



اثربخشی بازی درمانی 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 بازی درمانی 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 به کلینیک 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 بازی درمانی 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. تجزیه و تحلیل 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 پیدا کرده است، همچنین بازی درمانی مبتنی بر روش گشتالتی باعث افزایش خودکارآمدی در تعامل با همسالان کودکان مبتلا به نقص توجه و بیش فعالی در گروه آزمایش شده است. این نتایج می‌تواند به متخصصان و والدین کمک کند تا با درک بهتری از نیازهای روان‌شناختی کودکان مبتلا به 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



مقدمه

اختلال نقص توجه-بیش فعالی^۱ 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 شایع تر است. در سبب شناسی این اختلال علت های 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 می باشد (اسمیت^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). این افراد در عملکرد با همسالانشان مشکلاتی دارند. عموماً فرصت های ایجاد مهارت های اجتماعی و تعامل مؤثر در اجتماع توسط این مشکلات محدود می شود. مشخصه های بیش فعالی با رفتارهای نامطمئن و غیرقابل تحمل نمود پیدا می کند که سبب می شود که همسالان و اطرافیان این خردسالان دارای اختلال نقص توجه-بیش فعالی از آن ها دوری می کنند. لذا معضلات اجتماعی در میان این خردسالان بسیار متداول است (آیزنبرگ و پالمر^۳، ۲۰۲۴). یکی از مواردی که کودکان مبتلا به 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^۴ و همکاران، ۲۰۲۵). تأثیر شایستگی های اجتماعی و هیجانی بر موفقیت تحصیلی یکی از زمینه های نوین پژوهش است. منشأ نظری این دسته از پژوهش ها، مفهوم هوش هیجانی است (واتی^۵ 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 به عنوان شکلی از هوش اجتماعی مطرح شد که شامل توانایی ادراک هیجان در خود و دیگران، فهم این هیجان ها و اداره هیجان است. هوش هیجانی از سوی برخی از محققان شامل متغیرهای شخصیتی است که با شاخص های بین موقعیتی رفتار نظیر همدلی، ابراز وجود و خوش بینی ارتباط دارد (سجادی، ۱۴۰۰). امروزه هوش هیجانی به عنوان یک موضوع جدید در حوزه روان شناسی مورد توجه قرار گرفته است. مطالعاتی که در این زمینه وجود دارد همه دربردارنده این پیام است که هوش هیجانی پیش بینی کننده مطمئنی برای موفقیت فرد در جنبه های مختلف زندگی است (ونگ و پاور^۶، ۲۰۲۴). هوش هیجانی عامل مؤثر و تعیین کننده در برآیندهای زندگی واقعی مانند موفقیت در مدرسه و تحصیل، موفقیت در شغل و روابط بین شخصی و به طور کلی در کنش وری سلامت است (جیانگ^۷ و همکاران، ۲۰۲۵). سالووی و مایر^۸ (۱۹۹۰) هوش هیجانی را به عنوان توانایی فرد در بازنگری احساسات و هیجان های خود و دیگران، تمیز قائل شدن میان هیجان ها و استفاده از اطلاعات هیجان ها در حل مسئله و نظم بخشی رفتار تعریف می کنند (رجبی جلوانی و همکاران، ۱۴۰۲). در همین رابطه نتایج پژوهش پینارگات^۹ پینارگات^۹ و همکاران (۲۰۲۵) نشان دادند، برخورداری از هوش هیجانی بالا پیامدهای تحصیلی و اجتماعی مثبتی را در کودکان پیش بینی می کند. همچنین پیریان و فارسی^{۱۰} (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 به صورت خاص تر، خودکارآمدی در تعامل با همسالان است. خودکارآمدی اجتماعی به معنای ادراک فرد از توانمندی خود در رسیدن به معیارها و ارتباطات اجتماعی است (لیم^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۴) و خودکارآمدی در تعامل با همسالان به ارزیابی کودک از توانایی خود برای متقاعد کردن همسالانش به گونه ای که احساسات و رفتار آن ها را به شیوه ای 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



می شود (بنماراکچی^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). پژوه^۲ (۲۰۰۳) خودکارآمدی را محوری ترین مفهوم نظریه شناختی-اجتماعی بندورا بندورا می داند و معتقد است که باورهای خودکارآمدی مبنای فرآیندهای مهمی، مانند انگیزش، بهزیستی روانی و علایق فردی، است. به عقیده بندورا خودکارآمدی مهم ترین عوامل در رشد ارتباطات سالم و مطلوب اجتماعی است که رضایت از زندگی فرد را در پی دارد (لو^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). در تائید این عقیده لی، دانگ، هی و لی^۴ (۲۰۱۳) اعلام داشتند خودکارآمدی با ارتباطات مثبت با همسالان مانند عواطف مثبت در موقعیت های اجتماعی و مدیریت عواطف و هیجانات منفی مرتبط است. کاپرارا، گربینو، پاسیلو، پیونتا و پاستورلی^۵ (۲۰۱۰) نیز نشان دادند سطوح بالای خودکارآمدی در ارتباطات اجتماعی می تواند 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^۶ و همکاران، ۲۰۲۴). پژوهش های متعددی نشانگر رابطه خودکارآمدی اجتماعی با مهارت های اجتماعی، پذیرش همسالان، روابط اجتماعی موفق (هارجی^۷ و همکاران، ۱۹۹۴؛ ترجمه بیگی و فیروزبخت، ۱۴۰۰) افزایش خودپنداره و عزت نفس (پان^۸ و همکاران، ۲۰۲۴)، افزایش عملکرد تحصیلی و افسردگی پایین (راسکاس، رابینو، آفن و ویلند^۹، ۲۰۱۵) است. عباس زاده و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی به بررسی رابطه بین اختلالات یادگیری، هوش هوش هیجانی خصیصه ای، 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.

مداخله های درمانی متناسب با رنج و آسیب کودک می تواند نقش مهمی را در کاهش آسیب های وارده بر کودک داشته باشد، یکی از این درمان های بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالتی است. از آنجاکه جهان کودک دنیایی از عمل و فعالیت است، بازی درمانی به درمانگر این امکان را می دهد تا به دنیای کودک راه پیدا کند. به این ترتیب کودکان محدود نمی شوند تا تنها به تشریح کلامی آنچه روی داده است بپردازند بلکه در لحظه بازی تجربه های پیشین و احساسات مرتبط با آن ها را بار دیگر از سر می گذرانند. در نتیجه درمانگر امکان می یابد تا به دنیای هیجانی کودک وارد شود و آن را احساس کند. در بازی درمانی، صرف نظر از علت ارجاع کودک، درمانگر این امکان را دارد تا در لحظه ای که کودک مشغول بازی است مشکل او را حس کرده و آن را به درستی دریابد (کارول^{۱۰}، ۲۰۲۵). سپاگنولو لوب^{۱۱} (۲۰۲۴) در یافته های خود بیان کرد که بازی درمانی یک مداخله مؤثر برای کودکان آسیب دیده است و کودکانی است که مبتلا به مشکلات روان شناختی هستند. پویان^{۱۲} و همکاران (۲۰۲۴) در خصوص اثرات بازی درمانی بر کودکان معتقد است که در هم شکستن مقاومت در کودک، ایجاد لیاقت و توانایی، تفکر خلاق، پالایش، تخلیه هیجانی، ایفای نقش، خیال پردازی، آموزش نمادین، ایجاد و ارتقای رابطه و دل بستگی هیجانی مثبت و غلبه بر ترس های مربوط به دوران رشد از فواید بازی درمانی برای کودک می باشد. بازی درمانی گروهی پیوند طبیعی دو درمان مؤثر است. بازی درمانی گروهی برای کودکان یک فرایند روان شناختی و اجتماعی بوده و بستر رشد و یادگیری را در مورد خودشان و دیگران فراهم می کند. بازی درمانی گروهی فرصتی را فراهم می کند تا به کودکان کمک کند تا یاد بگیرند که تعارضات را حل کنند (گایوهان^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۴). بازی درمانی با رویکرد گشتالت یک تکنیک درمان بخش تعریف می شود که بر پایه شماری از اصول گشتالت بنا نهاده شده است. در این دیدگاه از درمان جو انتظار می رود که خودشان ببینند، احساس کنند و تعبیر کنند نه این که به صورت منفعل منتظر بمانند تا درمانگر برای آن ها بینش و پاسخ فراهم کند. فرض اساسی در درمان

¹ - Benmarrakchi

² - Pajares

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



گشتالتی این است که وقتی افراد از آنچه در درون و پیرامون آن‌ها روی می‌دهد آگاه باشند، توانایی خودگردانی را دارند (میتچل^۱، 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^۲، ۲۰۲۲). خدابخشی کولایی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود در مورد اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت بر عزت نفس و سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی نشان داد که این مداخله به ارتقای سطح عزت نفس و سازگاری اجتماعی آنان کمک کرده است. بابایی کفاکی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی به اثربخشی بازی درمانی گروهی با رویکرد گشتالتی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش دبستانی پرداختند. نتایج نشان داد که بازی درمانی گروهی با رویکرد گشتالتی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی این گروه از کودکان مؤثر بوده است.

بنابراین، کودکان مبتلا به 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 در نتیجه، نیاز به رویکردهای درمانی مؤثر برای بهبود این جنبه‌ها احساس می‌شود. با این حال، 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. از این رو، پرسش اصلی این پژوهش این است که آیا بازی درمانی به روش گشتالتی می‌تواند به بهبود هوش هیجانی و خودکارآمدی در تعامل با همسالان در کودکان مبتلا به 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 به کلینیک 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. از جمله 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 نقایص شدید حسی (بینایی و شنوایی)، حرکتی که مانع از انجام مداخلات در نظر گرفته شده 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 بازی درمانی به روش گشتالتی و بار دیگر در مرحله پس‌آزمون بعد از بازی درمانی به روش گشتالتی بر روی دو گروه آزمایش و کنترل جهت سنجش هوش هیجانی و خودکارآمدی در تعامل با همسالان، بازی درمانی 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 ساخته شده است که شامل ۴۸ سؤال می‌باشد و پنج زیرمقیاس: سلوک، روان تنی-تکانشگری، بیش فعالی-نقص توجه، اضطراب و مشکلات یادگیری را مورد سنجش 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، لژیون 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 گزارش شده است.

¹ - Mitchell

² - Bellinger



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 (به عنوان مثال؛ برای من نشان دادن این که 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، عزت نفس و خودانگیختگی ساخته شده است و توانایی آزمودنی را در موقعیت‌های مختلف می‌سنجد. این پرسشنامه به صورت 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) تهیه شده است. هوش هیجانی صفتی پترایدز و فارنهام شامل ۱۵۳ آیت به صورت 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 $r = 0.79$ گزارش شده است (ماورولی و همکاران، ۲۰۰۸) و نیز سطح رضایت بخشی از همسانی درونی ۰/۷۲ و پایایی در یک فاصله زمانی سه ماهه $r = 0.79$ گزارش شده 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): 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^۲ (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 گویه‌ها با نمره کل مقیاس نیز نشان داد که ۲۲ گویه این مقیاس به طور 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 تأیید کرد. حسینچاری (۱۳۸۶) نیز روایی این مقیاس را با روش تحلیل محتوا مطلوب گزارش نمود.

د) بازی درمانی مبتنی بر گشتالت: بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت برای نخستین بار توسط ویپولت 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



جدول ۱. محتوای جلسات بازی درمانی 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، کارت پستال و دادن به یکدیگر. معرفی کودکان به صورت 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-زپ، 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	خشم را بیرون بریز، مرا بخندان، رسم نقاشی فرد منفور روی بادکنک و بیان توأم با خشم یا توأم با آرامش با آن فرد، افراد گروه‌بندی شده 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	فراکنی افکار و احساسات، کنترل خشم و احساسات	بازی تاج‌گذاری پادشاه و ملکه، بادکنک احساسات، کودک تاج تزئین شده را بر سر می‌گذارد و از آرزوهای خود می‌گوید. کودک بادکنک را باد کرده و ناگهان رها می‌کند و سپس مجدداً باد کرده و این بار به آرامی 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 بادبزنی یا نردبان (لایه‌لایه) درست کرده و احساسات خود را روی آن‌ها بر اساس ذکر خاطره‌ای بنویسند. بچه‌ها گروه‌بندی شده 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 خلال دندان با توجه به سؤال‌هایی که درمانگر از آن‌ها می‌پرسد پاستیل را بارنگ موردنظر روی سروه خلال دندان می‌گذارند (شبه 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 اش رخ دهد بیان می‌کند کودک با برداشتن یکی از ۱۲ کارت احساسات جمله‌ای را که روی کاغذ نوشته شده 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 بدن، کودکان نقش‌هایی را که از آن‌ها خواسته می‌شود یا نقشی را که دوست دارد و پاداش 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، میچاله 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

تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم افزار 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 ارائه شده است.



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

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



۲/۰۴

۲/۰۱

انحراف معیار

همچنان که ملاحظه می شود بر اساس نتایج مندرج در جدول ۲، می توان به این توصیف دست زد که اجرای بازی درمانی به روش گشتالتی باعث افزایش "مؤلفه های هوش هیجانی" و خودکارآمدی در تعامل با همسالان کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی شده است. در جدول زیر آزمون تحلیل کوواریانس برای فرضیه های پژوهش آمده است.

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

شاخص آماری	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	sig	ضریب ایتا
تفاوت دو گروه با	اثر پیلای	0/۸۰۳	۱۱/۷۱۰	۸/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	0/۰۰۰	0/۶۹
کنترل اثر	لامبدای ویلکس	0/۱۹۷	۱۱/۷۱۰	۸/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	0/۰۰۰	0/۶۹
پیش آزمون	اثر هتلینگ	۴/۰۷۳	۱۱/۷۱۰	۸/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	0/۰۰۰	0/۶۹
	بزرگ ترین ریشه روی	۴/۰۷۳	۱۱/۷۱۰	۸/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	0/۰۰۰	0/۶۹

نتایج جدول ۳ نشان می دهد پس از حذف اثر پیش آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی دار برای عامل بازی درمانی به روش گشتالتی «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان می دهد که حداقل بین یکی از مؤلفه های هوش هیجانی کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی که با بازی درمانی به روش گشتالتی آموزش دیده اند، با کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکس = ۰/۱۹، $p < ۰/۰۵$).

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

شاخص آماری	منبع تغییر	SS	df	MS	F	سطح معناداری	ضریب ایتا
انطباق پذیری	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			
عزت نفس	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 می دهد، با حذف تأثیر متغیر پیش آزمون، فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت معنادار در متغیرهای انطباق پذیری، آمادگی عاطفی، تنظیم هیجانی، ارتباط با همسالان، عزت نفس و خودانگیختگی کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تأیید می گردد. همان گونه که از نتایج جدول ۴ ملاحظه می گردد سطح معناداری حاصل شده برای انطباق پذیری، آمادگی عاطفی، تنظیم هیجانی، ارتباط با همسالان، عزت نفس و خودانگیختگی در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۰۶ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۸ متغیر وابسته) کوچک تر



می باشد. در نتیجه با توجه به میانگین های حاصل شده می توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان انطباق پذیری، آمادگی عاطفی، تنظیم هیجانی، ارتباط با همسالان، عزت نفس و خودانگیزگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است.

جدول ۵. خلاصه آزمون کوواریانس جهت بررسی اثربخشی بازی درمانی 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
همپراش I	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 می شود، تفاوت بین گروه ها، در سطح $0/01$ معنی دار است ($F(1, 27) = 37/2, P = 0/01$). به طوری مقایسه نمرات گروه ها در جدول ۵ نشان می دهد، نمرات گروه آزمایش پس از مداخله، به طور معنی داری افزایش یافته است. باین وجود، تغییر نمرات گروه کنترل، محسوس نیست. از این روی می توان با ۹۹ درصد اطمینان نتیجه گرفت "بازی درمانی 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 $57/9$ درصد برآورد شده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی بازی درمانی 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 بازی درمانی به روش گشتالتی باعث افزایش هوش هیجانی در کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی می شود. نتایج پژوهش با یافته های (دورگاپرشاد و بالینگ، ۲۰۱۴؛ ملاحی و همکاران، ۱۳۹۷؛ پهلوانی و عاشوری، ۱۴۰۰) همسو است. در تبیین نتایج به دست آمده می توان گفت که ضروری ترین جنبه بازی درمانی 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 می بیند. در بازی درمانی گشتالتی، کودک بیشتر از هیجانات خودآگاه می شود؛ یعنی هر هیجان چگونه به وجود می آید و چه مفهومی دارد یا چطور می توان از آن ها استفاده کرد (هنلی، ۲۰۱۹). بازی درمانی گشتالتی به عنوان فرایند فعال، به نیازهای هیجانی کودک به خوبی پاسخ می دهد و از یکپارچگی تجربه ها حمایت می کند که سبب یادگیری، رشد و به فعلیت رسیدن توانایی های پنهان او می شود. از نقطه نظر بازی درمانی گشتالتی، کودک یک ارگانیسم کامل است و شامل ساختار و عملکرد زیستی روانی است که با حواس، جسم، هیجان ها و عقل متولد می شود. سپس بر اساس پایه ژنتیکی منحصر به فرد رشد می کند. فرایندهای رشدی او متمایزتر می شود و فردیت کودک بروز می کند؛ هر انسانی در بافت معینی متولد می شود؛ درک می شود؛ رشد می کند و در یک میدان مشخصی به تعامل با محیط می پردازد. کودک در حفظ تمامیت وجود خود به طور ثابتی با نیازهای خود (فیزیکی، هیجانی یا شناختی) روبه رو می شود و احساسات راحتی را تجربه می کند تا زمانی که راهی برای ارضای هر یک از نیازها پیدا کند و تجربه ای را برای کسب احساس رضایت یا یک تعادل جدید جذب کند. از سوی دیگر بازی درمانی گشتالتی با کل کودک سروکار دارد و معتقد است که کل، چیزی بیشتر از مجموعه رفتارهای کودک است. درواقع بازی درمانی گشتالتی یک نوع پدیدار شناختی است که منبع داده ها را تجربه انسان می داند و تأکید زیادی بر تجربه درمانگر و مراجع از واقعیت می کند. همچنین بازی درمانی گشتالتی یک رویکرد وجودی است که به مسئولیت پذیری کودکان در مقابل خودشان و نقش آن ها در تجربه های اکنون تأکید دارد. در بازی درمانی گشتالتی، تعارض های گذشته و آینده در قالب زمان حال بررسی می شوند (کادوسون و شفر، ۲۰۱۶).

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



مبتنی بر مشاهده و توجه به افکار، احساس و اعمال خود مثل احساس جسمانی و ادراک دیداری و شنیداری است که به عنوان یک منظره در حال حرکت به نظر می رسد و تجربه اکنون شما را تشکیل می دهد. بدون حصول آگاهی، کودک توانایی تغییر شخصیتی را نخواهد داشت. در اصل بازی درمانی گشتالتی تلاش دارد که شخص آن چیزی که هست، بشود. زمانی که کودک به توانایی فکری رسید، می تواند تعارض های موجود در زندگی خود را شناسایی کند و نحوه برخورد با آن ها را یاد بگیرد و برای وحدت و یکپارچه کردن شخصیت خود در زندگی اش قدم بردارد. به طور کلی هدف نهایی بازی درمانی گشتالتی ایجاد تعادل مطلوب ارگانیزم با کودک است. درمانگران با کمک بازی درمانی تلاش می کنند مهارت ها و توانایی های جدیدی را برای کودک ایجاد نمایند و در نتیجه تجارب شناختی جدیدی را برای آن ها مهیا سازند. وقتی در اتاق بازی قرار می گیرند می توانند تمامی احساسات منفی خود را از راه بازی کردن به شخص درمانگر نشان دهد و درمانگر از این طریق انعکاسی از رفتارهای کودک را می پذیرد و در جهت تغییر آن تلاش می کند. هنگامی که چنین تعاملی ایجاد می گردد شدت و قدرت رفتارهای منفی کودک دیگر مثل سابق نخواهد بود. به عبارتی بیان احساسات و رفتارهای خشونت آمیز کودک با روش بازی درمانی سبب افزایش همدلی و درک درمانگر می گردد و کودک می آموزد که با درخواست های خود به روش مناسب اجتماعی برخورد نماید. همچنین در تبیین این یافته می توان گفت که کودک در جلسات بازی درمانی گشتالتی با تمرین تکنیک های ایفای نقش، بازی کارت احساسات، بازی تاس احساسات و تکنیک صندلی خالی نسبت به احساسات و هیجانات خود آگاه تر می شوند و می توانند از این طریق خودکارآمدی در تعامل با همسالان را افزایش دهند.

بنابراین می توان نتیجه گرفت که بازی درمانی گشتالتی به کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش فعالی کمک می کند 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 مجموعه ای از تکنیک ها و فنون وجود دارد که به صورت گروهی می تواند سبب افزایش هوش هیجانی و خودکارآمدی تعامل با همسالان کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش فعالی شود. این تکنیک ها به شخص فراگیر کمک می کند تا توجه بیشتری بر زمان حال داشته باشند و از تمامی حواس، احساسات و باورهای خود شناخت بیشتری کسب نمایند. در نتیجه هدف از بازی درمانی گشتالتی افزایش توانایی و قدرت شخص می باشد که می تواند خود را با شرایط موجود تطبیق دهد و قدرت انتخاب و گزینش خود را مجدداً به دست آورد. با این تکنیک شخص می تواند 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 محدودیت های این پژوهش بود که به دلیل تمایل شرکت کنندگان به ایجاد تصویر مطلوب اجتماعی، سوگیری در پاسخ را افزایش داده و باعث محدود شدن تعمیم پذیری یافته ها می شود. از این رو در پژوهش های بعدی، باید از ابزارها و فنون متفاوت و البته موازی مانند مصاحبه نیز سود جست. دومین محدودیت، استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و هدفمند بود که تعمیم نتایج را با مشکل مواجه می سازد، لذا پیشنهاد می گردد در پژوهش های آتی از روش های دیگر نمونه گیری استفاده شود به نحوی که نمونه حاصل بتواند معرف بهتری برای جامعه پژوهش باشد و نتایج قابلیت تعمیم بیشتری داشته باشند. همچنین مداخله تنها بر روی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی انجام گردید در نتیجه تعمیم آن به کودکان عادی امکان پذیر نیست. پیشنهاد می شود که در پژوهش های آینده این موضوع بر روی کودکان عادی و گروه های سنی مختلف و مقاطع تحصیلی دیگر انجام شود تا هم امکان مقایسه نتایج فراهم گردد و هم این که بتوان یافته ها را با قابلیت اطمینان بالاتر و اعتبار درونی و بیرونی بیشتری به کل جامعه تعمیم داد. همچنین با توجه به اثربخشی بودن این روش پیشنهاد می گردد که در مراکز روان شناختی و آموزش و پرورش محیط لازم برای اجرا آن فراهم شود.



منابع

- بابایی کفای، هدی؛ قنادزادگان، حسینعلی و فصیحی، رویا. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی گروهی با رویکرد گشتالت بر بهبود مهارت های اجتماعی کودکان پیش دبستانی. *مجله روانشناسی*، ۱ (۸)، ۳-۱۹.
- پهلوانی، مرضیه و عاشوری، محمد. (۱۴۰۰). هم سنجی اثربخشی بازی درمانی گشتالی و لگودرمانی بر شایستگی اجتماعی هیجانی کودکان ناشنوا. *فصلنامه کودکان/استثنایی*، ۴ (۷)، ۳۱-۲۰.
- خدابخشی کولایی، آناهیتا؛ مختاری، علیرضا و رستاک، حمید. (۱۳۹۷). اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت بر عزت نفس و سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی. *مجله پرستاری کودکان/آسیب پذیر*، ۱ (۴)، ۶۰-۷۵.
- رجبی جلوانی، مریم؛ افشاری، محسن و سلطانی، نرگس. (۱۴۰۲). راهکارهای طراحی فضای بازی کودک بر مبنای شناسایی مؤلفه های محیطی و غیر محیطی مؤثر بر هوش هیجانی و اجتماعی کودکان. *نشریه مرمت و معماری/یران*، 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)، ۹۷-۱۲۱.
- کریمی، لیلا و غفوری، آرزو. (۱۴۰۱). ارائه راهکارهایی جهت بهبود مشکل بیش فعالی/بی توجهی در کودکان (مطالعه موردی: محصلین دوره پیش دبستانی). *فصلنامه ایده های نوین روانشناسی*، ۷ (۱۴)، ۱۰-۱.
- ملاحی، کبری؛ قدرتی، سیما و وطن خوان، حمیدرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی بازی درمانی گروهی با رویکرد گشتالتی بر پرخاشگری و مهارت های اجتماعی کودکان آسیب دیده جنسی در گروه کودکان کار. *نشریه پرستاری کودکان*، ۱ (۶)، ۵۵-۶۳.
- هارجی، ا؛ سندرز، ک و دیکسون، د. (۱۹۹۴). *مهارت های 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 Perceived 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.



- 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., Liebreiz, 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



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.



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

Ghazaleh Nabil¹

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 Rahanow 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)