



ICPSE
2026

نوزدهمین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در روانشناسی، علوم اجتماعی، علوم تربیتی و آموزشی

گرجستان - ۲۷ شهریور ۱۴۰۵ - آکادمی بین المللی علوم و مطالعات گرجستان

18 September 2026 - TBILISI GEORGIA

<http://icpse.ir>
info@icpse.ir

واکاوی مداخلات روان شناختی مبتنی بر بازی درمانی برای کاهش نشانه های اختلال نقص توجه-بیش فعالی (ADHD) در کلاس درس

فهیمة سادات میرمهدی

دانشجوی دکتری رشته رفتار حرکتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران.

mirmahdifahime@gmail.com

فاطمه غلامی بهرام

کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی، قم.

Behmaram1995@gmail.com

چکیده

اختلال نقص توجه-بیش فعالی (ADHD) به عنوان یکی از شایع ترین اختلالات عصبی-رشدی، چالش های بنیادینی را در کارکردهای شناختی، خودتنظیمی هیجانی و سازگاری رفتاری دانش آموزان در بستر کلاس درس ایجاد می کند. پژوهش حاضر با هدف واکاوی مداخلات روان شناختی مبتنی بر «بازی درمانی» برای کاهش نشانه های ADHD در کلاس درس با رویکرد توصیفی-تحلیلی و سنتزپژوهی انتقادی بر مبنای نظری و شواهد تجربی انجام شده است. مؤلفه های کلیدی مورد ارزیابی شامل رویکردهای بازی درمانی شناختی-رفتاری (CBPT)، بازی درمانی کودک محور، بازی های تقویت کننده کارکردهای اجرایی مغز (حافظه کاری، بازداری پاسخ و انعطاف پذیری شناختی) و الگوی ارتباطی معلم-کودک مبتنی بر بازی هستند. یافته های پژوهش نشان می دهد که بازی درمانی از طریق تعدیل برانگیختگی قشری، ایجاد چرخه های بازخورد فوری، کاهش بار عاطفی منفی و بازسازی الگوهای تعاملی، نقشی تعیین کننده در مهار تکانشگری، کاهش بی قراری حرکتی و افزایش پایداری توجه ایفا می کند. همچنین، ادغام بازی های هدفمند ساختاریافته و ریزمداخلات حرکتی در جریان تدریس، علاوه بر بهبود خودکنترلی و مهارت های جامعه یار دانش آموزان، تعارضات میان معلم و شاگرد و نرخ طرد از سوی همسالان را به طور معناداری کاهش می دهد. در نهایت، گذار از رویکردهای سنتی انفعالی و دارودرمانی صرف به سوی بسترمندسازی مداخلات بازی محور کلاسی، توانمندسازی مربیان در هدایت بازی های درمانی و بازطراحی محیط های آموزشی پویا، ضرورتی اساسی برای تسهیل یادگیری، ارتقای سلامت روان و دستیابی به عدالت آموزشی فراگیر به شمار می رود.

واژگان کلیدی: اختلال نقص توجه-بیش فعالی، بازی درمانی، کلاس درس، کارکردهای اجرایی، بازداری پاسخ، مدیریت رفتار.



ICPSE
2026

مقدمه

اختلال نقص توجه-بیش فعالی (ADHD) یکی از شایع ترین اختلالات عصبی-رشدی دوران کودکی است که با الگوهای پایدار و نامتناسب با سن در سه مؤلفه نقص توجه، تکانشگری و بیش فعالی شناخته می شود و کارکردهای شناختی، هیجانی، اجتماعی و تحصیلی کودک را در بسترهای گوناگون، به ویژه در محیط مدرسه، با چالش های بنیادین روبه رو می سازد (American Psychiatric Association [APA], 2022). دانش آموزان مبتلا به این اختلال به دلیل نقص در کارکردهای اجرایی مغز نظیر حافظه کاری، بازداری پاسخ، انعطاف پذیری شناختی و خودتنظیمی هیجانی، در انجام تکالیف مستمر، مدیریت زمان، پیروی از دستورالعمل های کلاسی و برقراری تعاملات سازنده با همسالان و معلمان دچار دشواری های مکرر می شوند (Barkley, 2015; Posner et al., 2020). این نارسایی ها در فضای ساختاریافته کلاس درس، که نیازمند نشستن طولانی مدت، تمرکز پیوسته و مهارت های تکانشی است، اغلب به شکل بی قراری حرکتی، حواس پرتی، اختلال در روند تدریس و در نتیجه، افت انگیزش تحصیلی و کاهش عزت نفس فراگیر بروز می یابد (DuPaul et al., 2020).

اگرچه مداخلات دارویی به عنوان خط اول درمان های بالینی در کنترل علائم اولیه این اختلال مورد توجه قرار دارند، اما چالش هایی نظیر عوارض جانبی، پایداری پایین به مصرف مداوم دارو، عدم تعمیم اثرات درمانی به مهارت های اجتماعی و خودتنظیمی در درازمدت، و همچنین نگرانی های والدین و مربیان، ضرورت به کارگیری رویکردهای روان شناختی، غیردارویی و بسترپژوهانه را دوچندان کرده است (Cortese et al., 2018; Hinshaw et al., 2015). در این میان، مداخلات مبتنی بر بازی درمانی به ویژه بازی درمانی شناختی-رفتاری (CBPT) و بازی های متمرکز بر تقویت کارکردهای اجرایی، به عنوان ابزاری تحولی، انطباق پذیر و متناسب با ویژگی های رشدی کودکان ابتدایی جایگاهی بی بدیل یافته اند؛ چراکه بازی زبان طبیعی کودک برای برقراری ارتباط، تخلیه هیجانی، یادگیری قواعد اجتماعی و بازسازی شناختی است (Knell, 2011; Ray, 2011).

تلفیق تکنیک های بازی درمانی در بافت کلاس درس امکان بازداری رفتاری، بهبود تاب آوری شناختی، ارتقای تمرکز پایدار و تعدیل تکانشگری را در محیطی امن و بدون تحمیل برچسب های مرضی فراهم می آورد و از طریق داریست بندی هدایت شده، ظرفیت انتقال مهارت های آموخته شده به موقعیت های واقعی یادگیری را افزایش می دهد (Kao & Tsai, 2023; Landreth, 2012). با وجود دستاوردهای پژوهشی بین المللی، همچنان خلأ معناداری در سنتز نظام مند شواهد و بومی سازی الگوهای مداخله ای بازی محور برای استفاده مستقیم معلمان و مشاوران در ساختار مدارس وجود دارد؛ از این رو، پژوهش حاضر با هدف واکاوی عمیق و تبیین اثربخشی مداخلات روان شناختی مبتنی بر بازی درمانی در کاهش نشانه های ADHD و بهبود انطباق پذیری کلاسی دانش آموزان تدوین شده است تا زمینه را برای سیاست گذاری های تلفیقی و توانمندسازی مربیان فراهم سازد.

مرور ادبیات و پیشینه نظری

تبیین نوروسایکولوژیک و زیرساخت های عصب شناختی اختلال نقص توجه-بیش فعالی

اختلال نقص توجه-بیش فعالی در روان شناسی مرضی کودک و عصب روان شناسی معاصر به عنوان اختلالی رشدی-عصبی شناخته می شود که هسته مرکزی آن ریشه در بدتنظیمی و نقص عملکرد مدارهای فرونتو-استریاتال مغز دارد (Barkley, 2015). مطالعات تصویربرداری عصبی نشان می دهند که در کودکان مبتلا به این اختلال، نارسایی در ساختارها و شبکه های عملکردی قشر پیش پیشانی پشتی-جانبی، قشر اوربیتو فرونتال، شکنج سینگولیت قدامی و عقده های قاعده ای وجود دارد که این ساختارها مستقیماً مسئول هدایت سیستم توجه متمرکز، بازداری رفتاری و تعدیل انگیزشی هستند (Arnsten, 2009; Posner et al., 2020). این نارسایی های ساختاری و عملکردی به طور چشمگیری با کمبود یا بدتنظیمی انتقال دهنده های عصبی دوپامین و نوراپینفرین در



ICPSE
2026

سیناپس های قشر فرونتال همراه است؛ دوپامین نقش کلیدی در پردازش پاداش، انگیزش و تقویت دارد و نوراپینفین مسئول تنظیم برانگیختگی، تمایز محرک های مرتبط از نامرتبط و تداوم توجه است (Volkow et al., 2011).

بر پایه مدل یکپارچه بارکلی از خودتنظیمی، بازداری رفتاری به عنوان نخستین و بنیادی ترین کارکرد اجرایی عمل می کند که نقص در آن زنجیره ای از شکست ها را در سایر کارکردهای عالی مغز رقم می زند (Barkley, 1997). این کارکردها شامل حافظه کاری فعال کلامی و غیرکلامی، خودتنظیمی هیجان، انگیزش و برانگیختگی، و در نهایت بازسازی و تجزیه رفتاری است؛ هنگامی که بازداری پاسخ دچار نارسایی می شود، کودک توانایی به تأخیر انداختن واکنش به محرک های برانگیزاننده محیطی را از دست می دهد، رویدادها را پیش از تحلیل پردازش می کند و در برابر وسوسه ها و محرک های پرت کننده حواس در محیط کلاس درس آسیب پذیر می گردد. در نتیجه این فرایند، دانش آموز در سازمان دهی رفتار در طول زمان، برنامه ریزی برای دستیابی به اهداف تحصیلی و حفظ پایداری رفتاری ناتوان می ماند که تظاهرات عینی آن به شکل بی توجهی، رفتارهای تکانشگرانه و فعالیت های حرکتی مفرط در محیط مدرسه آشکار می گردد (Willcutt et al., 2005).

تئوری تأخیر بیزاری سونگا-بارک نیز تبیین مکمل و مهمی در درک رفتارهای کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش فعالی ارائه می دهد (Sonuga-Barke, 2002). بر اساس این دیدگاه انگیزشی-شناختی، کودکان دارای این اختلال در مواجهه با شرایطی که مستلزم انتظار کشیدن یا تأخیر در پاداش است، برانگیختگی عاطفی منفی شدیدی را تجربه می کنند و تمایل دارند رفتارهایی انجام دهند که یا زمان انتظار را کوتاه کند یا بار هیجانی منفی ناشی از تأخیر را کاهش دهد. این پدیده در بافت کلاس درس—که اغلب نیازمند سکوت، منتظر نوبت ماندن و کار بر روی تکالیف با پاداش های بلندمدت است—موجب بروز تکانشگری کلامی، بی قراری فیزیکی و رفتارهای خارج از وظیفه می شود و فضای یادگیری کودک و سایر همکلاسی ها را مختل می سازد (Castellanos et al., 2006). نظریه های روان شناختی پشتیبان بازی درمانی و بازی درمانی شناختی-رفتاری

بازی در نظریه های رشد شناختی و تحولی، زبان اصیل، طبیعی و بی واسطه کودکان برای معنا بخشی به جهان، بازنمایی ساختارهای ذهنی و ابراز هیجان های درونی است (Piaget, 1962; Vygotsky, 1978). ویگوتسکی تأکید می کند که بازی بستر بنیادین ایجاد «منطقه تقریبی رشد» است؛ کودک در جریان بازی همواره ورای سن واقعی و فراتر از رفتارهای معمول روزمره خود عمل می کند، زیرا ساختار قاعده درون بازی مستلزم مهارت های پیچیده و پایبندی داوطلبانه به محدودیت ها است. این فرایند دقیقاً همان سازوکاری است که زمینه ساز تکامل کارکردهای عالی روان شناختی نظیر تمرکز ارادی، تفکر نمادین و بازداری رفتار می گردد (Bodrova & Leong, 2015).

در چارچوب روان درمانی تحولی، بازی درمانی شناختی-رفتاری (CBPT) به عنوان مدلی ادغام یافته و مبتنی بر شواهد توسعه یافته است که اصول و فنون تغییر رفتار و بازسازی شناختی را با ماهیت غیرمستقیم، پویا و تمثیلی بازی درهم می آمیزد (Knell, 1993, 2011). برخلاف رویکردهای سنتی شناختی-رفتاری که نیازمند سطوح بالایی از تفکر انتزاعی و مهارت های کلامی پیشرفته هستند و برای کودکان با نقص توجه-بیش فعالی سنگین و خسته کننده تلقی می شوند، بازی درمانی شناختی-رفتاری از واسطه های عینی، عروسک ها، بازی های رومیزی هدفمند، قصه گویی تمثیلی و ایفای نقش استفاده می کند تا تکنیک هایی نظیر توقف فکر، خودگویی مثبت، خودپایشی و آموزش مهارت های حل مسئله را به شیوه ای جذاب و ملموس آموزش دهد (Knell & Dasari, 2006).

نظریه عصب تحولی بازی درمانی تبیین می کند که تجارب بازی ساختار یافته و غنی می توانند با تحریک نوروپلاستیسیته، مسیرهای عصبی تضعیف شده در قشر فرونتال را بازسازی و تقویت کنند (Panksepp, 2007; Badenoch, 2008). بازی های تعاملی و مبتنی بر قانون که مستلزم توجه مستمر، تغییر سریع راهبردها و تنظیم تکانه ها هستند، به مثابه تمرین های مقاومتی شناختی برای قشر پیش پیشانی عمل می کنند و با افزایش ترشح فاکتورهای نوروتروفیک مشتق از مغز (BDNF) و تعدیل سیستم های دوپامینرژیک، زمینه بیولوژیک بهبود خودتنظیمی را فراهم می آورند (Ray, 2011; Landreth, 2012). بازی همچنین فضایی عاری از تهدید



ICPSE
2026

و احساس شکست ایجاد می کند که در آن سطح اضطراب عملکردی کاهش یافته و کودک با کاهش برانگیختگی منفی سیستم لیمبیک، دسترسی بهتری به منابع عالی قشر مخ پیدا می کند (Bratton et al., 2005).

مؤلفه های سه گانه اختلال در بافت کلاس درس و مداخلات بازی محور

تأثیرات نامطلوب نشانه های سه گانه اختلال نقص توجه-بیش فعالی در بافت مدرسه ماهیتی شبکه ای و پیچیده دارد. در بعد نقص توجه، دانش آموزان با ناتوانی در تداوم تمرکز بر تکالیف یکنواخت، حواس پرتی در برابر محرک های بی اهمیت شنیداری و دیداری، گم کردن وسایل، بی دقتی در جزئیات امتحانی و فراموشی دستورالعمل های چندمرحله ای معلم مواجه هستند (DuPaul et al., 2020). در این راستا، بازی های مبتنی بر توجه انتخابی و حافظه کاری فعال-نظیر بازی های یافتن تفاوت ها در زمان محدود، بازی های توالی یابی دیداری و شنیداری و بازی های کارتی طبقه بندی پیچیده-موجب بهبود پایدار توجه متمرکز و افزایش گستره پردازش اطلاعات در کلاس درس می شوند (Diamond & Ling, 2016).

در مؤلفه بیش فعالی، نیاز پایدار زیستی به حرکت، تاب خوردن روی صندلی، ترک مکرر میز، دست زدن به اشیای مختلف و سر و صدای نامتناسب بروز می باید که ناشی از سطح پایین برانگیختگی پایه سیستم عصبی مرکزی و تلاش کودک برای هوشیار نگه داشتن خود است (Zentall, 2005). طراحی مداخلات بازی محور فیزیکی-شناختی، مانند بازی های حرکتی هدفمند، بازی های ریتمیک همراه با موسیقی و حرکات کششی هماهنگ با تنفس، انرژی جسمانی متراکم را در مسیری سازنده کانالیزه کرده و با تنظیم سطح برانگیختگی فیزیولوژیک، نیاز کودک به حرکات نامطلوب در حین تدریس را تعدیل می بخشد (Vazou et al., 2019).

در بعد تکانشگری، ناتوانی در مهار پاسخ های کلامی، قطع سخن معلم و همکلاسی ها، عدم تحمل نوبت، ناتوانی در پیش بینی پیامدهای خطرناک و تصمیم گیری های شتاب زده، منشأ تعارضات شدید بین فردی و افت منزلت اجتماعی دانش آموز در کلاس است (Pelham et al., 2014). مداخلات بازی درمانی مبتنی بر بازی های متوقف کننده-نظیر بازی چراغ قرمز-چراغ سبز، بازی های بازدارنده حرکتی سیمون می گوید، مجسمه بازی با موزیک و شبیه سازی موقعیت های تصمیم گیری کلاسی-مدارهای مهارگر پیش پیشانی را تمرین داده و فاصله زمانی میان دریافت محرک و صدور پاسخ را افزایش می دهند و خودمهارگری کودک را تقویت می کنند (Bierman et al., 2008; Howard et al., 2020).

پیشینه پژوهش های خارجی

پژوهش های تجربی بین المللی متعددی به ارزیابی اثربخشی پروتکل های گوناگون بازی درمانی بر کاهش نشانه های نقص توجه-بیش فعالی در بافت مدرسه و مراکز بالینی پرداخته اند. در یک مرور نظام مند و فراتحلیل جامع، کائو و تسای اثربخشی مداخلات بازی محور مدرسه ای را بر پیامدهای رفتاری و شناختی کودکان با نقص توجه بررسی کردند و نشان دادند که بازی درمانی ساختاریافته به طور معناداری نمرات نقص توجه و رفتارهای برون نموده شده را کاهش داده و موجب بهبود عملکرد تحصیلی و کارکردهای شناختی شده است (Kao & Tsai, 2023). آنان تأکید کردند که اثربخشی مداخلات زمانی به اوج می رسد که بازی ها در محیط طبیعی کلاس درس و با مشارکت معلمان اجرا شوند.

در مطالعه ای تجربی، چانگ و همکاران به مقایسه اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری و بازی درمانی کودک محور بر نشانه های تکانشگری و خودتنظیمی دانش آموزان ابتدایی مبتلا به نقص توجه پرداختند (Chang et al., 2019). نتایج نشان داد که هر دو رویکرد در کاهش نشانه ها مؤثر بوده اند، اما گروه بازی درمانی شناختی-رفتاری به دلیل بهره گیری از تکنیک های حل مسئله، خودگویی هدایت شده و تکالیف خانگی مبتنی بر بازی، پایداری بیشتری را در مهارت های کلاسی و بهبود رفتارهای متمرکز بر تکلیف در پیگیری های سه ماهه نشان دادند. همچنین اسکات و شفر نشان دادند که تلفیق بازی های رومیزی راهبردی با بازخورد اصلاحی



ICPSE
2026

فوری، موجب فعال سازی کارکردهای اجرایی مغز، افزایش پایداری حافظه کاری و توانمندی برنامه ریزی در کودکان دبستانی شده است (Scott & Schaefer, 2021).

تحقیقات شوتفیلد و همکاران بر روی تمرینات بازی محور و اثرات فیزیولوژیک آن در کلاس درس حاکی از آن است که اجرای بازی های تعاملی هوازی با بار شناختی پیش از جلسات یادگیری، با افزایش خون رسانی به قشر پیشانی، رفتارهای برون ریزانه و حواس پرتی دانش آموزان با اختلال نقص توجه-بیش فعالی را به طرز چشمگیری تقلیل می دهد (Schottfield et al., 2022). در پژوهشی دیگر، لین و چن تأثیر مداخله بازی درمانی ساختاریافته گروهی را بر شایستگی اجتماعی و مهار پر خاشگری کلامی کودکان دارای نشانه های نقص توجه بررسی کردند؛ یافته ها نشان داد که ساختار قانون مند بازی های گروهی فرصتی تجربی برای یادگیری چرخش نوبت، پذیرش باخت و تعدیل پاسخ های تهاجمی فراهم کرده و روابط این کودکان با معلمان و همسالان را به میزان چشمگیری بهبود بخشیده است (Lin & Chen, 2021).

پیشینه پژوهش های داخلی در بافت نظام آموزشی ایران

در بستر پژوهش های آموزشی و روان شناختی ایران نیز اثربخشی مداخلات بازی محور بر دانش آموزان مبتلا به نقص توجه-بیش فعالی مورد تأیید گسترده قرار گرفته است. اکبری و همکاران در پژوهشی نیمه آزمایشی به بررسی اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری بر بهبود کارکردهای اجرایی (حافظه کاری و بازداری پاسخ) دانش آموزان دوره ابتدایی پرداختند و نشان دادند که این مداخله به طور معناداری موجب کاهش خطاهای حذف و ارتکاب در آزمون عملکرد پیوسته و ارتقای کنترل بازداری فراگیران در کلاس درس شده است (اکبری و همکاران، ۱۳۹۹).

نادری و رضایی به بررسی اثربخشی بازی های رایانه ای شناختی و بازی های حرکتی بومی بر رفتارهای تکانشی و عملکرد توجهی کودکان دبستانی دارای نقص توجه پرداختند (نادری و رضایی، ۱۴۰۰). یافته های این پژوهش گویای آن بود که بازی های حرکتی هدفمند با تخلیه انرژی مازاد و ایجاد نظم حسی-حرکتی، و بازی های شناختی با به چالش کشیدن انعطاف پذیری ذهنی، توانسته اند نشانه های بی قراری حرکتی و حواس پرتی را بر اساس فرم های ارزیابی معلم کانرز به صورت معناداری کاهش دهند.

همچنین، محمدی و غباری بناب در مطالعه ای به ارزیابی تأثیر برنامه بازی درمانی ساختاریافته مبتنی بر مهارت های خودتنظیمی بر سازگاری اجتماعی و کاهش تکانشگری دانش آموزان دوره اول ابتدایی پرداختند (محمدی و غباری بناب، ۱۴۰۱). نتایج نشان داد که مشارکت در جلسات بازی درمانی، خودمهارگری و تحمل ناکامی کودکان را در موقعیت های تعاملی کلاس درس ارتقا داده و رفتارهای اخلاص گرانه را به میزان معناداری تعدیل کرده است. یافته های موسوی و همکاران نیز نشان داد که ترکیب بازی های گروهی با تکنیک های تقویت مثبت رفتاری در محیط مدرسه نه تنها موجب کاهش نمرات نقص توجه شده، بلکه اضطراب عملکردی دانش آموزان را نیز کاهش داده و انگیزش پیوند با مدرسه را تقویت نموده است (موسوی و همکاران، ۱۴۰۲).

الگوهای تلفیق بازی درمانی در مدیریت یکپارچه کلاس درس

برای دستیابی به حداکثر کارآمدی، مداخلات بازی درمانی نباید به اتاق های مشاوره محدود شوند، بلکه باید به عنوان بخشی از طراحی آموزشی و مدیریت رفتار در بطن کلاس درس استقرار یابند. یکی از مؤثرترین چارچوب ها در این زمینه، مدل مداخلات و پشتیبانی از رفتارهای مثبت در چند سطح (Tiered PBIS) است که در آن، بازی های هدایت شده تقویتی به عنوان راهبردهای سطح اول برای تمام دانش آموزان، و بازی های ساختاریافته هدفمند و شناختی به عنوان راهبردهای سطح دوم و سوم برای دانش آموزان با نیازهای ویژه و مبتلا به نقص توجه-بیش فعالی اجرا می شود (Sugai & Horner, 2020).

استفاده از بازی های کوتاه مدت «تنظیم حسی و شناختی» در فواصل انتقال میان تکالیف سنگین، فرصتی برای بازیابی منابع شناختی مغز فراهم می آورد. معلمان از طریق تغییر در قوانین بازی ها و فراهم آوردن موقعیت های داربست بندی شده، می توانند به کودک بیاموزند که چگونه در موقعیت های واقعی یادگیری از تکنیک های خودمهارگری، واریسی مداوم پاسخ ها و تنظیم انرژی جسمانی بهره بگیرد (DuPaul & Stoner, 2014; Knell, 2011). این ادغام راهبردی، با ایجاد بستری پذیرنده و جذاب، چرخه معیوب «رفتار



ICPSE
2026

نوزدهمین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در روانشناسی، علوم اجتماعی، علوم تربیتی و آموزشی

گرجستان- ۲۷ شهریور ۱۴۰۵ - آکادمی بین المللی علوم و مطالعات گرجستان

18 Septembe 2026 - TBILISI GEORGIA

<http://icpse.ir>
info@icpse.ir

نامطلوب-سرزنش معلم-کاهش انگیزه» را می شکند و زمینه را برای حضور فعال، مؤثر و مثبت دانش آموزان دارای نقص توجه-بیش فعالی در فرایند یادگیری جمعی هموار می سازد.

بحث و نتیجه گیری

واکاوی جامع و سنتز شواهد نظری و تجربی پژوهش حاضر نشان می دهد که مداخلات روان شناختی مبتنی بر بازی درمانی — به ویژه تلفیق بازی درمانی شناختی-رفتاری، بازی های رایانه ای و حرکتی معطوف به تقویت کارکردهای اجرایی و بازی درمانی مبتنی بر رابطه معلم-کودک — رویکردی چندبعدی، تحول آفرین و پایدار برای مهار نشانه های سه گانه اختلال نقص توجه-بیش فعالی (نقص توجه، تکانشگری و بیش فعالی) در بستر کلاس درس ارائه می دهند؛ بدین معنا که بازی با تعدیل برانگیختگی قشری، فعال سازی شبکه های عصبی قشر پیش پیشانی و کاهش بار هیجانی منفی ناشی از تجارب مکرر شکست، انطباق پذیری شناختی و رفتاری کودک را بدون اتکای انحصاری به درمان های دارویی یا روش های تنبیهی ارتقا می بخشد. تجارب مستند گویای آن است که اجرای بازی های حرکتی هدفمند، بازی های رومیزی تقویت کننده بازداري پاسخ و ایجاد تنفس های ساختاریافته شناختی در جریان تدریس، نه تنها بی قراری حرکتی و حواس پرتی را کاهش داده و بر پایداری توجه بر تکالیف می افزاید، بلکه با بازسازی رابطه معلم-دانش آموز و کاهش تعارض با همسالان، زمینه را برای بهبود خودتنظیمی، ارتقای پذیرش اجتماعی و شکوفایی انگیزش تحصیلی فراگیران فراهم می سازد؛ از این رو، استقرار موفق و اثربخش این رویکردها در مدارس مستلزم توانمندسازی حرفه ای معلمان و مشاوران، گنجاندن فعالیت های بازی محور هدفمند در طرح درس های روزانه، و حرکت به سمت ساختار آموزشی انعطاف پذیر و فراگیر است تا بتوان محیط کلاسی را از بستری تنش زا به محیطی حمایتی، تعاملی و تسهیل کننده سلامت روان و یادگیری پایدار تبدیل نمود.

منابع

اکبری، م.، حسینی، س.، و شریفی، ع. (۱۳۹۹). اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری بر کارکردهای اجرایی حافظه کاری و بازداري پاسخ در دانش آموزان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی. مجله روان شناسی بالینی و شخصیت، ۱۸(۲)، ۴۵-۵۶.

محمدی، ف.، و غباری بناب، ب. (۱۴۰۱). تأثیر برنامه بازی درمانی ساختاریافته بر خودتنظیمی رفتاری و سازگاری اجتماعی دانش آموزان با نشانه های نقص توجه/بیش فعالی. فصلنامه روان شناسی افراد استثنایی، ۱۲(۴۶)، ۱۱۳-۱۳۵.

موسوی، ز.، بهرامی، ح.، و کرمی، ج. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی بازی درمانی گروهی و آموزش خودمدیریتی بر تکانشگری و پیوند با مدرسه در دانش آموزان دوره ابتدایی. فصلنامه نوآوری های آموزشی، ۲۲(۳)، ۷۹-۹۸.

نادری، ع.، و رضایی، ا. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی بازی های رایانه ای شناختی در مقایسه با بازی های حرکتی بومی بر کنترل توجه و تکانشگری کودکان مبتلا به ADHD. مجله مطالعات ناتوانی، ۱۱، ۹۸-۱۰۶.

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Arnsten, A. F. (2009). Toward a new understanding of attention-deficit hyperactivity disorder pathophysiology: An important role for prefrontal cortex dysfunction. *CNS Drugs*, 23(1), 33-41. <https://doi.org/10.2165/00023210-200923000-00005>

Badenoch, B. (2008). Being a brain-wise therapist: A practical guide to interpersonal neurobiology. W. W. Norton & Company.

Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying



ICPSE
2026

نوزدهمین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در روانشناسی، علوم اجتماعی، علوم تربیتی و آموزشی

گرجستان - ۲۷ شهریور ۱۴۰۵ - آکادمی بین المللی علوم و مطالعات گرجستان

18 September 2026 - TBILISI GEORGIA

<http://icpse.ir>
info@icpse.ir

- theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65–94. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.65>
- Barkley, R. A. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). Guilford Press.
- Bierman, K. L., Nix, R. L., Greenberg, M. T., Blair, C., & Domitrovich, C. E. (2008). Executive functions and school readiness intervention: Impact, moderation, and mediation in the Head Start RED
- Cortese, S., Adamo, N., Del Giovane, C., Mohr-Jensen, C., Hayes, A. J., Carucci, S., Atkinson, L. Z., Tessier, L., Singh, J., Coghill, D., Banaschewski, T., Buitelaar, J. K., Hollis, C., Simonoff, E., & Cipriani, A. (2018). Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(9), 727–738. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30269-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30269-4)
- DuPaul, G. J., Chronis-Tuscano, A., Danielson, M. L., & Visser, S. N. (2020). Predictors of receipt of school services among children with ADHD. *School Mental Health*, 12(3), 443–456. <https://doi.org/10.1007/s12310-020-09378-6>
- Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., & The MTA Cooperative Group. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder, multimodal treatment, and longitudinal outcome: Evidence, paradox, and challenge. *Development and Psychopathology*, 27(1), 267–279. <https://doi.org/10.1017/S0954579414001429>
- Kao, C. W., & Tsai, P. S. (2023). Effectiveness of school-based play interventions on cognitive and behavioral outcomes in children with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review. *Journal of Applied School Psychology*, 39(2), 154–178. <https://doi.org/10.1080/15377903.2022.2091428>
- Knell, S. M. (2011). Cognitive-behavioral play therapy. In C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (2nd ed., pp. 313–328). John Wiley & Sons.
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship* (3rd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203835036>
- Posner, J., Polanczyk, G. V., & Sonuga-Barke, E. (2020). Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, 395(10222), 450–462. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)33004-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33004-1)
- Ray, D. C. (2011). *Advanced play therapy: Essential knowledge, questions, and insights for dynamic practice*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203843598>