فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۲۳، شماره ۲۷، زمستان ۱۴۰۳

اثربخشی بازی‌درمانی به روش گشتالتی (GPT) بر هوش هیجانی و خودکارآمدی در تعامل با همسالان در کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی (ADHD)

غزاله نبیل[۱]

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی‌درمانی به روش گشتالتی (GPT) بر هوش هیجانی و خودکارآمدی در تعامل با همسالان در کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی (ADHD) است. پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل تمامی کودکان دختر و پسر ۷ تا ۱۳ ساله ADHD مراجعه‌کننده به‌کلینیک طلوع رویش شهر کاشان در سال ۱۴۰۳ با میانگین سنی ۱۲/۰۴ است که با روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند ۳۰ کودک ADHD به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی ۱۵ کودک در گروه آزمایش و ۱۵ کودک در گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای تحت آموزش بازی‌درمانی به روش گشتالتی قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. جمع‌آوری داده‌ها بر اساس پرسشنامه هوش هیجانی ماورولی و همکاران (۲۰۰۸) و خودکارآمدی کودکان در تعامل با همسالان ویل رولد (۱۹۸۲) شد. تجزیه‌وتحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS-V27 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت. تحلیل داده‌ها نشان داد که میانگین نمرات هوش هیجانی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به‌طور معناداری افزایش پیداکرده است، همچنین بازی‌درمانی مبتنی بر روش گشتالتی باعث افزایش خودکارآمدی در تعامل با همسالان کودکان مبتلابه نقص توجه و بیش فعالی در گروه آزمایش‌شده است. این نتایج می‌تواند به متخصصان و والدین کمک کند تا با درک بهتری از نیازهای روان‌شناختی کودکان مبتلابه اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی، استراتژی‌های مناسب‌تری برای حمایت از آن‌ها توسعه دهند.

واژگان کلیدی: بازی درمانی به روش گشتالتی، خودکارآمدی در تعامل با همسالان، هوش هیجانی، اختلال نقص توجه/بیش فعالی

[۱] کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران (نویسنده مسئول) ghazalehnabil@gmail.com

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

مقدمه

اختلال نقص توجه-بیش فعالی[1] اختلالی متداول بوده که تقریباً ۳ تا ۷٪ کودکان دبستانی را درگیر کرده است. این اختلال در پسرها نسبت به دخترها ۲/۱ تا ۱/۹ شایع‌تر است. در سبب‌شناسی این اختلال علت‌های وابسته به ژنتیک، علل وابسته به رشد، آسیب مغزی، موارد عصب شیمیایی، موارد عصبی فیزیولوژیک و نیز موارد روانی-اجتماعی مطرح هستند و مشخصه بارز این اختلال، عدم توجه می‌باشد (اسمیت[2] و همکاران، ۲۰۲۴). این افراد در عملکرد با همسالانشان مشکلاتی دارند. عموماً فرصت‌های ایجاد مهارت‌های اجتماعی و تعامل مؤثر در اجتماع توسط این مشکلات محدود می‌شود. مشخصه‌های بیش فعالی با رفتارهای نامطمئن و غیرقابل‌تحمل نمود پیدا می‌کند که سبب می‌شود که همسالان و اطرافیان این خردسالان دارای اختلال نقص توجه-بیش فعالی از آن‌ها دوری می‌کنند. لذا معضلات اجتماعی در میان این خردسالان بسیار متداول است (آیزنبرگ و پالمر[3]، ۲۰۲۴). یکی از مواردی که کودکان مبتلابه نقص توجه/بیش فعالی با آن روبرو هستند مشکلات هوش هیجانی در آنان است (کریمی و غفوری، ۱۴۰۱). لذا، محیط مدرسه، محیطی بسیار هیجانی، هم برای کودکان و هم برای معلمان است (وراکسا[4] و همکاران، ۲۰۲۵). تأثیر شایستگی‌های اجتماعی و هیجانی بر موفقیت تحصیلی یکی از زمینه‌های نوین پژوهش است. منشأ نظری این دسته از پژوهش‌ها، مفهوم هوش هیجانی است (واتی[5] و همکاران، ۲۰۲۴). هوش هیجانی جدیدترین تحول در زمینه فهم ارتباط میان تفکر و هیجان است. این اصطلاح اولین بار در سال ۱۹۹۰ از سوی سالووی و مایر به‌عنوان شکلی از هوش اجتماعی مطرح شد که شامل توانایی ادراک هیجان در خود و دیگران، فهم این هیجان‌ها و اداره هیجان است. هوش هیجانی از سوی برخی از محققان شامل متغیرهای شخصیتی است که با شاخص‌های بین موقعیتی رفتار نظیر همدلی، ابراز وجود و خوش‌بینی ارتباط دارد (سجادی، ۱۴۰۰). امروزه هوش هیجانی به‌عنوان یک موضوع جدید در حوزه روان‌شناسی موردتوجه قرارگرفته است. مطالعاتی که در این زمینه وجود دارد همه دربردارنده این پیام است که هوش هیجانی پیش‌بینی کننده مطمئنی برای موفقیت فرد در جنبه‌های مختلف زندگی است (ونگ و پاور[6]، ۲۰۲۴). هوش هیجانی عامل مؤثر و تعیین‌کننده در برآیندهای زندگی واقعی مانند موفقیت در مدرسه و تحصیل، موفقیت در شغل و روابط بین شخصی و به‌طورکلی در کنش وری سلامت است (جیانگ[7] و همکاران، ۲۰۲۵). سالووی و مایر[8] (۱۹۹۰) هوش هیجانی را به‌عنوان توانایی فرد در بازنگری احساسات و هیجان‌های خود و دیگران، تمیز قائل شدن میان هیجان‌ها و استفاده از اطلاعات هیجان‌ها در حل مسئله و نظم‌بخشی رفتار تعریف می‌کنند (رجبی جلوانی و همکاران، ۱۴۰۲). در همین رابطه نتایج پژوهش پینارگات[9] پینارگات[9] و همکاران (۲۰۲۵) نشان دادند، برخورداری از هوش هیجانی بالا پیامدهای تحصیلی و اجتماعی مثبتی را در کودکان پیش‌بینی می‌کند. همچنین پیریان و فارسی[10] (۲۰۲۴) مشاهده کردند که ادامه تحصیل به شکلی معنادار با میزان بالای شایستگی هیجانی و اجتماعی کودکان در ارتباط است.

از سوی دیگر، یکی از عوامل مهم در ایجاد رابطه مطلوب اجتماعی با همسالان، خودکارآمدی اجتماعی یا به‌صورت خاص‌تر، خودکارآمدی در تعامل با همسالان است. خودکارآمدی اجتماعی به معنای ادراک فرد از توانمندی خود در رسیدن به معیارها و ارتباطات اجتماعی است (لیم[11] و همکاران، ۲۰۲۴) و خودکارآمدی در تعامل با همسالان به ارزیابی کودک از توانایی خود برای متقاعد کردن همسالانش به‌گونه‌ای که احساسات و رفتار آن‌ها را به شیوه‌ای اجتماعی پسند تحت تأثیر قرار دهد، اطلاق

[1] - Attention Deficit and Hyperactivity Disorder
[2] - Smith et al
[3] - Eisenberg & Palmer
[4] - Veraksa
[5] - Wati
[6] - Wong & Power
[7] - Jiang
[8] - Salovy & Mayer
[9] - Pinargote
[10] - Pirian & Farsi
[11] - Lim

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

می‌شود (بنماراکچی[1] و همکاران، ۲۰۱۷). پاژره[2] (۲۰۰۳) خودکارآمدی را محوری‌ترین مفهوم نظریه شناختی-اجتماعی بندورا بندورا می‌داند و معتقد است که باورهای خودکارآمدی مبنای فرآیندهای مهمی، مانند انگیزش، بهزیستی روانی و علایق فردی، است. به عقیده بندورا خودکارآمدی مهم‌ترین عوامل در رشد ارتباطات سالم و مطلوب اجتماعی است که رضایت از زندگی فرد را در پی دارد (لو[3] و همکاران، ۲۰۲۴). در تائید این عقیده لی، دانگ، هی و لی[4] (۲۰۱۳) اعلام داشتند خودکارآمدی با ارتباطات مثبت با همسالان مانند عواطف مثبت در موقعیت‌های اجتماعی و مدیریت عواطف و هیجانات منفی مرتبط است. کاپرارا، گربینو، پاسیلو، پیونتا و پاستورلی[5] (۲۰۱۰) نیز نشان دادند سطوح بالای خودکارآمدی در ارتباطات اجتماعی می‌تواند سازگاری شناختی-عاطفی در کودکان و نوجوانان را حفظ کند. همچنین، خودکارآمدی بالا با توان بیشتر مقابله با رفتارهای پرخطر برای سلامت همراه است (گسولات[6] و همکاران، ۲۰۲۴). پژوهش‌های متعددی نشانگر رابطه خودکارآمدی اجتماعی با با مهارت‌های اجتماعی، پذیرش همسالان، روابط اجتماعی موفق (هارجی[7] و همکاران، ۱۹۹۴؛ ترجمه بیگی و فیرزوبخت، ۱۴۰۰) افزایش خودپنداره و عزت‌نفس (پان[8] و همکاران، ۲۰۲۴)، افزایش عملکرد تحصیلی و افسردگی پایین (راسکاس، رابینو، آفن و ویلند[9]، ۲۰۱۵) است. عباس زاده و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی به بررسی رابطه بین اختلالات یادگیری، هوش هوش هیجانی خصیصه‌ای، خودکارآمدی و همدلی دانش آموزان پسر دوره ابتدایی پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که خودکارآمدی پایین با رفتارهای یادگیری و اختلالات یادگیری مرتبط است.

مداخله‌های درمانی متناسب با رنج و آسیب کودک می‌تواند نقش مهمی را در کاهش آسیب‌های وارده بر کودک داشته باشد، یکی از این درمان‌های بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالتی است. ازآنجاکه جهان کودک دنیایی از عمل و فعالیت است، بازی‌درمانی به درمانگر این امکان را می‌دهد تا به دنیای کودک راه پیدا کند. به‌این‌ترتیب کودکان محدود نمی‌شوند تا تنها به تشریح کلامی آنچه روی‌داده است بپردازند بلکه در لحظه بازی تجربه‌های پیشین و احساسات مرتبط با آن‌ها را بار دیگر از سر می‌گذرانند. درنتیجه درمانگر امکان می‌یابد تا به دنیای هیجانی کودک وارد شود و آن را احساس کند. در بازی‌درمانی، صرف‌نظر از علت ارجاع کودک، درمانگر این امکان را دارد تا در لحظه‌ای که کودک مشغول بازی است مشکل او را حس کرده و آن را به‌درستی دریابد (کارول[10]، ۲۰۲۵). سپاگنولو لوب[11] (۲۰۲۴) در یافته‌های خود بیان کرد که بازی د رمانی یک مداخله مؤثر برای کودکان آسیب‌دیده است و کودکانی است که مبتلابه مشکلات روان‌شناختی هستند. پویان[12] و همکاران (۲۰۲۴) در خصوص اثرات بازی‌درمانی بر کودکان معتقد است که در هم شکستن مقاومت در کودک، ایجاد لیاقت و توانایی، تفکر خلاق، پالایش، تخلیه هیجانی، ایفای نقش، خیال‌پردازی، آموزش نمادین، ایجاد و ارتقای رابطه و دل‌بستگی هیجانی مثبت و غلبه بر ترس‌های مربوط به دوران رشد از فواید بازی‌درمانی برای کودک می‌باشد. بازی‌درمانی گروهی پیوند طبیعی دو درمان مؤثر است. بازی‌درمانی گروهی برای کودکان یک فرایند روان‌شناختی و اجتماعی بوده و بستر رشد و یادگیری را در مورد خودشان و دیگران فراهم می‌کند. بازی‌درمانی گروهی فرصتی را فراهم می‌کند تا به کودکان کمک کند تا یاد بگیرند که تعارضات را حل کنند (گایوهان[13] و همکاران، ۲۰۲۴). بازی‌درمانی با رویکرد گشتالت یک تکنیک درمان‌بخش تعریف می‌شود که بر پایه شماری از اصول گشتالت بنا نهاده شده است. در این دیدگاه از درمان‌جو انتظار می‌رود که خودشان ببینند، احساس کنند و تعبیر کنند نه این‌که به‌صورت منفعل منتظر بمانند تا درمانگر برای آن‌ها بینش و پاسخ فراهم کند. فرض اساسی در درمان

---

[1] - Benmarrakchi
[2] - Pajaress
[3] - Lu
[4] - LI, DANG, HE & LI
[5] - Caprara, Gerbino, Paciello, Di Giunta & Pastorelli
[6] - Gessulat
[7] - Harji
[8] - Pan
[9] - Raskauskas, Rubiano, Offen & Wayland
[10] - Carroll
[11] - Spagnuolo Lobb
[12] - Puyané
[13] - Chauhan

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

گشتالتی این است که وقتی افراد ازآنچه در درون و پیرامون آن‌ها روی می‌دهد آگاه باشند، توانایی خودگردانی را دارند (میتچل[1]، ۲۰۲۱). اساس تحول شخصیت در نظریه گشتالت درمانی اصل خودتنظیمی ارگانیسمی است. کودک به کمک نیاز دارد تا خودتنظیمی ارگانیسمی سالمی را بازسازی کند و زمینه دستیابی به سلامت روانی را در خود ایجاد نماید (بلینگر[2]، ۲۰۲۲). خدابخشی کولایی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود در مورد اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت بر عزت‌نفس و سازگاری اجتماعی کودکان مبتلابه اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی نشان داد که این مداخله به ارتقای سطح عزت‌نفس و سازگاری اجتماعی آنان کمک کرده است. بابایی کفاکی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی به اثربخشی بازی‌درمانی گروهی با رویکرد گشتالتی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی پرداختند. نتایج نشان داد که بازی‌درمانی گروهی با رویکرد گشتالتی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی این گروه از کودکان مؤثر بوده است.

بنابراین، کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش فعالی معمولاً با چالش‌هایی در زمینه هوش هیجانی مواجه هستند که می‌تواند بر کیفیت تعاملات اجتماعی و خودکارآمدی آن‌ها در ارتباط با همسالان تأثیر منفی بگذارد. این وضعیت می‌تواند به ایجاد مشکلاتی در روابط اجتماعی و احساسات کودکان منجر شود و درنتیجه، نیاز به رویکردهای درمانی مؤثر برای بهبود این جنبه‌ها احساس می‌شود. بااین‌حال، در ادبیات موجود، هنوز به‌طور جامع به بررسی تأثیر روش‌های درمانی مبتنی بر بازی بر بهبود هوش هیجانی و خودکارآمدی در تعامل با همسالان در این گروه خاص از کودکان پرداخته نشده است. این خلأ پژوهشی نشان‌دهنده نیاز به مطالعات بیشتر در زمینه تأثیر روش‌های غیرمستقیم و نوین بر این دو مؤلفه اساسی است. ازاین‌رو، پرسش اصلی این پژوهش این است که آیا بازی‌درمانی به روش گشتالتی می‌تواند به بهبود هوش هیجانی و خودکارآمدی در تعامل با همسالان در کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش فعالی کمک کند؟

روش

طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری شامل تمامی کودکان دختر و پسر ۷ تا ۱۳ ساله ADHD مراجعه‌کننده به‌کلینیک طلوع رویش شهر کاشان در سال ۱۴۰۳ با میانگین سنی ۱۲/۰۴ است که با روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند ۳۰ کودک ADHD به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی ۱۵ کودک در گروه آزمایش و ۱۵ کودک در گروه کنترل جایگزین شدند. ازجمله ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: دارا بودن علائم نقص توجه بیش فعالی بر مبنای پرسشنامه اختلال نقص توجه و بیش فعالی کودکان، محدوده سنی ۷ تا ۱۳ سال، در حال تحصیل در دوره ابتدایی، داشتن توانایی زبانی و ارتباطی. ملاک‌های خروج شامل: وجود اختلالات ارتوپدیک و نورولوژیک، عدم حضور ۲ جلسه پیاپی یا پنج جلسه در کل طول مداخله، وجود اختلالات همراه نظیر اوتیسم، وجود نقایصی شدید حسی (بینایی و شنوایی)، حرکتی که مانع از انجام مداخلات در نظر گرفته‌شده است. در پژوهش حاضر ابتدا جهت تشخیص اختلال ADHD و سنجش هوش هیجانی و خودکارآمدی در تعامل با همسالان از پرسشنامه‌های علائم مرضی کودکان (CSI.4)، هوش هیجانی ماورولی و همکاران و خودکارآمدی در تعامل با همسالان ویل رولد اجرا شد، پرسشنامه هوش هیجانی و خودکارآمدی در تعامل با همسالان دومرتبه، یک‌بار در مرحله پیش‌آزمون قبل از بازی‌درمانی به روش گشتالتی و بار دیگر در مرحله پس‌آزمون بعد از بازی‌درمانی به روش گشتالتی بر روی دو گروه آزمایش و کنترل جهت سنجش هوش هیجانی و خودکارآمدی در تعامل با همسالان، بازی‌درمانی به روش گشتالتی اجرا شد.

ابزارهای پژوهش:

الف) مقیاس تشخیصی اختلال نقص توجه/بیش فعالی کودکان (فرم والدین): این پرسشنامه توسط کانرز در سال ۱۹۶۰ ساخته‌شده است که شامل ۴۸ سؤال می‌باشد و پنج زیرمقیاس: سلوک، روان تنی-تکانشگری، بیش فعالی-نقص توجه، اضطراب و مشکلات یادگیری را موردسنجش قرار می‌دهد. نمره‌گذاری با استفاده از مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت (هیچ‌کدام= ۰ و خیلی زیاد= ۴) انجام می‌شود (کانرز، ارهارت و اسپارو، ۱۹۹۹). در مطالعه کاتال، جیورتن، لجیون و میولمانس (۲۰۱۴) پایایی برای هر یک از خرده مقیاس‌ها با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۸، ۰/۷۶، ۰/۵۸ و ۰/۵۵ گزارش‌شده است.

[1] - Mitchell
[2] - Bellinger

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

در پژوهش حاضر، ضرایب روایی همسانی درونی و آلفای کرونباخ مطلوب و برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۴ به دست آمد.

ب) پرسشنامه هوش هیجانی: این پرسشنامه توسط ماورولی، پترایدز، شو و وایت هد (۲۰۰۸) و با اقتباس از پرسشنامه هوش هیجانی صفتی پترایدز و فارنهام (۲۰۰۱) ساخته است. پرسشنامه هوش هیجانی صفتی-فرم کودکان، برای کودکان ۸ تا ۱۲ است که شامل ۷۵ جمله کوتاه (به‌عنوان‌مثال؛ برای من نشان دادن این‌که چطور احساس می‌کنم آسان است) و در مقیاس ۵ سطحی لیکرت از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق رتبه‌بندی شده است و از ۹ خرده آزمون شامل؛ انطباق‌پذیری، آمادگی عاطفی، ابراز هیجانی، تنظیم هیجانی، تکانشی پایین، ارتباط با همسالان، عزت‌نفس و خودانگیختگی ساخته‌شده است و توانایی آزمودنی را در موقعیت‌های مختلف می‌سنجد. این پرسشنامه به‌صورت خود گزارش دهی و مداد و کاغذی است. نسخه انگلیسی پرسشنامه هوش هیجانی صفتی-فرم کودکان، سطوح رضایت بخشی از ثبات درونی و بیرونی را نشان داده است. این پرسشنامه بر اساس پرسشنامه هوش هیجانی صفت پترایدز و فارنهام (۲۰۰۱) تهیه‌شده است. هوش هیجانی صفتی پترایدز و فارنهام شامل ۱۵۳ آیتم به‌صورت ۷ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق است و نمره‌گذاری آن بر اساس نمونه‌های افراد انگلیسی و بر اساس ۴ فاکتور سراسری هیجان عمومی است که شامل ۱. به زیستی، ۲. خودکنترلی، ۳. احساسی و ۴. جامعه‌پذیری هستند. نسخه انگلیسی هوش هیجانی صفتی-فرم کودکان نشان از سطح رضایت بخشی از همسانی درونی ۰/۷۹ و پایایی در یک دوره ۳ ماهه r =۰/۷۹ گزارش‌شده است (ماورولی و همکاران، ۲۰۰۸) و نیز سطح رضایت بخشی از همسانی درونی ۰/۷۲ و پایایی در یک‌فاصله زمانی سه‌ماهه r =۰/۷۹ گزارش‌شده است (ماورولی و سانچز، ۲۰۱۱). در ایران نیز ناظمی مقدم و همکاران (۱۳۹۶) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۸۹ گزارش کردند.

ج) پرسشنامه خودکارآمدی کودکان در تعامل با همسالان (CSPIS[1]): پرسشنامه خودکارآمدی کودکان در تعامل با همسالان توسط ویل رولد در سال ۱۹۸۲ برای کودکان ساخته شد و سپس، شریفی (۱۳۷۲) آن را به فارسی برگرداند. این مقیاس دارای ۲۲ ماده است که فرد با انتخاب یکی از گزینه‌های «خیلی آسان» (نمره ۴)، «آسان» (نمره ۳)، «سخت» (نمره ۲) و «خیلی سخت» (نمره ۱) به آن پاسخ می‌دهد. دامنه نمره از ۲۲ تا ۸۸ است. در این پرسشنامه نمره بالاتر نشان‌دهنده خودکارآمدی بیشتر است. این پرسشنامه شامل دو خرده مقیاس موقعیت‌های تعارض‌آمیز و موقعیت‌های بدون تعارض است. هیوز[2] (۱۹۸۸؛ به نقل از شریفی، ۱۳۷۲) ضرایب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ برای کل مقیاس و با روش بازآزمایی ۲ هفته‌ای ۰/۹۰ برای پسرها و ۰/۸۵ برای دخترها، ذکر کرده است. شریفی در پژوهش خود بر روی گروهی از نوجوانان، ضریب پایایی این مقیاس را با روش بازآزمایی ۰/۸۲ گزارش کرده است. همچنین، حسینچاری (۱۳۸۶) طی پژوهشی بر دانش آموزان دوره راهنمایی، ضرایب پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ به دست آورد. محاسبه همبستگی بین تک‌تک گویه ها با نمره کل مقیاس نیز نشان داد که ۲۲ گویه این مقیاس به‌طور مثبت و معنی‌دار با نمره کل همبستگی داشتند. دامنه این همبستگی‌ها از ۰/۳۳ تا ۰/۵۵ بود. شریفی (۱۳۷۲) روایی صوری مقیاس خودکارآمدی کودکان در تعامل با همسالان را توسط اساتید روانشناسی تائید کرد. حسینچاری (۱۳۸۶) نیز روایی این مقیاس را با روش تحلیل محتوا مطلوب گزارش نمود.

د) بازی‌درمانی مبتنی بر گشتالت: بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت برای نخستین بار توسط ویوولت اوکلاندر (۱۹۷۷) برای درمان مشکلات و اختلالات کودکان استفاده گردید. در این روش تکنیک‌هایی وجود دارد که کودک برای انجام آن‌ها باید از حواس پنج‌گانه خود استفاده نماید و با استفاده از آن احساسات و نگرش‌های خود را بروز دهد (کیم، ۲۰۱۸). روش اجرای جلسات بدین ترتیب بود که در گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو بار، روش مداخله اجرا شد و گروه کنترل در لیست انتظار برای مداخله قرار گرفت.

[1] - Children's Self-Efficacy for Peer Interaction Scale (CSPIS)
[2] - Hughes

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

جدول ۱. محتوای جلسات بازی‌درمانی به روش گشتالتی

جلسات	هدف جلسات	محتوای مربوط به جلسات
اول	برقراری ارتباط با یکدیگر و با درمانگر	آشنایی درمانگر و کودکان با یکدیگر، فهم شباهت‌های خود، هدیه دادن به همدیگر (رسم نقاشی، کارت‌پستال و دادن به یکدیگر. معرفی کودکان به‌صورت شاد، معرفی با ژست خاص و تقلید ژست‌های دیگران، پیدا کردن شباهت‌های خود و دست گذاشتن روی فرد موردنظر
دوم	بیان احساسات خود، تمرین مهارت‌های اجتماعی، توجه دادن به واکنش‌های بدنی	بازی کارت احساسات، بازی زیپ-زاپ، تمرین اغراق، نشان دادن ۱۲ استیکر احساسات و بیان خاطره از هر یک از آن‌ها، بازی شاد و گروهی توأم با شناخت دوست‌یابی، توجه به واکنش‌های بدنی و انجام آن‌ها در هنگام بروز استرس‌ها
سوم	رهاسازی خشم، تمرین مهارت‌های اجتماعی	خشمت را بیرون بریز، مرا بخندان، رسم نقاشی فرد منفور روی بادکنک و بیان توأم با خشم یا توأم با آرامش با آن فرد، افراد گروه‌بندی‌شده و هر گروه باید تلاش کند یک نفر از گروه دیگر را بخنداند
چهارم	تقویت مهارت همدلی و صمیمیت و دوست‌یابی	بازی تاس احساسات، نقاشی گروهی، با انداختن تاس هر فرد در مورد آن احساس صحبت و یا ذکر داستان و خاطره می‌کند. رسم نقاشی در یک ورقه نقاشی A3 توسط همه افراد گروه آزمایش در جلسه و پرسش از آن‌ها در مورد آنچه رسم کرده‌اند
پنجم	فرافکنی افکار و احساسات، کنترل خشم و احساسات	بازی تاج‌گذاری پادشاه و ملکه، بادکنک احساسات، کودک تاج تزیین‌شده را بر سر می‌گذارد و از آرزوهای خود می‌گوید. کودک بادکنک را بادکرده و ناگهان رها می‌کند و سپس مجدداً بادکرده و این بار به‌آرامی باد آن را خارج می‌کند.
ششم	شناخت احساسات مختلف و ساخت لایه‌های احساس، رشد مهارت‌های اجتماعی و دوست‌یابی	پوست کندن پیاز و کاردستی لایه احساس، بازی موزیکال، چرخیدن دور صندلی، پیاز را پوست گرفته و لایه‌های آن را به کودکان نشان داده و لایه‌های احساس را بیان می‌کنیم و از کودک خواسته می‌شود با ورق کاغذ بادبزن یا نردبان (لایه‌لایه) درست کرده و احساسات خود را روی آن‌ها بر اساس ذکر خاطره‌ای بنویسند. بچه‌ها گروه‌بندی‌شده با صدای موزیکال دور صندلی می‌چرخند و برخلاف روال معمول بازی با قطع موسیقی باید همدیگر را تا حد امکان روی صندلی جای دهند
هفتم	ترغیب درمان‌جو به برون سازی درون‌فکنی	تکنیک صندلی خالی، بازی مجسمه‌های احساس، دو صندلی خالی مقابل آزمودنی است. روی یک صندلی می‌نشیند و از کسی که دلخور است صحبت و گله می‌کند و سپس در صندلی دیگر نشسته و نقش فرد مذکور را بازی می‌کند. کودکان با استفاده از پاستیل‌های رنگی و خلال‌دندان با توجه به سؤال‌هایی که درمانگر از آن‌ها می‌پرسد پاستیل را بارنگ موردنظر روی سروته خلال‌دندان می‌گذارند (شبیه مجسمه می‌شود)
هشتم	درک تخیلات کودک، توجه به بیان احساسات و هیجانات	تکنیک عصای سحرآمیز، بازی تن صدای هیجانی، کودک با در دست گرفتن عصای تزئین شده آنچه را که دوست دارد در زندگی ا ش رخ دهد بیان می‌کند کودک با برداشتن یکی از ۱۲ کارت احساسات جمله‌ای را که روی کاغذ نوشته‌شده با آن احساس موردنظر می‌خواند
نهم	توجه به آموزش رفتارهای پسندیده اجتماعی و بهبود مهارت‌های اجتماعی، برون سازی فشارها و آشفتگی‌های درونی کودک	تکنیک ایفای نقش (اجرای نمایش و پانتومیم)، تکنیک ترسیم رویای بد، کودکان نقش‌هایی را که از آن‌ها خواسته می‌شود یا نقشی را که دوست دارد و دلش می‌خواهد آن‌گونه رفتار شود را اجرا می‌کند. از کودک خواسته می‌شود که قسمت ترسناک خوابش را رسم کن (خاطرات یا رویاها) سپس از کودک خواسته می‌شود که برای از بین بردن آن هرگونه که دوست دارند عمل کنند (تکه‌تکه کردن یا پاره کردن کاغذ، مچاله کردن، خط‌خطی کردن، پرتاب در سطل زباله، سوراخ سوراخ کردن)
دهم	تقویت مهارت همدلی و دوستی	انجام فعالیت‌های دلخواه، اجرای پس‌آزمون همراه با گروه کنترل، دادن جایزه به هر دو گروه به خاطر همکاری، اغلب کودکان بازی زیپ زاپ و بازی موزیکال چرخیدن دور صندلی را ترجیح دادند تا انجام دهند

تجزیه‌وتحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار spss-V27 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

یافته‌ها

اطلاعات توصیفی مقیاس هوش هیجانی و خودکارآمدی در تعامل با همسالان در جدول ۲ به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل ارائه‌شده است.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

جدول ۲. اطلاعات توصیفی هوش هیجانی و خودکارآمدی در تعامل با همسالان به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

متغیر	عوامل	شاخص آماری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
هوش هیجانی	گروه آزمایش	میانگین	۴۵/۱۵۱	۱۰/۱۷۰
		انحراف معیار	۳۱/۱۰	۷۱۹۲۴/۱۲
	گروه کنترل	میانگین	۹۰/۱۴۶	۰۵/۱۴۷
		انحراف معیار	۷۹/۷	۹۷/۸
انطباق‌پذیری	گروه آزمایش	میانگین	۵۵/۱۸	۶۰/۲۰
		انحراف معیار	۴۶/۱	۳۹/۱
	گروه کنترل	میانگین	۸۰/۱۷	۹۰/۱۷
		انحراف معیار	۵۰/۱	۸۰/۱
آمادگی عاطفی	گروه آزمایش	میانگین	۳۵/۱۸	۷۰/۲۰
		انحراف معیار	۱۸/۱	۸۶/۱
	گروه کنترل	میانگین	۷۵/۱۷	۰/۱۸
		انحراف معیار	۵۵/۱	۷۱/۱
ابراز هیجانی	گروه آزمایش	میانگین	۸۰/۲۰	۷۵/۲۲
		انحراف معیار	۰۵۶/۱	۴۰/۲
	گروه کنترل	میانگین	۳۵/۲۰	۳۰/۲۰
		انحراف معیار	۸۱/۱	۳۶/۲
تنظیم هیجانی	گروه آزمایش	میانگین	۸۵/۱۹	۰۵/۲۱
		انحراف معیار	۶۹/۱	۶۰/۱
	گروه کنترل	میانگین	۱۵/۱۸	۸۵/۱۷
		انحراف معیار	۹۲/۱	۴۶/۱
تکانشی پایین	گروه آزمایش	میانگین	۶۰/۱۸	۴۰/۲۰
		انحراف معیار	۷۵/۱	۳۴/۳
	گروه کنترل	میانگین	۴۰/۱۸	۰۵/۱۹
		انحراف معیار	۸۷/۱	۰۱۷/۳
ارتباط با همسالان	گروه آزمایش	میانگین	۰۵/۲۰	۰۵/۲۳
		انحراف معیار	۷۹/۱	۶۶/۲
	گروه کنترل	میانگین	۸۰/۱۹	۲۵/۲۰
		انحراف معیار	۰۴/۲	۸۹/۲
عزت‌نفس	گروه آزمایش	میانگین	۱۰/۱۶	۲۰/۲۱
		انحراف معیار	۴۶/۳	۸۲/۴
	گروه کنترل	میانگین	۰۰/۱۶	۷۰/۱۵
		انحراف معیار	۱۰/۴	۹۲/۵
خودانگیختگی	گروه آزمایش	میانگین	۱۵/۱۹	۳۵/۲۰
		انحراف معیار	۳۴/۲	۵۵/۳
	گروه کنترل	میانگین	۶۵/۱۸	۰۰/۱۸
		انحراف معیار	۷۸/۱	۲۹/۲
خودکارآمدی در تعامل با همسالان	گروه آزمایش	میانگین	۱۶/۲۳	۱۷/۱۲
		انحراف معیار	۱/۸	۱/۹
	گروه کنترل	میانگین	۱۵/۲۶	۱۶/۲۸

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

انحراف معیار	۲/۰۱		۲/۰۴

همچنان که ملاحظه می‌شود بر اساس نتایج مندرج در جدول ۲، می‌توان به این توصیف دست زد که اجرای بازی‌درمانی به روش گشتالتی باعث افزایش "مؤلفه‌های هوش هیجانی" و خودکارآمدی در تعامل با همسالان کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی شده است. در جدول زیر آزمون تحلیل کوواریانس برای فرضیه‌های پژوهش آمده است.

جدول ۳. آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات ابعاد هوش هیجانی در دو گروه

شاخص آماری	آزمون	ارزش	F	dfفرضیه	dfخطا	sig	ضریب ایتا اثر
تفاوت دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون	اثرپیلای	۰/۸۰۳	۱۱/۷۱۰	۸/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۶۹
	لامبدای ویلکس	۰/۱۹۷	۱۱/۷۱۰	۸/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۶۹
	اثرهتلینگ	۴/۰۷۳	۱۱/۷۱۰	۸/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۶۹
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۴/۰۷۳	۱۱/۷۱۰	۸/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۶۹

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد پس از حذف اثر پیش‌آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی‌دار برای عامل بازی‌درمانی به روش گشتالتی «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان می‌دهد که حداقل بین یکی از مؤلفه‌های هوش هیجانی کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی که با بازی‌درمانی به روش گشتالتی آموزش‌دیده‌اند، با کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکس=۰/۱۹، $p<$ ۰۵.۰).

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری

شاخص آماری متغیرها	منبع تغییر	SS	df	MS	F	سطح معناداری	ضریب ایتا
انطباق‌پذیری	گروه	۵۰/۱۸۷	۱	۵۰/۱۸۷	۲۸/۶۸۸	۰/۰۰۰	۰/۴۸۹
	خطا	۵۲/۴۸۲	۳۰	۱/۷۴۹			
آمادگی عاطفی	گروه	۲۸/۰۶۵	۱	۲۸/۰۶۵	۲۴/۷۴۲	۰/۰۰۰	۰/۴۵۲
	خطا	۳۴/۰۲۹	۳۰	۱/۱۳۴			
ابراز هیجانی	گروه	۱۴/۲۱۹	۱	۱۴/۲۱۹	۶/۳۸۰	۰/۰۱۷	۰/۱۷۵
	خطا	۶۶/۸۶۵	۳۰	۲/۲۲۹			
تنظیم هیجانی	گروه	۵۱/۳۳۷	۱	۵۱/۳۳۷	۳۸/۰۵۳	۰/۰۰۰	۰/۵۵۹
	خطا	۴۰/۴۷۳	۳۰	۱/۳۴۹			
تکانشی پایین	گروه	۲۱/۵۴۳	۱	۲۱/۵۴۳	۵/۴۵۶	۰/۰۲۶	۰/۱۵۴
	خطا	۱۱۸/۴۵۲	۳۰	۳/۹۴۸			
ارتباط با همسالان	گروه	۲۸/۷۸۶	۱	۲۸/۷۸۶	۸/۶۴۶	۰/۰۰۵	۰/۲۲۴
	خطا	۹۹/۸۸۱	۳۰	۳/۳۲۹			
عزت‌نفس	گروه	۱۲۶/۲۷۱	۱	۱۲۶/۲۷۱	۸/۶۶۹	۰/۰۰۵	۰/۲۲۴
	خطا	۴۳۶/۹۵۵	۳۰	۱۴/۵۶۵			
خودانگیختگی	گروه	۵۵/۹۲۹	۱	۵۵/۹۲۹	۱۲/۱۹۵	۰/۰۰۲	۰/۲۸۹
	خطا	۱۳۷/۵۹۰	۳۰	۴/۵۸۶			

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، با حذف تأثیر متغیر پیش‌آزمون، فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت معنادار در متغیرهای انطباق‌پذیری، آمادگی عاطفی، تنظیم هیجانی، ارتباط با همسالان، عزت‌نفس و خودانگیختگی کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تائید می‌گردد. همان‌گونه که از نتایج جدول ۴ ملاحظه می‌گردد سطح معناداری حاصل‌شده برای انطباق‌پذیری، آمادگی عاطفی، تنظیم هیجانی، ارتباط با همسالان، عزت‌نفس و خودانگیختگی در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۰۶ به‌دست‌آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰۵/ ۰بر ۸ متغیر وابسته) کوچک‌تر

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

می‌باشد. درنتیجه با توجه به میانگین‌های حاصل‌شده می‌توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان انطباق‌پذیری، آمادگی عاطفی، تنظیم هیجانی، ارتباط با همسالان، عزت‌نفس و خودانگیختگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است.

جدول ۵. خلاصه آزمون کوواریانس جهت بررسی اثربخشی بازی‌درمانی به روش گشتالتی بر خودکارآمدی در تعامل با همسالان در کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی

منبع تغییرات	SS	df	Ms	F	sig	Eta
همپراشI	۲۷۶۲/۶	۱	۲۷۶۲/۶	۱۷۵	۰/۰۱	۰/۸۶۶
گروه	۵۸۶/۹	۱	۵۸۶/۹	۳۷/۲	۰/۰۱	۰/۵۷۹
خطا	۴۲۶/۳	۲۷	۱۵/۸			
کل	۱۱۵۶۴۹	۳۰				

چنانکه در جدول ۵ مشاهده می‌شود، تفاوت بین گروه‌ها، در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است (F(۱ ،۲۷) =۳۷/۲، P= ۰/۰۱). به‌طوری مقایسه نمرات گروه‌ها در جدول ۵ نشان می‌دهد، نمرات گروه آزمایش پس از مداخله، به‌طور معنی‌داری افزایش‌یافته است. بااین‌وجود، تغییر نمرات گروه کنترل، محسوس نیست. ازاین‌روی می‌توان با ۹۹ درصد اطمینان نتیجه گرفت "بازی‌درمانی به روش گشتالتی" باعث افزایش خودکارآمدی در تعامل با همسالان در کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی شده است. اندازه این اثر نیز برابر با ۵۷/۹ درصد برآورد شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی بازی‌درمانی به روش گشتالتی (GPT) بر هوش هیجانی و خودکارآمدی در تعامل با همسالان در کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی (ADHD) انجام شد. نتایج نشان داد که بازی‌درمانی به روش گشتالتی باعث افزایش هوش هیجانی در کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی می‌شود. نتایج پژوهش با یافته‌های (دورگاپرشاد و بالینگ، ۲۰۱۴؛ ملاحی و همکاران، ۱۳۹۷؛ پهلوانی و عاشوری، ۱۴۰۰) همسو است. در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت که ضروری‌ترین جنبه بازی‌درمانی در رویکرد گشتالتی، ارتباط درمانی است. درمان کودک به اعتماد او و ارتباط کامل با نگرش بر اساس تجربه احترام متقابل متکی است و درمانگر خودش و کودک را دارای حق برابر می‌بینند. در بازی‌درمانی گشتالتی، کودک بیشتر از هیجانات خودآگاه می‌شود؛ یعنی هر هیجان چگونه به وجود می‌آید و چه مفهومی دارد یا چطور می‌توان از آن‌ها استفاده کرد (هنلی، ۲۰۱۹). بازی‌درمانی گشتالتی به‌عنوان فرایند فعال، به نیازهای هیجانی کودک به‌خوبی پاسخ می‌دهد و از یکپارچگی تجربه‌ها حمایت می‌کند که سبب یادگیری، رشد و به فعلیت رسیدن توانایی‌های پنهان او می‌شود. ازنقطه‌نظر بازی‌درمانی گشتالتی، کودک یک ارگانیسم کامل است و شامل ساختار و عملکرد زیستی روانی است که با حواس، جسم، هیجان‌ها و عقل متولد می‌شود. سپس بر اساس پایه ژنتیکی منحصربه‌فرد رشد می‌کند. فرایندهای رشدی او متمایزتر می‌شود و فردیت کودک بروز می‌کند؛ هر انسانی در بافت معینی متولد می‌شود؛ درک می‌شود؛ رشد می‌کند و در یک میدان مشخصی به تعامل با محیط می‌پردازد. کودک در حفظ تمامیت وجود خود به‌طور ثابتی با نیازهای خود (فیزیکی، هیجانی یا شناختی) روبه‌رو می‌شود و احساسات راحتی را تجربه می‌کند تا زمانی که راهی برای ارضای هر یک از نیازها پیدا کند و تجربه‌ای را برای کسب احساس رضایت یا یک تعادل جدید جذب کند. از سوی دیگر بازی‌درمانی گشتالتی با کل کودک سروکار دارد و معتقد است که کل، چیزی بیشتر از مجموعه رفتارهای کودک است. درواقع بازی‌درمانی گشتالتی یک نوع پدیدار شناختی است که منبع داده‌ها را تجربه انسان می‌داند و تأکید زیادی بر تجربه درمانگر و مراجع از واقعیت می‌کند. همچنین بازی‌درمانی گشتالتی یک رویکرد وجودی است که به مسئولیت‌پذیری کودکان در مقابل خودشان و نقش آن‌ها در تجربه‌های اکنون تأکید دارد. در بازی‌درمانی گشتالتی، تعارض‌های گذشته و آینده در قالب زمان حال بررسی می‌شوند (کادوسون و شفر، ۲۰۱۶).

همچنین نتایج نشان داد که بازی‌درمانی به روش گشتالتی باعث بهبود خودکارآمدی در تعامل با همسالان در کودکان دارای نقص توجه/بیش فعالی می‌گردد. نتایج پژوهش با یافته‌های (خدابخشی کولایی و همکاران، ۱۳۹۷؛ بابایی کفاکی و همکاران، ۱۳۹۵) همخوان است. یکی از مفاهیم اساسی در بازی‌درمانی گشتالتی آگاهی احساسی است که به فرایندی می‌گویند که

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

مبتنی بر مشاهده و توجه به افکار، احساس و اعمال خود مثل احساس جسمانی و ادراک دیداری و شنیداری است که به‌عنوان یک منظره در حال حرکت به نظر می‌رسد و تجربه اکنون شما را تشکیل می‌دهد. بدون حصول آگاهی، کودک توانایی تغییر شخصیتی را نخواهد داشت. در اصل بازی‌درمانی گشتالتی تلاش دارد که شخص آن چیزی که هست، بشود. زمانی که کودک به توانایی فکری رسید، می‌تواند تعارض‌های موجود در زندگی خود را شناسایی کند و نحوه برخورد با آن‌ها را یاد بگیرد و برای وحدت و یکپارچه کردن شخصیت خود در زندگی‌اش قدم بردارد. به‌طورکلی هدف نهایی بازی‌درمانی گشتالتی ایجاد تعادل مطلوب ارگانیسم با کودک است. درمانگران با کمک بازی‌درمانی تلاش می‌کنند مهارت‌ها و توانایی‌های جدیدی را برای کودک ایجاد نمایند و درنتیجه تجارب شناختی جدیدی را برای آن‌ها مهیا سازند. وقتی در اتاق بازی قرار می‌گیرند می‌تواند تمامی احساسات منفی خود را از راه بازی کردن به شخص درمانگر نشان دهد و درمانگر از این طریق انعکاسی از رفتارهای کودک را می‌پذیرد و در جهت تغییر آن تلاش می‌کند. هنگامی‌که چنین تعاملی ایجاد می‌گردد شدت و قدرت رفتارهای منفی کودک دیگر مثل سابق نخواهد بود. به عبارتی بیان احساسات و رفتارهای خشونت‌آمیز کودک با روش بازی‌درمانی سبب افزایش همدلی و درک درمانگر می‌گردد و کودک می‌آموزد که با درخواست‌های خود به روش مناسب اجتماعی برخورد نماید. همچنین در تبیین این یافته می‌توان گفت که کودک در جلسات بازی‌درمانی گشتالتی با تمرین تکنیک‌های ایفای نقش، بازی کارت احساسات، بازی تاس احساسات و تکنیک صندلی خالی نسبت به احساسات و هیجانات خودآگاه‌تر می‌شوند و می‌توانند از این طریق خودکارآمدی در تعامل با همسالان را افزایش دهند

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بازی‌درمانی گشتالتی به کودکان مبتلابه نقص توجه/بیش فعالی کمک می‌کند تا تمامی سدهایی که در برابر آگاهی دارند را از میان بردارند و با افزوده شدن آگاهی و بینش شخصی، تمامی افکار و رفتار منفی و مخرب را کاهش دهند. در این روش مجموعه‌ای از تکنیک‌ها و فنون وجود دارد که به‌صورت گروهی می‌تواند سبب افزایش هوش هیجانی و خودکارآمدی تعامل با همسالان کودکان مبتلابه نقص توجه/بیش فعالی شود. این تکنیک‌ها به شخص فراگیر کمک می‌کند تا توجه بیشتری بر زمان حال داشته باشند و از تمامی حواس، احساسات و باورهای خود شناخت بیشتری کسب نمایند. درنتیجه هدف از بازی‌درمانی گشتالتی افزایش توانایی و قدرت شخص می‌باشد که می‌تواند خود را با شرایط موجود تطبیق دهد و قدرت انتخاب و گزینش خود را مجدداً به دست آورد. با این تکنیک شخص می‌تواند توانایی خودگردانی خود را بیافزاید و همچنین از این راه، اطلاعات داخلی و خارجی را در هم ترکیب نماید و با این عمل میزان هوش هیجانی و خودکارآمدی در تعامل با همسالان را افزایش دهد و با پیدا نمودن مسیر بهینه و مطلوب به سمت پیشرفت حرکت نماید.

استفاده از ابزار پرسشنامه یکی از محدودیت‌های این پژوهش بود که به دلیل تمایل شرکت‌کنندگان به ایجاد تصویر مطلوب اجتماعی، سوگیری در پاسخ را افزایش داده و باعث محدود شدن تعمیم‌پذیری یافته‌ها می‌شود. ازاین‌رو در پژوهش‌های بعدی، باید از ابزارها و فنون متفاوت و البته موازی مانند مصاحبه نیز سود جست. دومین محدودیت، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند بود که تعمیم نتایج را با مشکل مواجه می‌سازد، لذا پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی از روش‌های دیگر نمونه‌گیری استفاده شود به‌نحوی‌که نمونه حاصل بتواند معرف بهتری برای جامعه پژوهش باشد و نتایج قابلیت تعمیم بیشتری داشته باشند. همچنین مداخله تنها بر روی کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش فعالی انجام گردید درنتیجه تعمیم آن به کودکان عادی امکان‌پذیر نیست. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده این موضوع بر روی کودکان عادی و گروه‌های سنی مختلف و مقاطع تحصیلی دیگر انجام شود تا هم امکان مقایسه نتایج فراهم گردد و هم این‌که بتوان یافته‌ها را باقابلیت اطمینان بالاتر و اعتبار درونی و بیرونی بیشتری به‌کل جامعه تعمیم داد. همچنین با توجه به اثربخشی بودن این روش پیشنهاد می‌گردد که در مراکز روان‌شناختی و آموزش‌وپرورش محیط لازم برای اجرا آن فراهم شود.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

منابع

بابایی کفاکی، هدی؛ قنادزادگان، حسینعلی و فصیحی، رویا. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی‌درمانی گروهی با رویکرد گشتالت بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی. *مجله روانشناسی*، ۱ (۸)، ۱۹-۳.

پهلوانی، مرضیه و عاشوری، محمد. (۱۴۰۰). هم سنجی اثربخشی بازی‌درمانی گشتالی و لگودرمانی بر شایستگی اجتماعی هیجانی کودکان ناشنوا. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۴ (۷)، ۲۰-۳۱.

خدابخشی کولایی، آناهیتا؛ مختاری، علیرضا و رستاک، حمید. (۱۳۹۷). اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت بر عزت‌نفس و سازگاری اجتماعی کودکان مبتلابه اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی. *مجله پرستاری کودکان آسیب‌پذیر*، ۱ (۴)، ۷۵-۶۰.

رجبی جلوانی، مریم؛ افشاری، محسن و سلطانی، نرگس. (۱۴۰۲). راهکارهای طراحی فضای بازی کودک بر مبنای شناسایی مؤلفه‌های محیطی و غیر محیطی مؤثر بر هوش هیجانی و اجتماعی کودکان. *نشریه مرمت و معماری ایران*، ۳۴ (۱۱)، ۷۲-۵۹.

سجادی، افتخارات السادات. (۱۴۰۰). تأثیر بازی و هنر بر یادگیری و هوش هیجانی کودکان ۶ تا ۹ سال بر اساس رویکرد والدورف. *نشریه سلامت و آموزش در اوان کودکی*، ۲ (۴)، ۱۲۱-۹۷.

کریمی، لیلا و غفوری، آرزو. (۱۴۰۱). ارائه راهکارهایی جهت بهبود مشکل بیش فعالی/بی‌توجهی در کودکان (مطالعه موردی: محصلین دوره پیش‌دبستانی). *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، ۷ (۱۴)، ۱۰-۱.

ملاحی، کبری؛ قدرتی، سیما و وطن خوان، حمیدرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی بازی‌درمانی گروهی با رویکرد گشتالتی بر پرخاشگری و مهارت‌های اجتماعی کودکان آسیب‌دیده جنسی در گروه کودکان کار. *نشریه پرستاری کودکان*، ۱ (۶)، ۵۵-۶۳.

هارجی، ا؛ سندرز، ک و دیکسون، د. (۱۹۹۴). *مهارت‌های اجتماعی در ارتباطات میان فردی*. ترجمه خشایار بیگی و مهرداد فیروزبخت. (۱۴۰۰). تهران: انتشارات رشد.

Abaszadeh, H., Amani, M., & Pordanjani, T. R. (2024). The relationship between motivational-cognitive variables, academic self-efficacy of students mediated by parent's educational expectations, parent-child interaction, and teacher-student interaction. *Learning and Motivation*, *86*, 101983.

Bellinger, K. (2022). *The Implementation of a Gestalt Therapy Play Group in a Rural School and the Percevied Effect on Student Emotional Regulation*. Indiana University of Pennsylvania.

Benmarrakchi, F., El Kafi, J., & Elhore, A. (2017). Communication Technology for Users with Specific Learning Disabilities. *Procedia Computer Science*, *110*, 258-265.

Caprara, G. V., Gerbino, M., Paciello, M., Di Giunta, L., & Pastorelli, C. (2010). Counteracting depression and delinquency in late adolescence. *European Psychologist*.

Carroll, F. (2025). Gestalt play therapy: Shared journey toward integration.

Chauhan, N., Sachdeva, D., Malhotra, S., & Gupta, N. (2024). Play therapy: An analytical mode of therapy in children. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, *20*(2), 136-146.

Doorgapershad, M., & Bauling, H. (2014). The Impact of Gestalt Group Work Play Techniques on the aggression levels of diabetic children. *Social Work/Maatskaplike Werk*, 39(1)

Eisenberg, S., & Palmer, N. (2024). The Association between Community Violence Exposure and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children and Adolescents in the US: A Systematic Review.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

Gessulat, J., Kluczniok, K., Oppermann, E., & Anders, Y. (2024). Relationships Among Parental Self-Efficacy, Home Learning Activities, and Child Skills. *Family Relations*, *73*(4), 2602-2620.

Hnle, H. (2019). Effect of lego therapy on social skills in educable intellectually disabled students. Faculty of Social Sciences, N.A University, 83.

Jiang, C., Wang, K., & Qin, H. (2025). Physical exercise and children's resilience: mediating roles of self-efficacy and emotional intelligence. *Frontiers in Psychology*, *16*, 1491262.

Kaduson, H. G., & Schaefer, C. E. (2016). ShortTerm Play Therapy for Children. 3rd edition. The Guilford Pres

LI, C., DANG, J., HE, S., & LI, H. (2013). Shyness and loneliness: The multiple mediating effects of self-efficacy. *Acta Psychologica Sinica*, *45*(11), 1251-1260.

Lim, E. M. (2024). The Relationships Among Teacher's Self-Efficacy, Teacher–Child Interaction, and Peer Interaction Based on Young Children's Emotional Intelligence. *The Asia-Pacific Education Researcher*, *33*(5), 1237-1249.

Lu, Z., Yu, L., Fan, K., Hu, T., Liu, L., Li, S., & Zhou, Y. (2024). Associations between social support and proactive health behaviours among Chinese adolescents: the mediating role of self-efficacy and peer relationships. *BMC Public Health*, *24*(1), 2548.

Mitchell, A. E. (2021). Gestalt play therapy supervision. In *Techniques and interventions for play therapy and clinical supervision* (pp. 173-187). IGI Global.

Pan, F., Zhu, G., Sui, W., & Fu, M. (2024). The effects of peer interaction on learning outcome of college students in digital environment—The chain-mediated role of attitude and self-efficacy. *Studies in Educational Evaluation*, *83*, 101404.

Pinargote, J. G. R., Caranqui, R. G. Q., Chicaiza, S. V. S., García, M. V. R., & Urrea, L. E. A. (2025). The development of emotional intelligence through visual plastic strategies in children from 4 to 6 years old. *Latam: revista latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, *6*(1), 49.

Pirian, F., & Farsi, A. (2024). The Effect of Perceptual-Motor and Mindfulness Trainings on emotional intelligence and self-efficacy in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Sport Psychology Studies*.

Puyané, T. P., Medina-Perucha, L., López-Jiménez, T., & Berenguera, A. (2024). A qualitative exploration of Gestalt therapy and systemic pedagogy paediatric primary healthcare consultations in Agramunt (Spain). *Primary Health Care Research & Development*, *25*, e48.

Raskauskas, J., Rubiano, S., Offen, I., & Wayland, A. K. (2015). Do social self-efficacy and self-esteem moderate the relationship between peer victimization and academic performance?. *Social Psychology of Education*, *18*(2), 297-314.

Smith, A., Liebrenz, M., Brechbühl, A., & Buadze, A. (2024). Multimodal treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid symptoms in an ultra football fan: A case report from Switzerland. *SAGE Open Medical Case Reports*, *12*, 2050313X241280766.

Spagnuolo Lobb, M. (2024). Gestalt Therapy Research: Developing a Phenomenological, Aesthetic, Field-Oriented Approach. *Gestalt Review*, *28*(1), 54-81.

Veraksa, A. N., Plotnikova, V. A., Sukhikh, V. L., Kornienko, D. S., & Rudnova, N. A. (2025). Non-therapeutic play to overcome negative emotional symptoms and improve

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

emotional intelligence in children aged 3–7: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, *16*, 1475387.

Wati, Y. E. R., Sumantri, R. J., & Cahyo, A. D. (2024). The Relationship of Emotional Intelligence to Basic Locomotor Movements in Early Children. *Champions: Education Journal of Sport, Health, and Recreation*, *2*(1), 25-32.

Wong, M., & Power, T. G. (2024). The efficacy of the Peace Ambassador Project: Promoting children's emotional intelligence to address aggression in the early childhood classroom. *Children and Youth Services Review*, *166*, 107937.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۲۳، شماره ۲۷، زمستان ۱۴۰۳

Effectiveness of Gestalt Play Therapy (GPT) on Emotional Intelligence and Self-Efficacy in Peer Interaction among Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)

Ghazaleh Nabil[1]

Abstract

The aim of the present study is to investigate the effectiveness of Gestalt Play Therapy (GPT) on emotional intelligence and self-efficacy in peer interaction among children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). This study is a semi-experimental research with a pre-test/post-test design and a control group. The statistical population includes all boys and girls aged 7 to 13 with ADHD who visited the Toulooe Royesh Clinic in Kashan in 2024, with an average age of 12.04 years. Using accessible and purposeful sampling methods, 30 children with ADHD were selected as the sample group, and randomly assigned into 15 children in the experimental group and 15 children in the control group. The experimental group underwent 10 sessions of 45-minute training in Gestalt Play Therapy, while the control group remained on the waiting list. Data were collected using the Marroquín Emotional Intelligence Questionnaire (2008) and the Children's Self-Efficacy in Peer Interaction scale by Wil-Rold (1982). The analysis of the data obtained from the questionnaires was conducted using SPSS-V27 in both descriptive and inferential sections (Analysis of Covariance). Data analysis showed a significant increase in the average emotional intelligence scores of the experimental group compared to the control group. Additionally, Gestalt-based play therapy led to an increase in self-efficacy in peer interaction among children with ADHD in the experimental group. These results can assist professionals and parents in developing better strategies to support children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder by understanding their psychological needs more effectively.

Keywords: Gestalt Play Therapy, Self-Efficacy in Peer Interactions, Emotional Intelligence, Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

[1] Master of Educational Psychology, Department of Psychology, Payam Noor University, Iran (Corresponding Author)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]