

اثربخشی بازی درمانی والد-کودک بر عزت نفس، مهارت‌های اجتماعی و عملکرد تحصیلی در دانش‌آموزان با اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی

مائه ملک‌زاده احمدی*

محمد علی قمیان**

چکیده

هدف پژوهش بررسی اثربخشی بازی درمانی والد-کودک بر عزت نفس، مهارت‌های اجتماعی و عملکرد تحصیلی در دانش‌آموزان با اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی بود. روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل در نظر گرفته شد. جامعه آماری تمامی دانش‌آموزان با اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی مقطع ابتدایی دوره دوم شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ در نظر گرفته شد که از میان آن‌ها تعداد ۳۰ نفر (۱۹ نفر پسر و ۱۱ نفر دختر) به روش نمونه‌گیری در دسترس بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده در پژوهش سیاهه عزت نفس آیزنک (ESI)، پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی (SSQ)، پرسشنامه عملکرد تحصیلی (APQ) بود. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برنامه بازی درمانی والد-کودک دریافت نمودند و گروه کنترل هیچ‌گونه برنامه‌ای دریافت نکردند. جهت تجزیه و تحلیل یافته‌ها از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-23 استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که بازی درمانی تأثیر معناداری بر افزایش سطح عزت نفس، مهارت‌های اجتماعی، عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان با اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی داشت ($p < 0.05$). لذا پیشنهاد می‌شود متخصصان با قرار دادن برنامه آموزش بازی درمانی والد-کودک، زمینه‌ای برای بهبود توانایی عزت نفس، مهارت‌های اجتماعی و عملکرد تحصیلی این کودکان فراهم کنند.

واژه‌های کلیدی:

بازی درمانی والد-کودک، عزت نفس، عملکرد تحصیلی، کودکان با اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی، مهارت‌های اجتماعی.

* نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

Email: maedeh.ma.1365@gmail.com

** دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

مقدمه

توانمندی و دوستی‌اش با دیگران تعریف می‌شود (کورکماز، کورکماز و کاکار^{۱۲}، ۲۰۱۹).

استوربو و همکاران^{۱۳} (۲۰۱۹) و تان، وانگ، ژو و دنگ^{۱۴} (۲۰۲۳) اذعان نمودند از جمله عوامل تأثیرگذار بر مشکلات ناشی از اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی می‌توان مهارت‌های اجتماعی^{۱۵} است. در همین راستا مطالعات اسوالد، پالسزاک و مایتز^{۱۶} (۲۰۲۳) نشان داد که کودکان مبتلا به بیش‌فعالی، به دلیل انزوا و گوشه‌گیری مشکلات زیادی را در دوست‌یابی و حفظ دوستی دارند که این امر ناشی از مهارت‌های اجتماعی پایین آنان نسبت به کودکان عادی است. به‌طورکلی این کودکان سطح کنشگری اجتماعی پایینی از خود نشان می‌دهند و مشکلات اجتماعی زیادی را در موقعیت‌های مختلف تجربه می‌کنند (دافنر، دوپول، کارن، کول و کلمین شاو^{۱۷}، ۲۰۲۰). ارتباطات اجتماعی همچون (کدگذاری و ارتباطات غیرکلامی)، رفتار اجتماعی همانند (توانایی انعطاف‌پذیری، دانش و درخواست اجتماعی مناسب) و کارکرد اجتماعی (درک همسالان و دیگر عناصر موقعیت‌های اجتماعی) زیرمجموعه‌ای از مدل سه‌گانه‌ی سلسله مراتب مهارت اجتماعی محسوب می‌گردد (پاول، پارکر، ویقال و هارپین^{۱۸}، ۲۰۲۲)، که بر این اساس مهارت اجتماعی به معنای رفتارهای اکتسابی جامعه‌پسندی که فرد را قادر می‌کند تا آن‌گونه با دیگران در تعامل باشد که واکنش مثبت را فراخوانده و از واکنش‌های منفی آن‌ها اجتناب ورزد، تعریف می‌گردد. در واقع می‌توان بیان داشت تکامل مراحل رشدی، وابسته به مهارت و برتری در مهارت‌های اجتماعی است که در کودکان دارای نارسایی توجه و بیش‌فعالی در سطح پایین‌تری به دلیل گوشه‌گیری و انزواطلبی ناشی از عدم حمایت عاطفی اطرافیان قرار دارد (رودگنا، دی انجلو و لرمان^{۱۹}، ۲۰۲۳).

عملکرد تحصیلی^{۲۰} به‌عنوان متغیر دیگر مورد بررسی در پژوهش است که طبق پژوهش تیو، گو، ژانگ، یو^{۲۱} (۲۰۲۱) عملکرد تحصیلی به‌عنوان یک شاخص مهم در نظام آموزش پرورش می‌باشد که همواره این امر یکی از نگرانی‌های رشد و بهبود وضعیت عملکردی افراد در محیط‌های آموزشی

هر ساله دانش‌آموزان زیادی هستند که نمی‌توانند بر محتوای درسی کتاب‌ها تسلط نسبی پیدا کنند. در این میان بخشی از دانش‌آموزان به‌عنوان کودکان با اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی^۱ شناخته می‌شوند که علیرغم داشتن هوش بهنجار، پیشرفت تحصیلی مطلوبی را ندارند (استروبو^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). این اختلال یک مشکل عصبی- تحولی است (سادوک و سادوک^۳، ۲۰۱۱؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۹۰) که با سه نشانه اصلی نارسایی توجه^۴، بیش‌فعالی^۵ و تکانشگری^۶ توصیف شده و یکی از رایج‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است (فاراون و رادونجیک^۷، ۲۰۲۳). با توجه به شیوع بالای این اختلال که بین ۳ تا ۷ درصد در مدارس ابتدایی گزارش شده است می‌توان اذعان نمود میزان شیوع آن در پسران بیشتر از دختران است (محمد امین زاده و انوشه، ۱۴۰۱). بنابر آنچه بیان گردید این اختلال همراه با علائمی همچون ضعف روحیه، ملالت، طرد شدن از سوی همسالان، اعتمادبه‌نفس پایین، کج‌خلقی، لجاجت، نداشتن تاب و مقاومت در مقابل ناکامی و افت تحصیلی است و به نظر می‌رسد که این دسته از کودکان دچار سرخوردگی و احساس بی‌ارزشی و در نتیجه عدم اعتمادبه‌نفس هستند و با همسالان، معلمان و اعضای خانواده تعارض پیدا می‌کنند (شعله و سوپنا^۸، ۲۰۲۱).

در نگاهی دیگر کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی به سبب عملکرد ضعیف و عدم دریافت بازخورد مثبت از اطرافیان عزت‌نفس‌شان^۹ کاهش پیدا می‌کند و عملکردشان بدتر می‌شود (واناپاسچای‌یونگ، پنفاتارکول، روجماهامونگکول و سوتچریتوپونگسا^{۱۰}، ۲۰۲۳)، چرا که این کودکان به سبب رفتارهای بیش‌فعال و تکانشی خود درک صحیحی از واقعیت ندارند و در خانواده حمایت عاطفی کمتر و سطح بالایی از نفوذپذیری را درک می‌کنند و این احساس حمایت عاطفی کمتر در عزت‌نفس پایین آنان تأثیرگذار است (سلیبی و یونال^{۱۱}، ۲۰۲۱). درنهایت عزت‌نفس به معنای ارزشیابی (احساسی یا منطقی) فرد از مجموعه باورهای نسبتاً پایدار (مثبت یا منفی) خود در مورد صفات اختصاصی،

11. Çelebi & Ünal

12. Korkmaz, Korkmaz & Çakar

13. Storebø

14. Tan, Wang, Zhou & Deng

15. Social Skill

16. Oswald, Paleczek & Maitz

17. Daffner, DuPaul, Kern, Cole & Cleminshaw

18. Powell, Parker, Weighall & Harpin

19. Radogna, D'Angelo & Lerman

20. Educational Performance

21. Tu, Guo, Zhang & Yu

1. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

2. Storebø

3. Sadock & Sadock

4. Attention Deficit

5. Hyperactivity

6. Impulsiveness

7. Faraone & Radonjic

8. Sholeh & Supena

9. Self-Esteem

10. Wannapaschaiyong, Penphattarakul, Rojmahamongkol & Sutthritpongsa

حل نموده و درعین حال بتواند با ویژگی‌های درونی خویش آشنا گردند (یی^۷، ۲۰۱۶؛ گریفین و پارسون^۸، ۲۰۲۳). به‌طورکلی هدف این مدل، آموزش به والدین و یا به افرادی است که از کودک مراقبت می‌کنند و این مدل به محکم کردن ارتباط بین کودک و والد منجر می‌شود (لندرت و براتون^۹، ۲۰۰۶). با توجه به اینکه تعامل نامناسب والد-فرزند می‌تواند رشد کودک را در معرض خطر قرار داده آن‌ها را مستعد بروز مشکلات هیجانی و رفتاری نماید، ارائه مداخله‌هایی که بتواند در کنار درمان مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان، خانواده‌ها را درگیر کرده و آموزش‌های لازم را در زمینه تعامل با کودکان و ایجاد محیط مناسب برای رشد و پرورش سالم آنان فراهم نماید، بسیار ضروری است. از سویی دیگر، با توجه به پیامدهای فراوان اختلال یادگیری در بین دانش‌آموزان در محیط‌های آموزشی و درون خانواده درمان مشکلات این کودکان باید در اولویت برنامه‌های درمانی و پرورشی جامعه باشد که اهمیت توجه به بررسی همزمان متغیرهای پژوهش با یکدیگر را دوچندان می‌نماید. در همین راستا نتایج پژوهش‌های صورت گرفته توسط عیسی‌زاده، شکری جوان، دانش‌فر و نیک افشار (۱۴۰۱) با عنوان اثربخشی بازی‌درمانی گروهی بر مهارت‌های اجتماعی کودکان اوتیسم نشان داد، میانگین گروه آزمایش در مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های آن (توانایی درک هیجانات و احساسات دیگران، توانایی شروع تعامل با دیگران، توانایی حفظ تعامل با دیگران و توانایی پاسخ‌دهی به دیگران) نسبت به گروه گواه افزایش یافته بود و بر اساس نتایج پژوهش، بازی‌درمانی گروهی بر مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های آن در کودکان با اختلال طیف اوتیسم مؤثر بود. حسینی، آخوندزاده و حجتی (۲۰۱۹) به بررسی تأثیر درمان رابطه کودک و والدین بر مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی پرداخت. نتایج نشان داد مدل بازی‌درمانی رابطه والد-کودک طرحی کوتاه‌مدت از بازی‌درمانی والدینی می‌باشد که قادر به بهبود مهارت‌های اجتماعی در کودکان پیش‌دبستانی می‌باشند. اوزدکین و جینسدوگان^{۱۰} (۲۰۲۳) به بررسی ارائه مدل بازی‌درمانی با تمرکز بر آموزش والدین: درمان رابطه کودک-والد پرداخت. نتایج نشان داد مدل بازی‌درمانی رابطه کودک-والد می‌تواند روابط بین والد-کودک را بهبود بخشد و در ورای آن عزت‌نفس کودکان افزایش یابد؛ کیم و جانگ^{۱۱} (۲۰۲۰)

محسوب می‌گردد. بنابراین، عملکرد تحصیلی به معنای توانایی فرد در موضوعات آموزشی است که به‌وسیله‌ی آزمون‌های استاندارد سنجیده می‌شود و بر جنبه‌های مختلف زندگی افراد تأثیرگذار است (دشت بزرگی، ۱۳۹۵). در نگاهی دیگر عملکرد تحصیلی موجب پیشرفت و موفقیت‌های آموزشی در دانش‌آموزان می‌شود و سطح اعتمادبه‌نفس را در فرد افزایش می‌دهد (لاورنس، هوتون، داوسون، ساویر و کارول^۱، ۲۰۲۱). در همین حین پژوهش‌های صورت گرفته توسط کیلو، هولم و فالسن^۲ (۲۰۱۸) و جانگمو و همکاران^۳ (۲۰۱۹) نشان دادند کودکانی که درگیر اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی هستند عملکرد تحصیلی پایین‌تری نسبت به کودکان پهنجار دارند؛ زیرا این کودکان در زمینه کنترل تکانه‌ها، ظرفیت توجهی و بیش‌فعالی با مشکل مواجه‌اند و این امر مانع از کسب مهارت‌های اساسی از قبیل تمرکز بر معلم، همکاری و مشارکت با همسالان و سوادآموزی و یادگیری شده و مشکلاتی را در زمینه حافظه، استدلال، رشد ادراکی، توانایی‌های عمومی شناختی برایشان ایجاد می‌کند که بر عملکرد تحصیلی آنان تأثیرگذار است (آرنولد، هادکینز، کاهله، مدهو و کولی^۴، ۲۰۲۰). در این مسئله اصلی چگونگی درمان این دسته از کودکان و کاهش مشکلات ناشی از بیش‌فعالی و نقص توجه در آنان حائز اهمیت است. در این بین از جمله روش‌های مختلف درمانگری در کودکان دارای اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی، بازی‌درمانی^۵ است؛ زیرا بازی‌درمانی نه تنها می‌تواند بر جسم و روان کودک تأثیر بگذارد، بلکه می‌تواند بر نحوه ارتباط مادر با کودک نیز مؤثر واقع شود. از این‌رو، در بازی‌درمانی کودک حس توانمند بودن، اهمیت داشتن و مورد پذیرش واقع شدن را تجربه نموده و احساس بهتری نسبت به خود پیدا می‌کند (یحیی، ماکپ، وئو، می و کیفلی^۶، ۲۰۱۹). بازی‌درمانی والد-کودک تأکید بر شناسایی احساسات و نحوه پاسخگویی داشته و کودک می‌تواند نگرانی‌های خود را به‌موقع شناسایی کند و با کاهش بایدها و نبایدهای والدین، تنیدگی کودک نیز به‌مرور زمان کم می‌شود و در نتیجه عزت‌نفس کودکانی که دارای اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی می‌باشند، افزایش می‌یابد (واناپاسچای یونگ و همکاران، ۲۰۲۳). به بیانی دیگر، بازی‌درمانی به کودکان دارای مشکلات ناشی از نارسایی دقت و توجه کمک می‌نماید تا بتوانند مشکلاتی که مرتبط با این اختلال است را به‌درستی

7. Yee

8. Griffin & Parson

9. Landreth & Bratton

10. Öztekin & Gençdoğan

11. Kim & Jang

1. Lawrence, Houghton, Dawson, Sawyer & Carroll

2. Keilow, Holm & Fallesen

3. Jangmo

4. Hodgkins, Kahle, Madhoo & Kewley

5. Play Therapy

6. Yahaya, Maakip, Voo, Mee & Kifli

اجتماعی و عملکرد تحصیلی در دانش‌آموزان با اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی انجام شد.

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را دانش‌آموزان دارای اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی دوره دوم ابتدایی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ دانش‌آموز با اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی بودند که به‌طور در دسترس بر اساس ملاک‌های نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و مصاحبه بالینی انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جای‌دهی شدند (هر گروه ۱۵ نفر). ملاک‌های ورود شامل دانش‌آموزان پایه چهارم، پنجم و ششم با اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی در رده سنی ۱۰-۱۳ سال، دانش‌آموزان دختر و پسر و ملاک‌های خروج شامل ناتوانی در پاسخگویی به پرسشنامه‌ها و یا عدم رضایت جهت ادامه همکاری و عدم شرکت در بیش از ۲ جلسه درمانی در پژوهش بودند.

ابزار سنجش

۱. **سیاهه عزت‌نفس آیزنک^۲ (ESI)**: این ابزار توسط آیزنک و آیزنک (۱۹۷۶) جهت سنجش میزان عزت‌نفس در بین کودکان و نوجوانان ۸ الی ۱۸ سال استفاده می‌شود. دارای فرم کودک و نوجوان است که در ۳۰ سؤال و بر اساس طیف دوگزینه‌ای تنظیم شده است. نمره‌گذاری بدین صورت می‌باشد که در مورد سؤالات شماره ۱، ۲، ۵، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۶، ۲۲، ۲۳، ۲۹، ۳۰ گزینه بله ۱ امتیاز و گزینه خیر صفر امتیاز دریافت خواهد نمود. در مورد سؤالات شماره ۳، ۴، ۶، ۷، ۸، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷ و ۲۸ گزینه خیر ۱ امتیاز و گزینه بلی ۰ امتیاز دریافت خواهد کرد. در مواردی که گزینه علامت سؤال (?) انتخاب گردد نیم نمره (۰/۵) از امتیاز کسب خواهد گردید. دامنه نمرات از ۰ تا ۳۰ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده عزت‌نفس بالاتر شخص پاسخ‌دهنده خواهد بود و برعکس (آیزنک^۳، ۱۹۷۶). هرمرزی‌نژاد (۱۳۸۰) روایی ابزار را برای دانشجویان دختر ۰/۷۴ و برای دانشجویان پسر ۰/۷۹ گزارش نمود. همچنین، ضریب پایایی این سیاهه با استفاده از روش آلفای کرونباخ در پژوهش سروریان و تقی‌زاده (۱۳۹۴) ۰/۸۸ و با استفاده از روش تنصیف ۰/۸۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی سیاهه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ می‌باشد.

به بررسی تأثیر برنامه آموزش والدین با استفاده از بازی‌درمانی بر همدلی، عزت‌نفس و خودکارآمدی نوجوانان خاتمه یافته از حمایت از مراقبت والدین پرداخت. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش والدین با استفاده از بازی‌درمانی موجب افزایش همدلی در روابط والد - فرزند، عزت‌نفس و خودکارآمدی در نوجوانان می‌گردد. خدابخشی کلایی، فلسفی‌نژاد و رضایی (۲۰۱۸) به بررسی اثربخشی بازی‌درمانی عروسکی بر رفتار سازگاران و مهارت‌های اجتماعی کودکان پرداخت. نتایج نشان داد که بازی‌درمانی عروسکی موجب بهبود رفتار سازگاران و مهارت‌های اجتماعی در کودکان می‌گردد. کیم (۲۰۱۵) به بررسی تأثیر شن‌بازی بر توانایی همدلی مادران چند فرهنگی و افسردگی و عزت‌نفس فرزندشان پرداخت. نتایج نشان داد شن‌بازی می‌تواند توانایی همدلی در مادران و عزت‌نفس کودکان را افزایش دهد و در مقابل سطح افسردگی را کاهش دهد؛ محمدی‌نیا، فاطمی، نصیری، پیرنیا (۲۰۱۹) با موضوع اثربخشی بازی‌درمانی شناختی- رفتاری بر اضطراب و پیشرفت تحصیلی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری نشان دادند که بازی‌درمانی شناختی- رفتاری موجب کاهش اضطراب و افزایش سطح پیشرفت تحصیلی در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری می‌شود. هال^۱ (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان اثرات بازی‌درمانی کودک‌محور بر مهارت‌های اجتماعی، پیشرفت تحصیلی و خودپنداره کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری بیان نمود که بازی‌درمانی کودک‌محور موجب تقویت مهارت‌های اجتماعی، پیشرفت تحصیلی و خودپنداره کودکان دارای ناتوانی یادگیری می‌گردد. همچنین، معنوی (۱۴۰۱) به بررسی اثربخشی بازی‌درمانی بر عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان ابتدایی مبتلا به اختلال خواندن پرداخت. نتایج نشان داد که بازی‌درمانی موجب بهبود و تقویت عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان ابتدایی مبتلا به اختلال خواندن می‌گردد. با توجه به نتایج حاصله از این تحقیقات مبنی بر عدم توجه به مبحث نارسایی توجه و بیش‌فعالی در کودکان دوره ابتدایی و مشکلات ناشی از این اختلال در کودکان مبتلا به کم‌توجهی/ بیش‌فعالی مانعی جهت ارتباط با همسالان و رفتارهای اجتماعی مناسب و درنهایت وجود مهارت‌های اجتماعی ضعیف و در مقابل وجود عزت‌نفس پایین که موجب عملکرد تحصیلی ضعیف را فراهم می‌کند؛ اهمیت توجه به این دسته از کودکان را دوچندان می‌نماید. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف اثربخشی بازی‌درمانی والد - کودک بر عزت‌نفس، مهارت‌های

3. Eysenck & Eysenck

1. Hall

2. Eysenck Self-Esteem Inventory

۲. پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی^۱ (SSQ): این پرسشنامه توسط ماتسون، روتیتوری و هلسل^۲ (۱۹۸۳) برای سنجش مهارت اجتماعی کودکان و نوجوانان ۴ تا ۱۸ سال تهیه شده و دارای سه فرم والد، مربی و دانش آموز است. در این پژوهش از دو فرم والد و آموزگار استفاده شده است. فرم والد دارای ۵۶ سؤال و زیر مقیاس‌های مهارت‌های اجتماعی مناسب، رفتارهای غیراجتماعی، پرخاشگری و رفتارهای تکانشی، برتری طلبی، اطمینان زیاد به خود داشتن و رابطه با همسالان است و فرم آموزگار دارای ۵ سؤال می‌باشد. اما شایان ذکر است که در تحلیل‌ها از فرم والد استفاده شد و فرم آموزگار تنها برای بررسی بیشتر بود. طیف نمره گذاری این پرسشنامه بر اساس یک شاخص لیکرت ۱=هرگز و ۵=همیشه انجام می‌شود (ماتسون و بویسجولی، ۲۰۰۸). سؤالات ۱۹ تا ۴۷ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۵۶ تا ۲۸۰ است. یوسفی و خیر (۱۳۸۱)، به نقل از خلقی، آقایی و فرهادی، (۱۳۹۹) با به‌کارگیری این پرسشنامه در گروهی از دانش‌آموزان مقدار ضریب آلفای کرونباخ و تصنیف را برای کل مقیاس یکسان و برابر با ۰/۸۶ گزارش کردند. این محققان با استفاده از روش تحلیل عامل، روایی مقیاس را نیز مورد سنجش قرار دادند و ۵ خرده‌مقیاس را در قالب ۵ عامل جداگانه شناسایی کردند و ضرایب آلفا را در مؤلفه‌های نسخه معلم شامل رفتارهای اجتماعی مناسب ۰/۷۳، رفتارهای غیراجتماعی ۰/۷۱، پرخاشگری و رفتار تکانشی ۰/۷۶، برتری طلبی و اطمینان زیاد به خود داشتن ۰/۶۸ و رابطه با همسالان ۰/۸۰ گزارش کردند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش خلقی، آقایی و فرهادی (۱۳۹۹) نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شده است. پایایی این پرسشنامه در زیرمقیاس‌های رفتارهای اجتماعی مناسب، رفتارهای غیراجتماعی، پرخاشگری و رفتار تکانشی، برتری طلبی و اطمینان زیاد به خود داشتن، رابطه با همسالان و نمره کل

پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۱، ۰/۷۰، ۰/۷۲، ۰/۷۴، ۰/۷۳ و ۰/۷۵ محاسبه شد.

۳. پرسشنامه عملکرد تحصیلی^۳ (APQ): این پرسشنامه توسط درتاج (۱۳۸۳) طراحی و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه دارای ۴۸ سؤال می‌باشد برخی از سؤالات فقط یک عامل را می‌سنجند و برخی دیگر بیشتر از یک عامل را اندازه می‌گیرند. این پرسشنامه ابعاد خودکارآمدی پنداری، تأثیرات هیجانی، برنامه‌ریزی، فقدان کنترل پیامد و انگیزش را مورد سنجش قرار می‌دهد. برای نمره‌گذاری آزمون عملکرد تحصیلی از مقیاس لیکرت استفاده می‌شود. در مقیاس لیکرت کاملاً موافقم=۵، موافقم=۴، نظری ندارم=۳، مخالفم=۲ و کاملاً مخالفم=۱ ارائه می‌شوند. روایی این پرسشنامه از طریق دو روش روایی محتوایی و روایی سازه ارزیابی گردیده است (درتاج، ۱۳۸۳). در پژوهش درتاج (۱۳۸۳) پایایی پرسشنامه برای عملکرد تحصیلی ۰/۹۱ گزارش شد و برای عامل‌های اول (۰/۹۲)، دوم (۰/۹۳)، سوم (۰/۷۳)، چهارم (۰/۶۴) و پنجم (۰/۷۲) نیز رقم پایایی اینگونه به دست آمده است. همچنین، پایایی این پرسشنامه در پژوهش و کاکاوند (۱۳۹۲) بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ نیز محاسبه شد. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ نیز ۰/۹۸ گزارش شد.

برنامه بازی درمانی والد-کودک^۴ (CPRT): در پژوهش حاضر از برنامه بازی درمانی والد-کودک لندرت و براتون (۲۰۰۶) که به‌طور اختصاصی برای بهبود رابطه والد-کودک و تأثیر آن بر رفتار و هیجانات طراحی شده، استفاده گردید. این برنامه مبتنی بر تحقیقات گذشته بوده و شامل ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دو بار با توالی منطقی و پیشرونده بازی‌های بهبود روابط والد-کودک است. همچنین، این مداخله برگرفته از یک روش استاندارد و اعتبارسنجی شده برنامه بازی درمانی والد-کودک می‌باشد.

جدول ۱. پروتکل درمانی (بازی درمانی به شیوه لندرت و براتون، ۲۰۰۶)

| جلسات | اهداف | محتوا |
|-------|---|---|
| اول | آشنایی با مفاهیم پایه و اهداف و مفاهیم اصلی برنامه | معرفی اعضای گروه به یکدیگر، بیان موضوعات پایه از قبیل تشویق و تنبیه والدین، همدلی با والدین، عادی و طبیعی جلوه دادن مشکلات ارتباطی والدین با فرزندانشان و مرور اجمالی موضوعات جلسات آموزشی و مفاهیم ضروری مرتبط با آن (ارجاع والدین به دفترچه مخصوص والدین)، آموزش روش پاسخ‌دهی انعکاسی به احساسات، عواطف و آرزوها و نیازهای کودک، تکمیل برگه پاسخ‌دهی انعکاسی، ایفای نقش مهارت‌های بازی درمانی ارتباطی توسط اعضای گروه، ارائه فیلم جهت آموزش مشاهده‌ای مهارت‌ها به والدین. |
| دوم | آموزش اصول اساسی جلسات ۳۰ دقیقه‌ای بازی والدین و کودک | تبادل غیررسمی و دوستانه اطلاعات و مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، بیان تجارب والدین و تشویق آن‌ها در زمانی که والدین به شرکت در فعالیت‌های گروهی می‌پردازند، بیان اصول اساسی جلسات بازی والدین با کودک. |

3. Academic Performance Questionnaire
4. Child Parent Relationship Therapy

1. Social Skills Questionnaire
2. Matson, Rotatori & Helsel

| | |
|---|---|
| ۳۰ دقیقه پیروی کامل والدین از کودک، معرفی و ارائه مجموعه اسباب‌بازی‌های مورد نیاز برای جلسات بازی و منطق استفاده از هر یک از آنها، خصوصاً در اسباب‌بازی که والدین درباره‌شان نگرانی دارند، انتخاب زمان و مکان خاص برای جلسات بازی، معرفی و ایفای نقش مهارت‌های اساسی جلسه بازی (به‌صورت زنده یا ارائه نوار ویدئویی) | |
| مرور تکالیف خانگی جلسه قبل. معرفی بایدها و نبایدهای جلسات بازی. بایدها شامل آماده‌سازی ساختار اولیه جلسات بازی (شرایط مکانی). با مسئولیت دادن به کودک اجازه‌ی هدایت جلسه را به او بدهید. در بازی کودک فعالانه شرکت کنید. آنچه را می‌بینید شرح دهید. انعکاس احساسات کودک. تعیین محدودیت‌های پایدار و مشخص. پیروی از قدرت کودک و تشویق اثرگذاری‌های او در بازی. نبایدهای جلسات بازی: از هیچ‌یک از رفتارهای کودک انتقاد نکنید. از کودک تعریف و تمجید بیجا نکنید. از کودک سؤالات هدایت‌شده نپرسید. اجازه‌ی قطع جلسه‌ای بازی کودک را ندهید. به دادن اطلاعات یا آموزش در باب موضوع نپردازید. به کودک نصیحت‌های اخلاقی نکنید. شما شروع‌کننده‌ی فعالیت‌های جدید در طول بازی نباشید. در حین بازی متغزل و ساکت نباشید | آموزش بایدها و نبایدهای جلسات ۳۰ دقیقه‌ای بازی والدین و کودک سوم |
| مرور تکالیف خانگی جلسه قبل. اعمال سه‌گام محدودیت‌گذاری (ارجاع والدین به دفترچه مخصوص والدین). ایفای نقش یا نشان دادن فیلمی در خصوص مهارت‌های موردنیاز در جلسه بازی و سه‌گام محدودیت‌گذاری تمرکز عمده این جلسه بر حمایت و تشویق والدین در هنگام یادگیری و تمرین مهارت‌های جلسه بازی است. لذا مطالب جدیدی در این جلسه مطرح نمی‌شود تا والدین احساس درماندگی و ناتوانی نکنند. همانند سایر جلسات آموزشی عمده زمان جلسه بر گزارش‌های والدین از جلسات بازی در منزل و مشارکت فعالانه در خصوص مرور جلسات ضبط شده والدین می‌گذرد (مرور و بررسی جلسه بازی ضبط شده). به‌طور کلی این جلسه به‌مرور و تحکیم مهارت‌های ارائه شده در جلسات قبل می‌گذرد و مهارت‌های جدید در این جلسه ارائه نمی‌شود. | آموزش اعمال محدودیت‌گذاری والدین برای کودک چهارم |
| برنامه کار افزایش خودکارآمدی در امر فرزندپروری همراه با ایجاد اعتمادبه‌نفس و عزت‌نفس والدین است با این هدف که به کودکشان به‌صورت فعال پاسخ دهند تا عزت‌نفس کودک تقویت شود. مرور و بررسی اطلاعات همراه با مرور تکالیف خانگی و گزارش‌های والدین از جلسات بازی مرور و بررسی جلسات بازی ضبط شده والدین آموزش والدین در مبحث حق انتخاب دادن به کودک و مرور مطالب مربوطه، آموزش مسئولیت‌پذیری و تصمیم‌گیری به کودک. ایفای نقش / نمایش فیلم مهارت‌های جلسه بازی و حق انتخاب دادن به کودک. | تمرکز برافزایش خودکارآمدی والدین در امر فرزندپروری پنجم |
| مرور و بررسی اطلاعات همراه با مرور تکالیف خانگی و گزارش‌های والدین از جلسات بازی. مرور و بررسی جلسات بازی ضبط شده والدین، پاسخ به مهارت‌های ایجادکننده‌های اعتمادبه‌نفس مخصوص این جلسه. | آموزش نحوه ارائه پاسخ‌های ایجادکننده اعتمادبه‌نفس در کودکان ششم |
| مرور و بررسی اطلاعات همراه با مرور تکالیف خانگی و گزارش‌های والدین از جلسات بازی. مرور و بررسی جلسات بازی ضبط شده والدین ایفای نقش / نمایش فیلم در مورد مهارت‌های پاسخ‌های تشویقی کودکان هفتم | آموزش نحوه ارائه پاسخ‌های تشویقی در کودکان هشتم |
| مرور و بررسی اطلاعات همراه با مرور تکالیف خانگی و گزارش‌های والدین از جلسات بازی. مرور و بررسی جلسات بازی ضبط شده والدین. مهارت‌های کاربردی در خارج از جلسه بازی. | تعمیم دادن مهارت‌های جلسه بازی به موقعیت‌های زندگی روزمره کودک نهم |
| مرور کلیه موارد مهمی که هر یک از والدین آموخته‌اند. بحث و گفتگو در باب تغییرات اتفاق افتاده در وضعیت و رفتار کودکان نسبت به ۱۰ هفته قبل. مرور اطلاعات اولیه از فرم‌های مخصوص اطلاعات والدین. تشویق کردن بازخوردهای مثبت بین اعضای گروه به خاطر تغییرات خوبی که در آنها اتفاق افتاده است. | مرور کلیه موارد آموخته شده و بحث و گفتگو در مورد تغییرات اتفاق افتاده در رفتار کودکان دهم |

روش اجرای پژوهش

مدنظر قرار گرفت و پژوهشگر بر رعایت کامل اصول اخلاقی نظارت داشت. پرسشنامه‌ها به‌عنوان پیش‌آزمون توسط والدین و با نظارت پژوهشگر تکمیل و سپس برنامه بازی‌درمانی والد-کودک به‌عنوان مداخله در طول ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در فرهنگسرای اهتمام، توسط پژوهشگر با همکاری آموزگاران، به گروه آزمایش ارائه گردید و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. مداخله در بین ۳۰ والد (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل) دارای دانش‌آموز اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی ارائه شد و در تمامی مراحل، سؤالات والدین مورد بررسی و پاسخ داده شد و تکالیف جلسات قبلی مورد بررسی قرار گرفت. بعد از اتمام جلسات، گروه آزمایش

به‌منظور رعایت موازین اخلاقی، پس از دریافت مجوزهای لازم از آموزش و پرورش ناحیه ۵ شهر اصفهان، جلسه‌ای توجیهی با حضور والدین دانش‌آموزان بیش‌فعال مدرسه پسرانه شهید پورسینا و مدرسه دخترانه آزاده برگزار شد. در این جلسه، اهداف و مراحل انجام پژوهش برای والدین تشریح و از آنها خواسته شد فرم رضایت‌نامه و محرمانه ماندن اطلاعات را امضا کنند. همچنین، با هماهنگی مدیریت مدارس، کارگاه‌های آموزشی برای والدین به‌منظور آشنایی با نحوه اجرای صحیح مداخله در فرهنگسرای اهتمام برگزار شد. در تمامی مراحل پژوهش، ملاحظات اخلاقی از جمله حفظ محرمانه بودن اطلاعات و حق انصراف آزمودنی‌ها،

از ۳۰ نفر شرکت کننده در پژوهش، ۱۹ نفر دانش آموز پسر (۶۳/۳۳ درصد) و ۱۱ نفر دانش آموز دختر (۳۶/۶۷ درصد) بودند. به علاوه گروه آزمایش شامل ۸ شرکت کننده (۵۳/۳ درصد) ۱۱ سال، ۴ شرکت کننده (۲۶/۷ درصد) ۱۲ سال و ۳ نفر (۲۰ درصد) ۱۰ سال بودند. همچنین، گروه کنترل شامل ۴ شرکت کننده (۲۶/۷ درصد) ۱۲ سال، ۷ شرکت کننده (۴۶/۷ درصد) ۱۱ سال و ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) ۱۰ سال بودند. در ادامه میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

و کنترل توسط پرسشنامه‌های مذکور مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین، داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-23 و روش آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری تحلیل شدند. در این پژوهش اصول اخلاقی نظیر محرمانه بودن سنجش‌ها (نتایج پرسشنامه‌ها)، رضایت آگاهانه دانش آموزان و والدین آن‌ها و اختیار و آزادی کناره‌گیری از پژوهش رعایت شده است.

یافته‌ها

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی عزت نفس، عملکرد تحصیلی و مهارت‌های اجتماعی در گروه‌های آزمایش و کنترل

| متغیر | مرحله | شاخص‌های آماری گروه | میانگین | انحراف معیار |
|---------------|-----------|---------------------|---------|--------------|
| عزت نفس | پیش آزمون | آزمایش | ۲۴/۲۱ | ۱۰/۷۵ |
| | پس آزمون | کنترل | ۲۴/۶۷ | ۹/۵۴ |
| مهارت اجتماعی | پیش آزمون | آزمایش | ۴۸/۲۶ | ۱۱/۳۵ |
| | پس آزمون | کنترل | ۲۵/۹۵ | ۸/۹۷ |
| عملکرد تحصیلی | پیش آزمون | آزمایش | ۲۵/۵۸ | ۱۰/۴۱ |
| | پس آزمون | کنترل | ۲۶/۲۱ | ۱۰/۱۱ |
| | پیش آزمون | آزمایش | ۴۲/۴۸ | ۱۱/۱۲ |
| | پس آزمون | کنترل | ۲۶/۲۴ | ۱۰/۵۲ |
| | پیش آزمون | آزمایش | ۲۷/۰۳ | ۹/۶۱ |
| | پس آزمون | کنترل | ۲۷/۹۸ | ۱۰/۸۶ |
| | پیش آزمون | آزمایش | ۵۷/۰۳ | ۱۲/۵۷ |
| | پس آزمون | کنترل | ۲۷/۶۶ | ۱۰/۴۹ |

نمونه، نرمال و همسان با جامعه است. نتیجه پیش شرط شیب خط رگرسیون نشان داد تعامل بین شرایط آزمایشی و متغیر همپراش در هر کدام از متغیرهای عزت نفس با مجموع مجذورات $F=۳/۶۷$ و $F=۲۸/۰۴$ و مقدار $F=۰/۳$ ، مهارت اجتماعی با مجموع مجذورات $F=۰/۸۹$ و مقدار $F=۰/۳$ و عملکرد تحصیلی با مجموع مجذورات $F=۰/۱۷$ و مقدار $F=۰/۳۱$ معنادار نیست ($P>۰/۰۵$). همچنین، جهت این پیش فرض که واریانس‌های نمرات دو گروه، در جامعه با هم برابرند و از لحاظ آماری تفاوت معنی داری ندارند از آزمون لیون استفاده شد و مقدار F به دست آمده برای این آزمون در متغیرهای عزت نفس $F=۲/۲۱$ ، مهارت‌های اجتماعی $F=۱/۸۸$ و عملکرد تحصیلی $F=۱/۷۹$ معنادار نیست. این عدم معناداری بدین معناست که پیش فرض همگنی واریانس نمرات در مولفه‌های ذکر شده رعایت گردیده شده است.

با توجه به جدول ۲، میانگین عزت نفس، عملکرد تحصیلی و مهارت اجتماعی در پس آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش آزمون، افزایش داشته‌اند. در صورتی که بین پیش آزمون و پس آزمون متغیرها در گروه کنترل، تفاوت چندانی وجود نداشته است. با توجه به آزمون فرضیه‌های پژوهش، نیازمند استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری (آنکوا) بوده و حذف اثر پیش آزمون در جمله موارد بود که در این پژوهش کنترل شد. از این رو، باید پیش فرض‌های لازم، یعنی پیش فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه، تساوی واریانس‌ها و یکسانی شیب خط رگرسیون رعایت می‌گردید. اولین پیش فرضی که برای به کارگیری روش تحلیل کوواریانس مورد نیاز است، پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه‌های نمونه است. برای آزمون این فرضیه از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که نتایج این آزمون نشان داد فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در همه متغیرهای پژوهش مشاهده می‌شود، یعنی توزیع نمرات

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (آنکوا) برای متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه آزمایش و کنترل

| متغیرها | مجموعه مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | اندازه تأثیر |
|-----------------------------|-------------------|------------|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| پیش‌آزمون عزت‌نفس | ۵۷۹/۱۲ | ۱ | ۵۷۹/۱۲ | ۳۷/۰۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۰ |
| عزت‌نفس | ۳۸۷/۷۳ | ۱ | ۳۸۷/۷۳ | ۲۴/۸۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۰ |
| خطا | ۵۶۲/۱۲ | ۳۶ | ۱۵/۶۱ | | | |
| پیش‌آزمون مهارت‌های اجتماعی | ۵۴۵/۶۷ | ۱ | ۵۴۵/۶۷ | ۱۰۷/۵۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۹ |
| مهارت‌های اجتماعی | ۳۸۴/۰۶ | ۱ | ۳۸۴/۰۶ | ۷۵/۶۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۳ |
| خطا | ۱۳۶/۹۹ | ۳۷ | ۵/۰۸ | | | |
| پیش‌آزمون عملکرد تحصیلی | ۹۱۴/۱۱ | ۱ | ۹۱۴/۱۱ | ۷/۵۴ | ۰/۰۰۹ | ۰/۱۶ |
| عملکرد تحصیلی | ۵۰۸۱/۳۴ | ۱ | ۵۰۸۱/۳۴ | ۴۱/۹۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۳ |
| خطا | ۴۴۸۰/۱۸ | ۱ | ۱۲۱/۰۸ | | | |

قوه تخیل خود را پرورش دهد، منجر به بهبود عزت‌نفس در کودک می‌شود؛ زیرا در دوره‌های بازی‌درمانی والد-کودک به والدین آموزش داده شد که ایجاد حس مشارکت جمعی و صحبت کردن در جمع و داستان‌سرایی باعث رفتارهای جرأت‌مندانه در کودکان می‌شود. این امر به ارتقای عزت‌نفس کودک کمک می‌نماید. در این روش درمانی با استفاده از تعامل والد-کودک در محیطی بدون استرس، کودکان یاد می‌گیرند چگونه با چالش‌ها روبه‌رو شده و چگونه آن را مهار کنند و از این طریق با موفقیت در هر موقعیت تنش‌زایی بر میزان درک و آگاهی والد-کودک افزوده می‌شود. در نگاهی دیگر، برنامه بازی‌درمانی والد-کودک ابزاری برای بیان احساسات است که به کودکان کمک می‌کند تا احساسات خود را به‌طور غیرمستقیم، به‌راحتی بیان کنند و با کمک آن عزت‌نفس خود را افزایش دهند، احساسات خود را بشناسند و آن‌ها را کنترل کنند و بتوانند به کمک آن، با چالش‌ها و مشکلات زندگی خود روبه‌رو شوند و به‌راحتی با آن‌ها مقابله کنند و درنهایت، احساس ارزشمند بودن، شایستگی و توانمندی که در بازی توسط والدین و اعتمادی که به فرزندان می‌کنند موجبات عزت‌نفس بالا را برایشان رقم می‌زند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد بازی‌درمانی والد-کودک موجب افزایش سطح مهارت اجتماعی در دانش‌آموزان با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی می‌شود و در راستای تطبیق این یافته با نتایج دیگر پژوهش‌ها می‌توان بیان نمود که این یافته‌ها با یافته‌های عیسی‌زاده و همکاران (۱۴۰۱)؛ حسینی، آخوندزاده و حجتی (۲۰۱۹)؛ خدابخشی کلایی و همکاران (۲۰۱۸) همسو بوده است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت که بازی‌درمانی به کودکان کمک می‌کند تا شیوه‌های

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات پس‌آزمون متغیرهای عزت‌نفس، مهارت‌های اجتماعی و عملکرد تحصیلی در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$). بنابراین، بازی‌درمانی والد-کودک می‌تواند عزت‌نفس، مهارت‌های اجتماعی و عملکرد تحصیلی را در دانش‌آموزان با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی افزایش دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر بازی‌درمانی والد-کودک بر عزت‌نفس، مهارت اجتماعی و عملکرد تحصیلی در دانش‌آموزان با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی شهر اصفهان انجام گرفت. یافته نخست پژوهش حاکی از آن است که بازی‌درمانی والد-کودک بر عزت‌نفس دانش‌آموزان با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی تأثیر مثبت و معناداری داشته است. یافته‌های حاصل از این پژوهش با یافته‌های پژوهش اوزدکین (۲۰۲۳)، کیم و جانگ (۲۰۲۰) و کیم (۲۰۱۵) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که والدین کودکان دارای اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی، بیشتر توجه خود را به رفتارهای منفی کودک اختصاص می‌دهند. چنین سوگیری توجهی به رفتارهای منفی فرزندان، با توجه خنثی یا مثبت به رفتارهای کودکان تداخل ایجاد کرده و موجب می‌شود والدین حساس‌تر و تکانه‌ای‌تر شده و در مجموع تحمل و صبوری کمتری از خود نشان دهند و این بی‌توجهی و بی‌محبتی منجر به کاهش عزت‌نفس در این کودکان می‌گردد. بازی‌درمانی والد-کودک در قالب بازی با عروسک‌های انگشتی و دستی، بازی نمادین/تجسمی، داستان‌نویسی چون کودک در نقش‌های مختلف ایفای نقش کرده و باید صحبت در جمع کرده و همچنین با داستان‌سرایی

۱۴۰۱). از آنجا که در رویکرد بازی والد-کودک بر مشارکت کودک و والدین در درمان تأکید می‌شود مواردی مانند کنترل خود و دیگران، تسلط و پذیرش مسئولیت در قبال تغییر رفتار و اکتساب مهارت‌های اجتماعی عملیاتی می‌شود که می‌توان عنوان کرد مشارکت کودک باعث افزایش پذیرش و تعهد وی در انجام امور مربوط به خود و دیگران می‌شود و این امر موجب افزایش تمرکز روی عملکرد تحصیلی خواهد شد. در نگاهی دیگر، با توجه به اینکه کودکان دارای اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی در به خاطر سپردن محرک‌های دیداری و شنیداری و استفاده از راهبردهای حافظه مشکل دارند، آموزش این سازه‌ها در قالب بازی توسط والدین می‌تواند موجب بهبود عملکرد تحصیلی و رابطه بین والد-کودک و بی‌محتی‌های ناشی از این اختلال را کم‌رنگ نماید. بدین‌صورت که بازی‌درمانی والد-کودک با محتوا و هدف مشخص و متناسب با مؤلفه‌های حافظه از جمله دیداری و شنیداری با استفاده از وسایل بازی، اشکال، اعداد و حروف برای کودکان توسط والدین اجرا شد. بازی‌هایی مانند بازی زود بگو روی میز چی بود، بازی یادآوری تصاویر و بازی‌های حافظه شنیداری در قالب بازی‌های شاد و پرهیجان توجه را بر تصاویر و صداها متمرکز می‌کنند و موجب تقویت حافظه دیداری و شنیداری در دانش‌آموزان شده به طوری که می‌تواند داستان‌ها و اشعار را از بر بخواند و خاطرات هفته گذشته را با جزئیات تعریف کند که این باعث بالا رفتن اعتماد به نفس دانش‌آموزان و در نهایت عملکرد تحصیلی می‌شود.

به‌طور کلی آموزش، والدین می‌توانند به درک و پذیرشی مطلوب از رفتار کودک دست یابند. این مسئله سبب بهبود سبک‌های والدگری و ترمیم روابط عاطفی میان والدین و کودک می‌گردد. با بهبود یافتن ساختار خانواده و بهبود تعامل والدین با کودک، حضور والدین و شناخت و پذیرش این احساس‌ها از سوی آن‌ها، تلاش برای درک این احساس‌ها سبب درهم شکستن بازداری و چرخه‌های ارتباطی معیوب بین والد و کودک شده و در نتیجه بسیاری از رفتارها از قبیل عزت‌نفس پایین و مهارت اجتماعی ضعیف در کودک کاهش یافته و در مقابل عملکرد تحصیلی افزایش می‌یابد.

عدم نمونه‌گیری تصادفی و عدم امکان پیگیری برای بررسی پایداری نتایج از محدودیت‌های این پژوهش بود. از این‌رو، به مسئولین مراکز مشاوره پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های بازی والد-کودک برای والدین و کودکان دارای اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی برگزار نمایند که باعث ارتقای عزت‌نفس، مهارت اجتماعی و عملکرد تحصیلی شوند.

سازگاری با محرک‌های تنش‌زا را یاد بگیرند و در ورای آن بتوانند مخالفت‌ها و نافرمانی‌ها را کاهش داده و یا حذف کنند (دنیل^۱، ۲۰۱۹). این فرایند به‌خصوص در تعاملات اجتماعی کودکان می‌تواند بسیار راهگشا باشد. چراکه بازی‌درمانی والد-کودک می‌تواند به کودکان یاد دهد تا در هنگام مواجه با چالش‌های ارتباطی، با به‌کارگیری قدرت حل مسئله از راه‌حل‌های اجتنابی و نابهنجار جلوگیری کرده و بر این اساس مهارت‌های اجتماعی بیشتری را کسب نمایند. علاوه بر این در جریان بازی‌درمانی والد-کودک، کودک ناچار است در اسباب‌بازی‌ها، ابزارها و زمان بازی با دیگران که والدین او می‌باشند شریک شود و هر کودک فرصت دارد طرحی را که ایجاد کرده، برای والدینش توضیح دهد. این بدان معنی است که هر دانش‌آموز باید برای زمان دیگران احترام قائل شود و این امر کمک می‌کند تا کودک بفهمد که جروبحث کردن، اذیت کردن دیگران و سرکش بودن زمان‌بر است و از فرصت او برای توضیح آنچه انجام داده است می‌کاهد. همچنین، کودکان در جریان بازی‌درمانی والد-کودک مهارت‌های متنوع و سودمندی را در زمینه‌های مختلف شناختی، عاطفی و اجتماعی به‌منظور برقراری ارتباط مناسب با دیگران و حل مشکلات به شیوه‌ای مؤثر فرامی‌گیرند (لین و جاستیک، ۲۰۱۶) که این مهارت‌ها را به موقعیت‌های مشابه در زندگی واقعی تعمیم می‌دهند و با به‌کارگیری آن‌ها به حل مشکلات هیجانی و اجتماعی خود می‌پردازند که در ورای آن مهارت‌های اجتماعی‌شان افزایش می‌یابد.

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که بازی‌درمانی والد-کودک بر عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان با اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی تأثیر مثبت و معنادار دارد. یافته حاضر با یافته‌های محمدی‌نیا و همکاران (۲۰۱۹)، هال (۲۰۱۵) و معنوی (۱۴۰۱) همسو بوده است که این نتایج را می‌توان این‌گونه استنباط کرد. عملکرد تحصیلی اشاره به درجه موفقیت دانش‌آموزان در یادگیری مطالب درسی پیش‌بینی‌شده از سوی وزارتخانه آموزش و پرورش دارد. عملکرد تحصیلی از این جهت اهمیت دارد که پیشرفت آموزشی در یادگیری اثر داشته و یادگیری آموزشی پیشرفت تحصیلی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و معلم برای افزایش سطح انگیزش دانش‌آموزان نسبت به یادگیری موضوع‌های مختلف درسی، باید سعی کند تا شرایط یادگیری را بهبود بخشد و کیفیت روش آموزش را افزایش دهد تا از این طریق دانش‌آموزان به موفقیت دست یابند و نسبت به توانایی خود در یادگیری اعتماد به نفس کسب کنند (معنوی،

اعتباریابی آزمون عملکرد تحصیلی. رساله دکتری. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. دانشگاه علامه طباطبائی. کیانی، ق، و کاکاوند، ع. ر. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دختر سال اول متوسطه شهر زنجان. *مطالعات روان‌شناختی*. ۹(۲)، ۱۷۱-۱۵۳.

دشت بزرگی، ز. (۱۳۹۵). رابطه تعلل‌ورزی و کمال‌گرایی تحصیلی با فرسودگی تحصیلی و عملکرد تحصیلی در دانشجویان پزشکی. *نشریه علمی-پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی*. ۹(۱)، ۴۱-۳۴.

Arnold, L. E., Hodgkins, P., Kahle, J., Madhoo, M., & Kewley, G. (2020). Long-term outcomes of ADHD: academic achievement and performance. *Journal of Attention Disorders*. 24(1), 73-85.

Çelebi F., & Ünal., D. (2021) Self esteem and clinical features in a clinical sample of children with ADHD and social anxiety disorder, *Nordic Journal of Psychiatry*. 75(4), 286-291.

Daffner, M. S., DuPaul, G. J., Kern, L., Cole, C. L., & Cleminshaw, C. L. (2020). Enhancing Social Skills of Young Children With ADHD: Effects of a Sibling-Mediated Intervention. *Behavior Modification*. 44(5), 698-726.

Daniel, S. (2019). Loops and Jazz Gaps: Engaging the Feedforward Qualities of Communicative Musicality in Play Therapy with Children with Autism. *The Arts in Psychotherapy*. 65, 101-105.

Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1976). *Psychoticism as a dimension of personality*. New York: Crane, Russak & Co.

Faraone, S. V., & Radonjić, N. V. (2023). Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Tasman's Psychiatry*. 1-28.

Griffin, L., & Parson, J. (2023). Evidencing the therapeutic powers of play to understand the mechanism of change in filial therapy. *International Journal of Play Therapy*. 32(2), 107-121.

Hall, J. G. (2015). *Effects of child-centered play therapy on social skills, academic achievement, and self-concept of children with learning disabilities: a single-case design*. degree of Doctor of Philosophy in Counseling. The University of North Carolina at Charlotte.

Hosseini, N., Akhoundzadeh, G., & Hojjati, H. (2019). The effect of child-parent relationship therapy on social skills of Preschool Children: A semi-experimental study. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 34(3), 20190151.

Jangmo, A., Stålhandske, A., Chang, Z., Chen, Q., Almqvist, C., Feldman, I., Bulik, C. M.,

همچنین، به مشاوران شاغل در مراکز مشاوره پیشنهاد می‌شود از بازی‌درمانی والد-کودک به‌عنوان درمان اصلی برای کمک به افزایش عزت‌نفس، مهارت اجتماعی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان استفاده شود. در نگاهی دیگر به مسئولان ذی‌ربط در امر آموزش و پرورش نیز پیشنهاد می‌شود آموزش‌هایی درباره بازی‌درمانی والد-کودک در آموزش ضمن خدمت معلمان مدارس، برای کمک به دانش‌آموزان و والدین دارای این اختلال‌ها داده شود.

تشکر و قدردانی

از همه مادران مشارکت‌کننده در پژوهش و نیز از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش همکاری داشتند، صمیمانه تشکر می‌گردد.

منابع

عیسی‌زاده، م، شکری جوان، ف، دانش‌فر، م، و نیک افشار، ن. (۱۴۰۱). اثربخشی بازی‌درمانی گروهی بر مهارت‌های اجتماعی کودکان اوتیسم. *نشریه علمی-پژوهشی توانمندسازی کودکان استثنایی*. ۱۳(۴)، ۵۵-۴۶.

محمدامین‌زاده، ل، و انوشه، د. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش نظریه ذهن بر کارکرد اجرایی خودتنظیمی دانش‌آموزان بیش‌فعال دوره ابتدایی شهر پیرانشهر. *فصلنامه علمی-پژوهشی مشاوره مدرسه*. ۲(۳)، ۱۸-۱.

معنوی، ع. (۱۴۰۱). اثربخشی بازی‌درمانی بر عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان ابتدایی مبتلا به اختلال خواندن، ترجمین کنفرانس بین‌المللی مطالعات میان‌رشته‌ای علوم بهداشتی، روانشناسی، مدیریت و علوم تربیتی. ۲۶ تیر، هامبورگ، آلمان.

هرمزی‌نژاد، م. (۱۳۸۰). *رابطه ساده و چندگانه متغیرهای عزت‌نفس، اضطراب اجتماعی و کمال‌گرایی با ابراز وجود دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه شهید چمران اهواز.

سادوک، ب. ج، و سادوک، و. (۲۰۱۱). *خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی*. مترجم نصرت‌الله پورافکاری. (۱۳۹۰). تهران: انتشارات آینده‌سازان و شهرآب.

سروریان، ز، و تقی‌زاده، م. ا. (۱۳۹۴). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر عزت‌نفس و شادکامی دختران نوجوان شهر قم. *فصلنامه اخلاق پزشکی*. ۹(۳۴)، ۲۰۷-۱۸۷.

خلقی، ز، آقایی، ا، و فرهادی، ه. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش والدین با رویکرد آدلر-درایکورس بر مهارت‌های عصب روان‌شناختی و رفتار اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نقص‌توجه و بیش‌فعالی، *فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی-شناختی*. ۱۱(۴۱)، ۱۳-۱.

درتاج، ف. (۱۳۸۳). بررسی تأثیر شبیه‌سازی ذهنی فرایندی و فرآورده‌ای بر بهبود عملکرد تحصیلی دانشجویان، ساخت و

- anxiety and academic achievement among children with LD. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*. 5(1), 41-48.
- Oswald, C., Paleczek, L., Maitz, K., Husny, M., & Gsteiger-Klicpera, B. (2023). Fostering Computational Thinking and Social-emotional Skills in Children with ADHD and/or ASD: a Scoping Review. *Review Journal of Autism Developmental Disorders*. 1-20.
- Öztekin, G. G., & Gençdoğan, B. (2023). A Play Therapy Model Focusing on Parent Training: Child-Parent Relationship Therapy. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar-Current Approaches in Psychiatry*. 15(2), 220-229.
- Powell, L. A., Parker, J., Weighall, A., & Harpin, V. (2022). Psychoeducation Intervention Effectiveness to Improve Social Skills in Young People with ADHD: A Meta-Analysis. *Journal of Attention Disorders*. 26(3), 340-357.
- Radogna, C., D'Angelo, G. & Lerman, D. C. (2023). Assessing and teaching job-related social skills to adults with neurodevelopmental disorders in Italy. *Behaviour Analysis in Practice*. 1-12.
- Sholeh, A., & Supena, A. (2021). A children's music therapy to enhance the self-esteem of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in elementary school. *Al Ibtida: Jurnal Pendidikan Guru MI*. 8(1), 93-103.
- Storebø, O. J., Elmoose Andersen, M., Skoog, M., Joost Hansen, S., Simonsen, E., Pedersen, N., Tendal, B., Callesen, H. E., Faltinsen, E., & Gluud, C. (2019). Social skills training for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 6(6), CD008223.
- Storebø, O. J., Storm, M. R. O., Ribeiro, J. P., Skoog, M., Groth, C., Callesen, H. E., Schaug, J. P., Rasmussen, P. D., Huus, C. M. L., Zwi, M., Kirubakaran, R., Simonsem, E., & Gluud, C. (2023). Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3(3), 1-17
- Tan, T. X., Wang, J. H., Zhou, Y., & Deng, Y. (2023). Young children's pre-academic and social skills: role of parents' locus of control and children's ADHD behaviours. *Oxford Review of Education*. 1-17.
- Tu, M., Guo, Y., Zhang, X., & Yu, Q. (2021). More similar to my father, better academic performance i will have: the role of caring parenting style. *Psychology Research and Behavior Management*. 14, 1379-1388.
- Lichtenstein, P., D'Onofrio, B., Kujala, R., & Larsson, H. (2019). Attention-deficit/hyperactivity disorder, school performance, and effect of medication. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 58(4), 423-432.
- Keilow, M., Holm, A., & Fallesen, P. (2018). Medical treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and children's academic performance. *PIOS ONE*. 13(11), e0207905.
- Khodabakhshi-koolae, A., Falsafinejad, M. R., & Rezaei, S. (2018). Effectiveness puppet play therapy on adaptive behavior and social skills in boy children with intellectual disability. *Caspian Journal of Pediatrics Babol University of Medical Sciences*. 4(1), 271-277.
- Kim, E., & Jang, M. (2020). Effects of Pre-Parent Education Program Using Filial Play Therapy on the Empathy, Self-Acceptance, and Self-Efficacy of Adolescents Terminated from Protection of Institutional Care. *Journal of Symbols & Sandplay Therapy*. 11(1), 147-190.
- Kim, M. K. (2015). The effect of sand play therapy on multicultural mothers' empathy ability and their child's depression and self-esteem. *Indian Journal of Science and Technology*. 8(25), 1-8.
- Korkmaz, H., Korkmaz, S., Çakar, M. (2019). Suicide risk in chronic heart failure patients and its association with depression, hopelessness and self esteem. *Journal of Clinical Neuroscience*. 68, 51-54.
- Landreth, G. L., & Bratton, S. C. (2005). *Child parent relationship therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model*. New York: Routledge.
- Lawrence, D., Houghton, S., Dawson, V., Sawyer, M., & Carroll, A. (2021). Trajectories of academic achievement for students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *British Journal of Educational Psychology*. 91(2), 755-774.
- Matson J. L., Rotatori, A. F., Helsel, W.J. (1983), development of a Rating Scale to Measure Social Skills in children: The Matson evaluation of social skills with youngsters (MESSY). *Behavior Research and Therapy*. 21(4), 335-340.
- Matson, J. L., & Boisjoli, J.A. (2008). Cutoff Scores for the Matson Evaluation of Social Skills for Individual with severe Retardation (MESSIER) for Adults with Intellectual Disability. *Behavior Modification*. 32(1), 109-120.
- Mohammadinia, N., Fatemi, F. S., Nasiri, M., & Pirnia, B. (2019). The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on

- sandplay therapy to improve students' self-esteem: a preliminary study in Brunei Darul Salam. *Journal of Educational and Developmental Psychology*. 9(1), 23-40.
- Yee, T. (2016). Filial therapy: Cultural considerations for Chinese parents. *International Journal of Play Therapy*. 25(3), 123-138.
- Wannapaschaiyong, P., Penphattarakul, A., Rojmahamongkol, P. & Sutthritpongsa, S. (2023). The Relationship Between Primary Caregivers' Psychosocial Factors and Self Esteem in Children and Adolescents with ADHD: An Exploratory Crosssectional Study. *Siriraj Medical Journal*. 75(8), 584-591.
- Yahaya, A., Maakip, I., Voo, P., Mee, S. K., S., & Kifli, K. H. (2019). The effectiveness of

The Effectiveness of Parent-Child Play Therapy on Self-Esteem, Social Skills and Academic Performance in Students with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder

Maedeh Malekzadeh Ahmadi*
MohammadAli Ghamiyan**

Abstract

The purpose of this research was to investigate the effectiveness of parent-child play therapy on self-esteem, social skills, and academic performance in Students with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of the research included all Students with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder of the second period of Isfahan City in the academic year 2023-2024, of which 30 people (19 male students and 11 female students) were selected by convenience sampling method based on the entry criteria. They were randomly divided into experimental and control groups (15 people in each group). In order to collect information, Eysenck self-esteem inventory (ESI), social skills questionnaire (SSQ) and academic performance questionnaire (APQ) were used. The experimental group received 10 90-minute sessions of the parent-child play therapy program and the control group did not receive any program. To analyze the findings, univariate covariance analysis was used using SPSS-23 statistical software. The results showed that play therapy had a significant effect on increasing the level of self-esteem, social skills, and academic performance of Students with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder ($P < 0.05$). Therefore, it is suggested that specialists provide a basis for improving the self-esteem, social skills and academic performance of these children by establishing a parent-child play therapy training program.

Keywords: *parent-child play therapy, self-esteem, academic performance, Students with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder, social skills.*

* **Corresponding Author:** MA. Psychology, Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan), Isfahan, Iran.

Email: maedeh.ma.1365@gmail.com

** MA. student of Clinical Psychology of Isfahan University, Isfahan, Iran.