، شماره پیاپی ۸۶، مرداد ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(5), 2023

اثربخشی مداخله بازی درمانی مبتنی بر قصه بر بازداری پاسخ و تنظیم هیجان در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی

The effectiveness of story-based play therapy intervention on response inhibition and emotion regulation in children with attention deficit/hyperactivity disorder

معصومه گلشنی جورشری (نویسنده مسئول)
دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
سعید رضایی
دانشیار گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

Masoumeh Golshani Jorshari*
Ph.D. student, Department of Psychology and Exceptional Child Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. *m.golshani.1362@gmail.com*
Saeed Rezayi
Associate Professor, Department of Psychology and Exceptional Child Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

چکیده
پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله بازی درمانی مبتنی بر قصه بر بازداری پاسخ و تنظیم هیجان در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون – پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری این پژوهش شامل تمامی کودکان ۹-۱۲ ساله مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) از جامعه آماریبود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه گواه و آزمایش جایدهی شدند. برای گروه آزمایش ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای جلسات بازی درمانی مبتنی بر قصه انجام شد. در این پژوهش، برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس درجه‌بندی رفتار کودکان (سوانسون و همکاران، ۱۹۸۰، CBRS)، آزمون استروپ ماه و خورشید (آرشی بالد و کرنز، ۱۹۹۰، SMST) و سیاهه تنظیم هیجان (شیلد و سیچتی، ۱۹۹۸، ERC) استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل آماری داده‌های بدست آمده، از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. یافته‌ها نشان داد با کنترل اثر پیش آزمون تفاوت معناداری بین پس آزمون گروه آزمایش و گواه در بازداری پاسخ و تنظیم هیجان وجود داشت(P<۰/۰۱). با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه، می‌توان نتیجه گرفت بازی درمانی مبتنی بر قصه منجر به بهبود بازداری پاسخ و تنظیم هیجان در در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی می‌شود.

واژه‌های کلیدی: *اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، بازداری پاسخ، بازی درمانی مبتنی بر قصه، تنظیم هیجان.*

Abstract
The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of story-based play therapy intervention on response inhibition and emotion regulation in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. The research design was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of this research included all 9-12-year-old children with attention-deficit/hyperactivity disorder in Tehran in 2022. The sample size includes 30 people (15 people in the experimental group and 15 people in the control group) from the statistical population were selected by the available sampling method and were divided into two control and experimental groups. For the experimental group, 8 60-minute story-based play therapy sessions were conducted. In this research, the Child Behavior Rating Scale (Swanson et al, 1980, CBRS), Moon and Sun Stroop Test (Archibald & Kerns, 1990, SMST), and the Emotion Regulation Checklist (Shield and Kiketi, 1998, ERC) were used to collect data. Multivariate analysis of the covariance test was used to analyze the obtained data statistically. The findings showed that by controlling the effect of the pre-test, there was a significant difference between the post-test of the experimental and control groups in response inhibition and emotion regulation (P<0.01). According to the results of this study, it can be concluded that story-based play therapy improves response inhibition and emotion regulation in children with attention-deficit/hyperactivity disorder.

Keywords: *attention deficit/hyperactivity disorder, response inhibition, story-based play therapy ,emotion regulation.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : خرداد ۱۴۰۲** **پذیرش: خرداد ۱۴۰۲** **ویرایش نهایی: مرداد ۱۴۰۲**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.3.5]

مقدمه

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی[۱] یکی از شایع‌ترین اختلالات عصبی تحولی است که از دوران کودکی شروع می‌شود و اغلب تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (ریبولدی[۲] و همکاران، ۲۰۲۲). این اختلال از نظر بالینی با علائم مداوم بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری تعریف می‌شود که می‌تواند باعث اختلالات عملکردی در حوزه‌های مختلف زندگی روزمره شود (سدگویک-مولر[۳] و همکاران، ۲۰۲۲). میزان شیوع اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در کودکان ۵.۹ درصد و در بزرگسالان ۲.۵ درصد گزارش شده است (فارون[۴] و همکاران، ۲۰۲۱). تفاوت‌های جنسیتی در این اختلال مشخص شده است به طوری که در دوران کودکی، شیوع اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در پسران ۲ الی ۲.۵ برابر بیشتر از شیوع آن در دختران است و در بزرگسالی این نسبت به مساوی نزدیک می‌شود (لیچی[۵] و همکاران ، ۲۰۲۱). این اختلال دارای سه زیرگروه نارسایی توجه[۶]، بیش‌فعالی/ تکانشگری[۷] و نوع ترکیبی[۸] است (انجمن روانپزشکی آمریکا[۹]، ۲۰۱۳). اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی با نقص در عملکرد تحصیلی (کریلمان[۱۰]، ۲۰۲۱)، مهارت‌های اجتماعی (آدیون[۱۱] و همکاران ، ۲۰۱۸)، مشکلات یادگیری (هریسون[۱۲]، ۲۰۲۲)، سلامت روان (سگنریچ[۱۳]، ۲۰۲۲) و مهارت‌های شناختی (چن[۱۴] و همکاران ، ۲۰۲۲) همراه است. یکی از مهارت‌های شناختی که مستلزم توجه به خطاها و مهار رفتارهای ناسازگار است و در افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی نقص دارد، بازداری پاسخ[۱۵] است (لی[۱۶] و همکاران ، ۲۰۲۲).

بازداری پاسخ به توانایی انتخاب و حفظ پاسخ مناسب و مبتنی بر هدف گفته می‌شود که رفتار هدفمند را در پی دارد (کوتینیو[۱۷] و همکاران ، ۲۰۱۸). براساس نظر بارکلی[۱۸] (۱۹۹۷) آسیب در بازداری پاسخ می‌تواند به شدت بر حوزه‌های اجتماعی، رشدی، شناختی و تحصیلی تاثیر منفی گذارد و منجر به رفتارهای تکانشی در افراد دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی شود (بلاکی و کارول[۱۹]، ۲۰۱۵). در واقع، به دلیل مشکلات در بازداری پاسخ است که مشکلات خودتنظیمی در این افراد به وجود می‌آید و سبب می‌شود که فرد نتواند به رفتار هدفمند و پیگیری اهداف خود دست یابد. علاوه بر این، فرد نمی‌تواند از فکر یا رفتارش که در زمان و مکان نامناسبی ایجاد می‌شود، خودداری کند. این امر باعث می‌شود این افراد بیشتر تنبیه، سرزنش و یا طرد شوند و درنتیجه اعتماد به نفس آنها کاهش یابد و احتمال بروز اختلال‌هایی از قبیل: اضطراب، افسردگی، پرخاشگری و سایر مشکلات رفتاری در آنها افزایش یابد (رینهارد و رینهارد[۲۰]، ۲۰۱۳). بسیاری از ابعاد روابط اجتماعی نیز در اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی احتمال دارد تحت‌تاثیر مشکلات بازداری پاسخ قرار گیرند، برای مثال نقص در بازداری پاسخ در فعالیت‌های اجتماعی مانند پاسخ دادن به نشانه‌های غیر کلامی، شرکت در موقعیت‌های اجتماعی، درک احساسات دیگران و منتظر نوبت ماندن که نیازمند بازداری پاسخ و مشارکت است مداخله می‌کند که این امر دوام و حفظ روابط دوستانه را بسیار مشکل می‌سازد (کلاسون[۲۱]، ۲۰۱۰).

1 .Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)
2 .Riboldi
3 .Sedgwick-Müller
4 -Faraone
5 -Leache
6 -Inattention (ADHD-I)
7 -Hyperactivity-impulsivity (ADHD-H)
8 -Combined (ADHD-C)
9 -American Psychiatric Association
10 -Creelman
11 -Aduen
12 -Harrison
13 -Segenreich
14 -Chen
15 -Response inhibition
16 -Lee
17 -Coutinho
18 -Barkley
19- Blakey &Carroll
20- Reinhardt & Reinhardt
21. Closson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.3.5]

ازسویی براساس مطالعات، مشخص شده است که بی‌ثباتی و مشکلات تنظیم هیجان چالشی اساسی برای کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی است (سیدنوری و همکاران، ۱۴۰۱، مایر[1] و همکاران، ۲۰۲۲). تنظیم هیجان به مجموعه‌ای از فرایندهای ذهنی اشاره دارد که هیجانات و نحوه تجربه و بیان آنها را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (گروس[2]، ۲۰۱۵). این یک روند پویای درونی برای عملکرد ذهنی انسان‌ها است که هدف آن کاهش یا تنظیم هیجانات مثبت یا منفی برای رسیدن به حالات مطلوب است (مونتانا[3] و همکاران،۲۰۲۰). به خوبی شناخته شده است که بیماران مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی افزایش سطح تکانشگری هیجانی را نشان می‌دهند که شامل تحمل ناامیدی کم، زود خشمگین‌شدن، تحریک‌پذیری و تحریک‌پذیری هیجانی است که نشان‌دهنده تنظیم ضعیف هیجان در این گروه از بیماران به ویژه در دوران نوجوانی و اوایل بزرگسالی است (بانفورد[4] و همکاران ، ۲۰۱۵). علاوه بر این، برخی شواهد نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در تعدیل مؤثر شدت هیجانات نامناسب در پاسخ به تجربه هیجانی اولیه و ایجاد و حفظ هیجانات مناسب مشکل دارند (گرازیانو و گارسیا[5]، ۲۰۱۶).

از طرفی، تشخیص و درمان مشکلات رفتاری کودکان، ازجمله اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (بیات و همکاران، ۱۳۹۷). روش‌های درمانی متعددی در رابطه با این اختلال موجود است که از آن‌جمله می‌توان به دارودرمانی اشاره کرد (بانفورد[6] و همکاران ، ۲۰۱۵). با این وجود امروزه و به تدریج، گرایش به درمان‌های دارویی برای اختلال نارسایی توجه / بیش-فعالی رو به کاهش است و سهم درمان‌های غیر دارویی و مداخله‌های مبتنی بر زندگی روزمره که با عنوان مداخله‌های طبیعی شناخته می‌شوند (مانند مداخله‌های مبتنی بازی و قصه‌گویی و درمان‌های ترکیبی) رو به افزایش است (اصغری نکاح و عابدی، ۱۳۹۳). بازی درمانی رویکردی با ساختار و مبتنی بر نظریه درمان است که فرایندهای یادگیری و ارتباط طبیعی و بهنجار کودکان را پایه‌ریزی می‌کند و باعث سلامتی کودک و بهزیستی خانواده می‌شود (چریکو[7] و همکاران ، ۲۰۱۹). بازی درمانی یک روش صحیح برای درمان کودک است؛ زیر کودکان در بیان شفاهی احساس‌شان با مشکل روبه‌رو بوده و از این طریق کودک می‌تواند احساسات آزاردهنده و مشکلات درونی خود را به نمایش بگذارد (مایر[8] و همکاران ، ۲۰۱۵). قصه‌گویی نیز یک روش انعطاف‌پذیر بوده که با فراهم کاردن بستری مناسب برای تخلیه هیجانی، بالا بردن سطح درک و تقویت تخیل کودکان، منبع مهمی برای بهبود مشکلات آنان است (بیات و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین قصه‌گویی در فضای بالینی، با شناسایی امیال، ترس و اضطراب، با قهرمان‌پروری و الگودهی، توانایی‌های کودکان را رشد می‌دهد (کلی[9] و همکاران ، ۲۰۱۳). نتایج پژوهش ارجمندنیا و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد که بازی‌های شناختی منجر به بهبود عملکرد توجه و بازداری پاسخ در کودکان دارای اختلال ریاضی می‌شود. در مطالعه‌ای دیگر، طلایی پاشیری و یزدخواستی (۱۳۹۷) دریافتند که هر دو روش بازی درمانی گروهی و بازی‌درمانی انفرادی، اثرات قابل‌توجهی بر تعاملات بین فردی، فراخنای توجه، کنترل رفتار و کنترل هیجان دانش‌آموزان پیش‌دبستانی دارند. همچنین یافته‌های محمدی و همکاران (۱۳۹۹) حاکی از اثربخشی قصه‌گویی دیجیتالی بر تنظیم هیجان در کودکان دارای اختلال طیف اتیسم بود. مرادیان و همکاران (۱۳۹۹) نیز در مطالعه خود نشان دادند که قصه درمانی مبتنی بر کنش‌های اجرایی منجر به بهبود معنادار کنش اجرایی بازداری پاسخ و برنامه‌ریزی/سازماندهی کودکان مبتلا به نارسایی توجه / بیش‌فعالی گردیده است.

با توجه به شواهد و حمایت‌های پژوهشی ارائه شده و با نظر به اینکه، درمانگران همواره سعی می‌کنند از طریق تسهیل کسب مهارت‌های رفتاری جدید و فراهم‌آوردن تجاربی که تغییر شناختی و هیجانی را تسهیل می‌کنند، به کودکان کمک کنند؛ لذا این دو روش درمانی (بازی درمانی و قصه‌گویی) به صورت ترکیبی مورد بررسی قرارگرفته‌اند. به طوری‌که پژوهش‌ها نشان داده که استفاده از بازی درمانی برای درصد قابل ملاحظه‌ای از کودکان دارای پیامدهای ارزشمندی است. بازی را می‌توان از نگاه علمی، به‌عنوان عملی از روی قصد در محدوده خاصی از فضا و زمان، بر اساس قوانین داوطلبانه و پذیرفته شده، که یک هدف را دنبال می‌کند، همراه با احساس هیجان و شادی و متفاوت از زندگی روزمره که در قصه درمانی وجود دارد توصیف کرد و لذا با توجه به اشتراکات بین دو روش درمانی و این‌که تحقیقات کمتری در زمینه اثربخشی این دو رویکرد درمانی بر اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی صورت گرفته است؛ بنابراین پژوهش

1 -Mayer
2 -Gross
3 -Montana
4 -Bunford
5 -Graziano, Garcia
6 -Bunford
7 -Chirico
8 -Mayer
9 -Kelly

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.3.5]

حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله بازی درمانی مبتنی بر قصه بر بازداری پاسخ و تنظیم هیجان در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی انجام گرفت.

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه کودکان ۹-۱۲ ساله مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند با مراجعه به مدارس مناطق ۵ تهران و از بین دو مدرسه پسرانه و یک مدرسه دخترانه، کودکانی که قبلا توسط مشاوران آموزش و پرورش تشخیص اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی دریافت کرده‌اند، انتخاب شد. برای تشخیص دقیق‌تر، مقیاس درجه‌بندی رفتار کودکان، توسط والدین تکمیل و جهت اطمینان از تشخیص نهایی، مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته با کودکان صورت گرفت. در نهایت از بین این کودکان نمونه‌ای شامل ۳۰ نفر بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: داشتن اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، داشتن سن ۹ تا ۱۲ سال، رضایت دانش‌آموز و والدین جهت شرکت در پژوهش و نداشتن بیماری جسمی و روانشناختی حاد و مزمن دیگر. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: غیبت در دو جلسه آموزشی و عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در دوره آموزشی بود. پس از انتخاب افراد براساس اصول اخلاقی، در مورد موضوع و اهداف پژوهش اطلاعات مختصری به آنها ارائه شد، به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت نتیجه گیری کلی منتشر می‌شوند و آنها اختیار دارند در هر مرحله‌ای از آموزش انصراف دهند و رضایت‌نامه کتبی از شرکت کنندگان گرفته شد. جهت تحلیل آماری داده‌ها، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. داده‌ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه۲۶ تحلیل شد.

ابزار سنجش

مقیاس درجه‌بندی رفتار کودکان[1] (فرم والد) (CBRS): این مقیاس برای ارزیابی نشانه‌های به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در راهنمایی تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی توسط سوانسون[2] و همکاران (۱۹۸۰) طراحی شده است. ویرایش چهارم این مقیاس شامل ۱۸ سؤال می‌باشد که ۹ سؤال آن مربوط به زیر مقیاس کمبود توجه و ۹ سؤال مربوط به زیر مقیاس فزون‌کنشی/ برانگیختگی است. نمره‌گذاری براساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از هرگز (صفر) تا همیشه (۳) جواب داده می‌شوند و دامنه نمرات بین ۰ تا ۵۴ است. بوسینگ[3] و همکاران (۲۰۰۸) پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون را ۰/۹۷ و برای خرده مقیاس‌های نارسایی توجه و فزون‌کنشی/ برانگیختگی به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۷۶ گزارش کردند. همچنین سوانسون و همکاران (۱۹۸۰) جهت بررسی روایی مقیاس از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده کردند که نتایج نشان داد این آزمون از دو عامل تشکیل شده و عامل اول ۴۱/۵۲٪ و عامل دوم ۳۶/۲۶٪ از واریانس را تبیین می‌کنند. در نمونه ایرانی صدرالسادات و همکاران (۱۳۸۶) روایی ملاکی ابزار را با مصاحبه بالینی تشخیصی بر اساس DSM-IV ۰/۴۸ و پایایی مقیاس با روش آلفای کرونباخ را ۰/۹۰ و با شیوه دونیمه‌کردن ۰/۷۶ به‌دست آوردند. در این پژوهش نیز پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۱ به دست آمد.

آزمون استروپ ماه و خورشید[4] (SMST): جهت سنجش بازداری پاسخ از آزمون استروپ ماه و خورشید استفاده شد. این آزمون توسط آرشی بالد و کرنز[5] (۱۹۹۰) ساخته شده و شامل دو صفحه با ردیف‌هایی از تصاویر ماه و خورشید است که به صورت تصادفی مرتب شده‌اند. در موقعیت اول کودکان باید در طول ردیف‌ها حرکت کرده و به تصویر هر خورشید بگویند « خورشید» و به تصویر هر ناه بگویند « ماه». در موقعیت دوم کودکان باید به تصویر ماه بگویند « خورشید» و به تصویر خورشید بگویند « ماه». در هر دو موقعیت از کودکان خواسته می‌شد که در مدن زمان ۴۵ ثانیه هرچقدر می‌توانند سریع‌تر پیش رفته و هر جا خطا کردند متوقف شده و اصلاحش نمایند. نمره

1 .Child Behavior Rating Scale
2 .Swanson
3 .Bussing
4 .Stroop Moon and Sun Test
5 .Archibald & Kerns

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.3.5]

تداخل از طریق کم کردن تعداد موارد صحیح موقعیت اول از اعداد موارد صحیح موقعیت دوم و سپس تقسیم این تفاوت بر تعداد موارد صحیح موقعیت اول محاسبه می‌شود. هر چه عدد منفی بزرگتر باشد تداخل بیشتر است. گترکول[1] و همکاران (۲۰۰۴) پایایی بازآزمایی دو هفته‌ای آزمون را ۰/۸۶ و پرینیز[2] و همکاران (۲۰۲۱) همبستگی موجود بین نمرات حاصل از این آزمون و آزمون استروپ رنگ و کلمه را ۰/۷۱ و روایی همزمان آن را تأیید کرده‌اند. در ایران نیز روایی محتوایی این آزمون به تأیید شش نفر از روانشناسان بالینی رسیده است و ضریب کندال ۰/۸۲ تعیین شده، همچنین ضریب پایایی نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ گزارش شده است (ابراهیم‌زاده و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۲ به دست آمد.

سیاهه تنظیم هیجان[3] (ERC): سیاهه تنظیم هیجان توسط شیلدز و سیچتی[4] (۱۹۹۸) تدوین شد که شامل ۲۴ گویه است که فرایندهای هیجانی و تنظیم را در کودکان می‌سنجد. گویه‌ها در طیف لیکرت چهار درجه‌ای تنظیم شده‌اند (از ۱= هرگز تا ۴= همیشه) و شامل دو خرده مقیاس تقسیم تنظیم هیجان و بی‌ثباتی /منفی‌گرایی است. تنظیم هیجان از طریق ۸ گویه (سوالات ۱، ۳، ۵، ۷، ۹، ۱۵، ۱۶ و ۲۱) ارزیابی می‌شود که تجلیات عاطفی متناسب به لحاظ موقعیتی، همدلی و خودآگاهی هیجانی را می‌سنجد. نمره‌های بالاتر دلالت بر ظرفیت بیشتر در مدیریت و تعدیل برانگیختگی هیجانی فرد دارد. خرده مقیاس بی‌ثباتی /منفی‌گرایی شامل ۱۶ گویه است که انعطاف‌ناپذیری، بدتنظیمی، عاطفه منفی، پیشبینی‌ناپذیری و تغییر خلق ناگهانی را می‌سنجد. نمره‌های بالاتر واکنش هیجانی افراطی و تغییرات خلق فراوان در هیجان نامرتبط با وقایع یا محرکات بیرونی دلالت دارد. ملینا[5] و همکاران (۲۰۱۴) پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس تنظیم هیجان ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس بی‌ثباتی ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند؛ همچنین جهت بررسی روایی مقیاس از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد که نتایج نشان داد که این آزمون از دو بعد تشکیل شده و بار عاملی هر سؤال بر روی عامل مربوطه بالاتر از ۰/۴۰ است (ملینا و همکاران، ۲۰۱۴). محمودی و همکاران (۱۳۹۵) روایی محتوایی و صوری مقیاس را تایید و پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش نیز پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۳ به دست آمد.

مقیاس درجه‌بندی رفتار کودکان، آزمون استروپ ماه و خورشید و سیاهه تنظیم هیجان در مرحله پیش آزمون از گروه آزمایش و کنترل گرفته شد. در مرحله بعد، برای گروه آزمایشی مداخله بازی درمانی مبتنی بر قصه بر گرفته از روش بارنس[6] (۲۰۱۲) در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای هر هفته یک جلسه به مدت ۲ ماه اجرا و پس از طی دوره آموزشی بار دیگر ارزیابی‌های مربوط با گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون انجام شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله آموزشی بازی درمانی مبتنی بر قصه

جلسه	اهداف	تکالیف
اول	آشنایی کودکان با درمانگر واعضای گروه و اجرای پیش‌آزمون	معرفی اعضا به یکدیگر و اجرای پیش‌آزمون
دوم	افزایش تمرکز	بازی پرتاب توپ در حلقه همراه با قصه مامان من کجاست؟
سوم	افزایش تمرکز	بازی تعادلی لیلی، قصه پرنده مهربان
چهارم	افزایش تمرکز	بازی پرتاب توپ در حلقه، قصه چه کسی تکالیف علی را انجام داد؟
پنجم	تنظیم هیجان	بازی هنر خط خطی کردن، قصه بچه غول
ششم	تنظیم هیجان	بازی بادکنک خشم، قصه چشمه سحرآمیز
هفتم	تنظیم هیجان	بازی گروپ - گروپ راه رفتن، قصه سه ماهی
هشتم	جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون	اجرای پس‌آزمون

1 .Gathercole
2. Periáñez
3 .Emotion Regulation Checklist
4 .Shield & Cicchetti
5 .Molina
6 .Burns

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.3.5]

یافته ها

براساس یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی، میانگین سنی گروه آزمایش برابر با ۱۰/۵۷±۰/۵۲ و میانگین سنی گروه گواه برابر با ۱۱/۵۰±۰/۵۵ سال بود. در گروه آزمایش ۴ نفر (۲۶/۶ درصد) دختر و ۱۱ نفر (۷۳/۳ درصد) پسر بودند، در گروه گواه ۳ نفر (۲۰ درصد) دختر و ۱۲ نفر (۸۰ درصد) پسر بودند. داده‌های مربوط به بازداری پاسخ و مؤلفه‌های تنظیم هیجان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد به تفکیک گروه‌ها در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های پژوهش

متغیرهای وابسته		گروه آزمایش		گروه گواه	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
استروپ	میانگین	-۰/۳۴	-۰/۱۷	-۰/۳۳	-۰/۳۰
	انحراف معیار	۰/۰۴	۰/۰۵	۰/۰۴	۰/۱۲
تنظیم هیجان	میانگین	۱۴/۰۰	۱۹/۲۰	۱۳/۱۳	۱۴/۴۰
	انحراف معیار	۲/۴۵	۲/۷۳	۱/۹۲	۱/۸۸
بی‌ثباتی هیجانی	میانگین	۳۱/۵۳	۲۵/۴۰	۳۰/۲۰	۳۱/۲۶
	انحراف معیار	۱/۵۵	۱/۸۴	۱/۳۲	۱/۵۳

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین نمرات افراد گروه آزمایش در متغیر استروپ و بی‌ثباتی هیجانی نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون کاهش بیشتری داشته است. همچنین میانگین نمرات افراد گروه آزمایش در متغیر تنظیم هیجان نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون افزایش بیشتری داشته است. اما در گروه کنترل میانگین نمرات تفاوت چندانی با هم ندارند. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره و چندمتغیره استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون شاپیروویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار است($P>۰/۰۱$). آزمون ام‌باکس برای بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس کواریانس استفاده شد که با توجه به ($F=۲/۲۴۷$ و $p<۰/۰۸۱$) می‌توان نتیجه گرفت ماتریس واریانس-کوواریانس مؤلفه‌ها در گروه آزمایش و گواه همسان است. همچنین از آزمون لوین برای رعایت پیش فرض‌های آزمون کوواریانس استفاده شد که نتایج آن نشان داد، نمرات گروه‌های پژوهش در پس آزمون متغیرهای وابسته دارای واریانس همگن هستند ($P>۰/۰۱$). علاوه براین سطح معنی‌داری تعامل گروه و پیش‌آزمون استروپ (۰/۸۲۸)، تنظیم هیجان (۰/۴۸۳) و بی‌ثباتی هیجانی (۰/۶۳۵) غیر معنی‌دار بود ($P>۰/۰۵$)؛ این امر نشان دهنده این است که پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون تحلیل کوواریانس برقرار است.

جدول ۴: نتایج آزمون‌های چند متغیره متغیرهای پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	P
اثر پیلایی	۰/۹۲۰	۸۸/۰۴۵	۳	۲۳	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۸۰	۸۸/۰۴۵	۳	۲۳	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۱۱/۴۸۴	۸۸/۰۴۵	۳	۲۳	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه خطا	۱۱/۴۸۴	۸۸/۰۴۵	۳	۲۳	۰/۰۰۱

نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل کواریانس چندمتغیره که در جدول (۴) آمده است، نشان داد که گروه آزمایش و گواه دست‌کم در یکی از مؤلفه‌های مورد مقایسه تفاوت معنی‌داری دارند ($P<۰/۰۰۵$). به منظور پی بردن به این تفاوت آزمون آماری تحلیل کواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا استفاده شده است که نتایج آن در جدول (۵) ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.3.5]

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس میانگین مؤلفه‌های تنظیم هیجان با کنترل اثر پیش آزمون

منبع	مؤلفه	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا
	استروپ	۰/۰۴۲	۱	۰/۰۴۲	۵/۱۱۲	۰/۰۳۳	۰/۱۷۰
پیش‌آزمون	تنظیم هیجان	۱۸/۴۵۹	۱	۱۸/۴۵۹	۵/۹۸۲	۰/۰۲۲	۰/۱۹۳
	بی‌ثباتی هیجانی	۴۰/۴۵۹	۱	۴۰/۴۵۹	۲۶/۸۷۷	۰/۰۰۱	۰/۵۱۸
	استروپ	۰/۱۰۳	۱	۰/۱۰۳	۱۲/۶۲۷	۰/۰۰۲	۰/۳۳۶
گروه	تنظیم هیجان	۷۶/۵۱۲	۱	۷۶/۵۱۲	۲۴/۷۹۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹۸
	بی‌ثباتی هیجانی	۲۹۰/۳۹۲	۱	۲۹۰/۳۹۲	۱۹۲/۹۰۹	۰/۰۰۱	۰/۸۸۵
	استروپ	۰/۲۰۴	۲۵	۰/۰۰۸			
خطا	تنظیم هیجان	۷۷/۱۴۷	۲۵	۳/۰۸۶			
	بی‌ثباتی هیجانی	۳۷/۶۳۳	۲۵	۱/۵۰۵			

نتایج جدول ۵ نشان می دهد، پس از حذف تاثیر پیش‌آزمون برمتغیرهای وابسته، بین میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایش و گروه گواه) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<۰/۰۰۵$). لذا می‌توان نتیجه گرفت که، مداخله بازی درمانی مبتنی بر قصه بر بهبود نمرات مؤلفه‌های استروپ، تنظیم هیجان و بی‌ثباتی هیجانی تاثیر معنی‌داری داشته ($P<۰/۰۰۵$) که میزان این تاثیر برای مؤلفه‌های استروپ، تنظیم هیجان و بی‌ثباتی هیجانی به ترتیب ۰/۳۴، ۰/۵۰ و ۰/۸۸ می‌باشد. بدین ترتیب مداخله بازی درمانی مبتنی بر قصه بر بازداری پاسخ و تنظیم هیجان در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی تاثیر معنادار دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله بازی درمانی مبتنی بر قصه بر بازداری پاسخ و تنظیم هیجان در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی انجام گرفت. نتایج نشان داد که مداخله بازی درمانی مبتنی بر قصه بر بازداری پاسخ کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی اثربخش بود. این یافته با نتایج ارجمندنیا و همکاران (۱۳۹۷)، مرادیان و همکاران (۱۳۹۹)، طلایی پاشیری و یزدخواستی (۱۳۹۷)، شاهی و همکاران (۱۳۹۹)، کندلیش[1] و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که کودکان در فرایند بازی درمانی یاد می‌گیرند که با بروز رفتارهای نامطلوب، خشونت، خلق منفی و رفتارهای مقابله‌ای، امکان طرد شدن آنها از سوی دیگران و دوستان وجود دارد. بدین‌صورت به کودکان یاد داده می‌شود که رفتارشان نوعی انتخاب است به این وسیله می‌توانند عواقب رفتارشان را نیز انتخاب کنند و آگاهی به این امر در تقویت رفتار خودکنترلی به آنها کمک می‌کند درنتیجه کنترل رفتار و بازداری پاسخ بهتری را نشان می‌دهند (یزدانی پور و یزدخواستی، ۱۳۹۱). طی بازی درمانی کودک به‌مرور در معرض فعالیت‌های شناختی‌ای قرار می‌گیرد که قبلا با آنها روبه‌رو نشده است. همین امر باعث ایجاد گذرگاه‌های عصبی جدید در مغز می‌شود. به مرور که این فعالیت‌ها در جلسات بازی درمانی یا در خانه با اعضای خانواده تکرار می‌شود، گذرگاه‌های عصبی ایجادشده قوی‌تر و ماندگارتر می‌گردد. کودک در جلسات بازی درمانی می‌آموزد که نباید به بسیاری از محرک‌ها پاسخ دهد یا باید از پاسخی که به طور متداول به یک محرک داده است، بازداری کند (شاهی و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین در این روش با تأکید بر مشارکت کودک در درمان و از طریق مورد توجه قرار دادن موضوعاتی چون کنترل، تسلط و پذیرش مسئولیت در قبال تغییر رفتار شخصی خویش،ایجاد می‌گردد که این فرایند هم می‌تواند بر بهبود بازداری پاسخ آن‌ها اثر بگذارد (طلایی پاشیری و یزدخواستی، ۱۳۹۷). از سویی در قصه‌درمانی، روند جذاب قصه‌ها و نیز فنون و مهارت‌های قصه‌گویی و برقراری ارتباط با کودکان، افزایش توجه پایدار و نیز صبر در انجام تکلیف گوش سپاری به داستان، می‌تواند به بهبود بازداری پاسخ منتهی شود (مرادیان و همکاران، ۱۳۹۹). به این ترتیب که کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی توانستند به مرور در طی جلسات مدت زمان بیشتری را در سر جای خود نشسته و با دقت بیشتری داستان را دنبال کنند، بدین‌وسیله قادر به مهار حرکات

1 -Candlish

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.3.5]

اضافی و غیرهدفمند و در نهایت ارتقاء بازداری پاسخ خود شدند. همچنین در قصه‌ها به صورت ضمنی و غیرمستقیم به بازداری قهرمان قصه و نیز صبر و تحمل او در رسیدن به موفقیت‌ها و گذشتن از پاداش‌های فوری و آنی در جهت دست‌یابی به پاداش‌های بهتر و بلندمدت پرداخته شد. در پایان جلسات درمانی و تکرار و تمرین و نیز الگوبرداری‌هایی که کودکان از شخصیت‌های محبوب خود در قصه‌ها داشتند، توانستند در بازادی پاسخ بهبود قابل ملاحظه‌ای نسبت به قبل از درمان پیدا کنند.

یافته‌ی دیگر این پژوهش نشان داد که مداخله بازی درمانی مبتنی بر قصه بر تنظیم هیجان در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی اثربخش بود. این یافته با نتایج طلایی پاشیری و یزدخواستی (۱۳۹۷)، محمدی و همکاران (۱۳۹۹)، علیمرادی و همکاران (۱۳۹۷)، اکبری و همکاران (۱۳۹۶) و بوسی[1] و همکاران (۲۰۰۷) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد که فرصت بازی و ایفای نقش در بازی‌درمانی این امکان را فراهم می‌آورد تا کودک با آزادی عمل در نحوه اجرای بازی از یک سو احساسات و عواطف خود را تخلیه نمایند و از سوی دیگر احساس تسلط بیشتری بر محیط پیرامون خود داشته باشند که این امر به نوبه خود به کنترل هیجان آنها کمک می‌کند؛ به عبارت دیگر می‌توان گفت بازی فعالیتی انتخابی و داوطلبانه است که کودک از طریق بازی خیلی چیزها را می‌آموزد، به مکاشفه می‌پردازد، کنجکاوی‌اش را ارضا می‌کند، میل به برتری‌جویی را بروز می‌دهد،عواطف و هیجانات خود را به طور بی‌خطر و بی‌ضرر آشکار می‌سازد به تعادل روانی می‌رسد، ناراحتی‌ها و نگرانی‌های خود را بیان می‌کند. بنابراین می‌توان انتظار داشت که در بازی درمانی، کودک به مهارت تنظیم هیجان دست می‌یابد (طلایی پاشیری و یزدخواستی، ۱۳۹۷). همچنین بر اساس دیدگاه ولز[2] (۲۰۰۵)، بازی درمانی به کودکان آموزش می‌دهد که حالات ذهنی افراد با یک‌دیگر متفاوت است و هر رفتاری باعث احساسات متفاوت در افراد متفاوت می‌شود و در نتیجه باعث بالارفتن انگیزه کودک در انجام رفتارهای متناسب با موقعیت و شرایط و افزایش مهارت‌های درک هیجانی او می‌شود. از سویی می‌توان گفت که قصه‌گویی پلی است میان کودک و دنیای اطراف که مستقیما در تخیل کودک تأثیر می‌گذارد و به تخیلات کودکانه جهت می‌دهد و فرایندهای رشد هیجانی و شناختی او را تسهیل می‌کند و به او دیدگاه نو و خلاقی به سوی دیگران و روابط بین فردی ارائه می‌دهد. به همین دلیل است که کودکانی که تحت‌تأثیر قصه‌گویی هستند، یاد می‌گیرند که چگونه عواطف و هیجانات خود را ابراز کنند و چگونه از عواطف دیگران بهره مند شوند (محمدی و همکاران، ۱۳۹۷). در واقع قصه‌ها می‌توانند به عنوان ابزاری موثر در جهت تغییر و جهت‌دهی رفتار کودکان به کار گرفته شوند. به عبارت دیگر قصه به عنوان شکلی از ادبیات کودک، نقش مهمی در تسهیل سازوکار تغییر ایفا می‌کند و با نشان دادن پیچیدگی و غنای زندگی به کودکان، در عین برانگیزاندن حس کنجکاوی کودکان، می‌تواند در بهبود مدیریت و تنظیم هیجان نیز اثربخش باشد (نصیرزاده و روشن، ۱۳۸۹).

در کل نتایج مطالعه حاضر نشان داد مداخله بازی درمانی مبتنی بر قصه بر بهبود بازداری پاسخ و تنظیم هیجان کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی اثربخش است و می‌توان از این مداخله به‌عنوان درمانی مؤثر در بهبود سلامت روانشناختی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی استفاده نمود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش محدودیت جامعه آماری (کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی)، عدم وجود دوره پیگیری و استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند بود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر با جامعه آماری دیگر، بررسی با دوره پیگیری و همچنین به شیوه نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود تا روایی بیرونی پژوهش ارتقاء یابد. همچنین با توجه به اثربخشی مداخله بازی درمانی مبتنی بر قصه بر روی بازداری پاسخ و تنظیم هیجان کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی پیشنهاد می‌شود که مربیان مراکز توانبخشی کودکان از بازی درمانی مبتنی بر قصه جهت تقویت توانمندی‌های شناختی و هیجانی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی استفاده نمایند.

منابع

ارجمندنیا، ع.، حسن وند، م.، اصغری نکاح، س م. (۱۳۹۷). تأثیر بازی‌های شناختی بر عملکرد توجه و بازداری پاسخ کودکان دارای اختلال ریاضی. *فصلنامه کودکان استثنایی*. ۱۸ (۱) :۵-۱۸.http://joec.ir/article-1-628-fa.html

اصغری نکاح، س م.، عابدی، ز. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر کارکردهای اجرایی بر بهبود بازداری پاسخ، برنامه ریزی و حافظه کاری کودکان دارای اختلال نقص توجه /بیش فعالی. *فصلنامه روانشناسی شناختی*. ۲ (۱): ۴۱-۵۱.http://jcp.khu.ac.ir/article-1-2005-fa.html

1 -Bosse
2 -Wells

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.3.5]

اکبری، م.، دهقانی، ب.، جعفری، آ.، کاردر، آ. (۱۳۹۶). تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان و اضطراب و افسردگی کودکان دیابت نوع یک. *فصلنامه ایده های نوین روانشناسی*. ۱ (۲) :۴۵-۵۴.http://jnip.ir/article-1-94-fa.html

بیات، ف.، رضایی، ع م.، بهنام، ب. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی بازی‌درمانی و قصه‌گویی بر بهبود نشانگان اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی دانش‌آموزان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*. ۱۲ (۸) :۵۹-۶۸.http://journal.muq.ac.ir/article-1-1804-fa.html

سیدنوری، س ز.، حسین خانزاده فیروزجاه، ع.، ابوالقاسمی، ع.، شاکری نیا، ا. (۱۴۰۱). تأثیرآموزش تلفیقی کنش‌های اجرایی گرم و سرد برتنظیم‌هیجان کودکان با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی. *مطالعات روان‌شناختی*. ۱۸(۲): ۱۰۴-۹۱. 10.22051/PSY.2022.37986.2530

شاهی، م.، محمدی فر ،مع.، طالع پسند، س. (۱۳۹۹). تعیین اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی‌بر کارکردهای اجرایی در ارتقای کارکردهای اجرایی کودکان مبتلا به نشانگان نارسایی توجه و فزون‌کنشی. *مجله مطالعات ناتوانی*. ۱۰ : ()۱۷۷-۱۷۷.http://jdisabilstud.org/article-1-1923-fa.html

صدرالسادات، س.، هوشیاری ز.، زمانی، ر.، صدرالسادات، ل. (۱۳۸۶). تعیین مشخصات روان سنجی مقیاس درجه‌بندیSNAP-IV ، اجرای والدین. مجله توانبخشی. ۸ (۴):۶۵-۵۹.http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-۱-۱۸۳-fa.html

طلایی پاشیری، م.، یزدخواستی، ف. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی بازی‌درمانی انفرادی و گروهی بر تعاملات بین فردی، فراخنای توجه، کنترل رفتار و کنترل هیجان. *مجله پرستاری کودکان*. ۴ (۳) :۴۷-۵۵.http://jpen.ir/article-1-277-fa.html

علیمرادی، م.، قربان شیرودی، ش.، خلعتبری، ج.، رحمانی، مع. (۱۳۹۷). اثربخشی بازی درمانی بر خودتوانمندسازی اجتماعی و ناگویی هیجانی دانش آموزان دختر با اختلال یادگیری خاص. مطالعات ناتوانی، ۸(-)، ۱-۸. http://jdisabilstud.org/article-1-1249-fa.html

محمدی، س.، کاشانی وحید، ل.، مرادی، ه. (۱۳۹۹). اثربخشی قصه‌گویی دیجیتالی بر تنظیم هیجان کودکان با اختلال طیف اتیسم. *روانشناسی افراد استثنایی*. ۱۰(۴۰): ۹۸-۷۳.https://doi.org/10.22054/jpe.2021.53148.2179

محمودی، م؛ برجعلی، ا؛ علیزاده، ح؛ غباری بناب، ب؛ اختیاری، ح.، اکبری زردخانه، س. (۱۳۹۵). تنظیم هیجان در کودکان با اختلال یادگیری و کودکان عادی .*فصلنامه علمی پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی*، ۴(۱۳): ۶۹-۸۴. 20.1001.1.23456523.1395.4.13.6.2

مرادیان، ز.، مشهدی، ع.، شعرباف، ح.، اصغری نکاح، س م. (۱۳۹۳). اثربخشی قصه درمانی مبتنی بر کنش‌های اجرایی بر بهبود بازداری و برنامه‌ریزی/سازماندهی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی. *روان شناسی مدرسه و آموزشگاه*. ۳(۲): ۲۰۴-۱۸۶.https://jsp.uma.ac.ir/article_210.html?lang=en

نصیرزاده، ر.، روشن، ر. (۱۳۸۹). تأثیر قصه‌گویی در کاهش پرخاشگری پسران شش تا هشت ساله. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۶ (۲):۱۱۸-۱۲۶. http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1043-fa.html

یزدانی پور، ن.، یزدخواستی، ف. (۱۳۹۱). اثربخشی بازی‌های گروهی بر مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش دبستانی ۶ تا ۷ ساله شهر اصفهان. *تحقیقات علوم رفتاری*. ۱۰ (۳): ۲۲۸-۲۲۱.http://rbs.mui.ac.ir/article-1-260-fa.html

Aduen, P. A., Day, T. N., Kofler, M. J., Harmon, S. L., Wells, E. L., & Sarver, D. E. (2018). Social problems in ADHD: Is it a skills acquisition or performance problem? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 40, 440–451. 10.1007/s10862-018-9649-7

American Psychiatric Association, D. S., & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5). Washington, DC: American psychiatric association. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Archibald, S. J., & Kerns, K. A. (1999). Identification and description of new tests of executive functioning in children. *Child neuropsychology*, *5*(2), 115-129. https://doi.org/10.1076/chin.5.2.115.3167

Blakey, E., & Carroll, D. J. (2015). A short executive function training program improves preschoolers' working memory. *Frontiers in Psychology*. 6: 18- 27. 10.3389/fpsyg.2015.01827

Bosse, T., Pontier, M., Siddiqui, G.F., Treur, J. (2007). Incorporating emotion regulation into virtual stories. In: Pelachaud, C., Martin, J.-C., André, E., Chollet, G., Karpouzis, K., Pelé, D. (eds.) IVA 2007. *LNCS (LNAI)*, 4722: 339–347. https://doi.org/10.1007/978-3-540-74997-4_31

Bunford, N., Brandt, N.E., Golden, C., Dykstra, J.B., Suhr, J.A., Owens, J.S. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms mediate the association between deficitsin executive functioning and social impairment in children. *J Abno Child Psychol*, 43(1):133-47. 10.1007/s10802-014-9902-9

Bunford, N., Evans, S. W., & Wymbs, F. (2015). ADHD and emotion dysregulation among children and adolescents. *Clinical child and family psychology review*, *18*(3), 185-217. 10.1007/s10567-015-0187-5

Burns, G. W. (2012). *101 healing stories for kids and teens: Using metaphors in therapy*. John Wiley & Sons. https://www.amazon.com/101-Healing-Stories-Kids-Teens/dp/0471471674

Candlish, L., Fadyl, J.K., D'Cruz, K. (2022). Storytelling as an intervention in traumatic brain injury rehabilitation: a scoping review. *Disability and Rehabilitation*, 1-13. 10.1080/09638288.2022.2084778

Chen, C., Li, Z., Liu, X., Pan, Y., Wu, T. (2022). Cognitive Control Deficits in Children With Subthreshold Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Front. Hum. Neurosci*. 16:835544. 10.3389/fnhum.2022.835544

Chirico, I., Andrei, F., Salvatori, P., Malaguti, I., & Trombini, E. (2019). The focal play therapy: A clinical approach to promote child health and family well-being. *Frontiers in Public Health*, 7(77): 1-9. 10.3389/fpubh.2019.00077

Closson, M. S. (2010). *Investigating the role of executive function in social decision making in children with ADHD*. Hofstra University. https://www.proquest.com/openview/391345e5e24ab2957e04209bc57479c9/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750

Coutinho, T. V., Reis, S. P. S., Silva, A. G. d., Miranda, D. M., & Malloy-Diniz, L. F. (2018). Deficits in response inhibition in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: The impaired self-protection system hypothesis. *Frontiers in Psychiatry*, *8*, Article 299. 10.3389/fpsyt.2017.00299

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.3.5]

Creelman, K. (2021). A literature review of understanding and supporting students with attention deficit hyperactivity disorder in the classroom. *Northwest Journal of Teacher Education*, 16(1), Article 3. 10.15760/nwjte.2021.16.1.3

Faraone, S.V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M.A., et al. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. 128: 789–818. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022

Gathercole, S. E., Pickering, S. J., Ambridge, B., & Wearing, H. (2004). The structure of working memory from 4 to 15 years of age. *Developmental psychology*, *40*(2), 177. 10.1037/0012-1649.40.2.177

Graziano, P. A., & Garcia, A. (2016). Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, *46*, 106-123. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.011

Gross, J.J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychol. Inq*. 26: 1–26. https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781

Harrison, A.G. (2022). Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Learning Disorders, and Other Incentivized Diagnoses — A Special Issue for Psychologists. *Psychol. Inj. and Law*, 1-10. https://doi.org/10.1007/s12207-022-09460-2

Shaw, J., Kelly, P., & Semler, L. (Eds.). (2013). *Storytelling: critical and creative approaches*. Springer. https://books.google.com/books/about/Storytelling_Critical_and_Creative_Appro.html?id=UDiiDAEACAAJ

Leache, L., Arrizibita, O., Gutiérrez-Valencia, M., Saiz, L. C., Erviti, J., & Librero, J. (2021). Incidence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Diagnoses in Navarre (Spain) from 2003 to 2019. *International journal of environmental research and public health*, *18*(17), 9208. 10.3390/ijerph18179208

Lee, K. S., Xiao, J., Luo, J., Leibenluft, E., Liew, Z., & Tseng, W.-L. (2022). Characterizing the neural correlates of response inhibition and error processing in children with symptoms of irritability and/or attention-deficit/hyperactivity disorder in the ABCD Study®. *Frontiers in Psychiatry*, 13. 10.3389/fpsyt.2022.803891

Mayer, J. S., Brandt, G. A., Medda, J., Basten, U., Grimm, O., Reif, A., & Freitag, C. M. (2022). Depressive symptoms in youth with ADHD: The role of impairments in cognitive emotion regulation. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 272*(5), 793–806. 10.1007/s00406-022-01382-z

Mayer, K., Wyckoff, A., Fallgatter, A.J., Ehlis, A.C., Strehl, U. (2015). Neurofeedback as a nonpharmacological treatment for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*,18;16:174. 10.1186/s13063-015-0683-4.

Molina, P., Sala, M. N., Zappulla, C., Bonfigliuoli, C., Cavioni, V., Zanetti, M. A., ... & Cicchetti, D. (2014). The Emotion Regulation Checklist–Italian translation. Validation of parent and teacher versions. *European Journal of Developmental Psychology*, *11*(5), 624-634. https://doi.org/10.1080/17405629.2014.898581

Montana, J.I., Matamala-Gomez, M., Maisto, M., Mavrodiev, P.A., Cavalera, C.M., Diana, B., Mantovani, F., Realdon, O. (2020). The Benefits of emotion Regulation Interventions in Virtual Reality for the Improvement of Wellbeing in Adults and Older Adults: A Systematic Review. *J. Clin. Med*. 9, 500. 10.3390/jcm9020500

Reinhardt, M. C., & Reinhardt, C. A. (2013). Attention deficit-hyperactivity disorder, comorbidities, and risk situations. *Jornal de Pediatria*. 89(2): 124-130. 10.1016/j.jped.2013.03.015

Riboldi, I., Crocamo, C., Callovini, T., Capogrosso, C.A., Piacenti, S., Calabrese, A., Lucini Paioni, S., Moretti, F., Bartoli, F.,Carrà, G. (2022).Testing the Impact of Depressive and Anxiety Features on the Association between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms and Academic Performance among University Students: A Mediation Analysis. *Brain Sci*. 12, 1155. https://doi.org/10.3390/brainsci12091155

Sedgwick-Müller, J. A., Müller-Sedgwick, U., Adamou, M., Catani, M., Champ, R., Gudjónsson, G., ... & Asherson, P. (2022). University students with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a consensus statement from the UK Adult ADHD Network (UKAAN). *BMC psychiatry*, *22*(1), 292. https://doi.org/10.1186/s12888-022-03898-z

Segenreich, D. (2022). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Diagnosing and Treating Attention Deficit Hyperactivity Disorder: New Challenges on Initializing and Optimizing Pharmacological Treatment. *Front. Psychiatry*, 13:852664. 10.3389/fpsyt.2022.852664

Shields, A., & Cicchetti, D. (1998). Reactive aggression among maltreated children: The contributions of attention and emotion dysregulation. Journal of clinical child psychology, 27(4), 381-395. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2704_2

Wells, T.L. (2005). *Emotion and culture in a collaborative learning environment for engineers*. [Dissertation for PhD] [Austin, USA]: University of Texas; 2005. https://repositories.lib.utexas.edu/handle/2152/1757

Periáñez, J. A., Lubrini, G., García-Gutiérrez, A., & Ríos-Lago, M. (2021). Construct validity of the stroop color-word test: influence of speed of visual search, verbal fluency, working memory, cognitive flexibility, and conflict monitoring. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 36(1), 99-111. https://doi.org/10.1093/arclin/acaa034

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.3.5]