



Journal of Early Childhood Health and Education

Autumn 2023, Volume 4, Issue 3, 51-66

Comparing the Effectiveness of Gestalt-Based Play Therapy and Parent Behavior Management Training on Impulsivity of Children with Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Monireh Shahrad¹, Seyyed Dayoud Hosseini Nasab^{2*}, Marziye Alivandi Vafa³

1. PhD student, in Educational Psychology, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.
2. Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
3. Assistant Professor of psychology, Tabriz branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Article type

Original research

Pages: 51-66

Corresponding Author's Info
Email:

-

Article history:

Received: 2023-05-18

Revised: 2023-06-04

Accepted: 2023-10-01

Published online: 2023-10-03

Keywords:

Impulsivity, Play Therapy based on Gestalt Approach, Behavioral Management of Parents, Attention Deficit-Hyperactivity Disorder

ABSTRACT

Background and Aim: The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of play therapy based on the Gestalt approach and parent behavior management training on the impulsivity of children with signs of attention deficit hyperactivity disorder. **Methods:** This research was applied research in terms of purpose, quantitative research in terms of the nature of the data, and semi-experimental research with a pre-test-post-test design and a control group in terms of implementation. The statistical population consists of all children aged 7-to-12 who referred to counseling and psychology centers and clinics of Razi Hospital in Tabriz due to symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder in 2022. The tools used in the research were impulsivity questionnaire along with the implementation protocol of play therapy interventions based on the Gestalt approach and parent behavior management training. **Results:** Based on the results of multivariate covariance analysis, the effect of both play therapy interventions based on the Gestalt approach and behavioral management training for impulsive parents was confirmed ($p < 0.05$). The comparison of interventions showed that the effectiveness of parental behavioral management training on impulsivity was significantly higher than the intervention of play therapy based on the Gestalt approach ($p < 0.05$). **Conclusion:** In general, it is concluded that play therapy interventions based on the Gestalt approach and parent behavior management training have the potential to be effective in reducing impulsivity, and educational and therapeutic specialists can use these interventions to control children's hyperactivity.



This work is published under CC BY-NC 4.0 licence. © 2022 The Authors.

How to Cite This Article: Shahrad, M., Hosseini Nasab, S. D., & Alivandi Vafa, M. (2023). Comparing the Effectiveness of Gestalt-Based Play Therapy and Parent Behavior Management Training on Impulsivity of Children with Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *JECHE*, 4(3): 51-66.





فصلنامه سلامت و آموزش در اوان کودکی

پاییز ۱۴۰۲، دوره ۴، شماره ۳، صفحه‌های ۶۶-۵۱

مقایسه اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت و آموزش مدیریت رفتاری والدین بر تکانشگری کودکان با نشانه‌های نارسایی توجه - بیش فعالی

منیره شهزاد^۱، سید داوود حسینی نسب^{۲*}، مرضیه علیوندی وفا^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۲. استاد گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

اطلاعات مقاله	چکیده
<p>نوع مقاله: علمی - پژوهشی</p> <p>صفحات: ۶۶-۵۱</p> <p>اطلاعات نویسنده مسئول</p> <p>ایمیل:</p> <p>سابقه مقاله</p> <p>تاریخ دریافت مقاله:</p> <p>۱۴۰۲/۰۲/۲۸</p> <p>تاریخ اصلاح مقاله:</p> <p>۱۴۰۲/۰۳/۱۴</p> <p>تاریخ پذیرش نهایی:</p> <p>۱۴۰۲/۰۷/۰۹</p> <p>تاریخ انتشار:</p> <p>۱۴۰۲/۰۷/۱۱</p> <p>واژگان کلیدی</p> <p>تکانشگری، بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت، مدیریت رفتاری والدین، نارسایی توجه - بیش فعالی..</p>	<p>زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت و آموزش مدیریت رفتاری والدین بر تکانشگری کودکان با نشانه‌های نارسایی توجه - بیش فعالی انجام شد. روش پژوهش: این پژوهش از نظر هدف از نوع تحقیقات کاربردی و از نظر ماهیت داده‌ها از نوع تحقیق کمی و از نظر اجرا، تحقیق نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه کودکان ۷ الی ۱۲ سال که به دلیل داشتن نشانه‌های نقص توجه/بیش فعالی در نیمه دوم سال ۱۴۰۰ و سه ماهه اول ۱۴۰۱ به مراکز مشاوره و روانشناسی و درمانگاه بیمارستان رازی شهر تبریز مراجعه کردند، تشکیل می‌دهد. برای انتخاب نمونه‌ی تحقیق، تعداد ۱۶ نفر برای هر گروه به شکل نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به شکل گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (۴۸ نفر) قرار داده شدند. ابزارهای مورد استفاده پژوهش پرسشنامه تکانشگری به همراه پروتکل اجرایی مداخلات بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت و آموزش مدیریت رفتاری والدین بود. یافته‌ها: براساس نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره، تاثیر هر دو مداخله بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت و آموزش مدیریت رفتاری والدین بر تکانشگری تأیید شد ($p < 0/05$). بررسی مقادیر اندازه اثر نشان داد که بیشترین تاثیر را مداخله آموزش مدیریت رفتاری والدین با اندازه اثر ۰/۶۴۰ و بعد از آن مداخله بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت با اندازه اثر ۰/۴۲۹ بر تکانشگری داشتند. مقایسه مداخله‌ها نشان داد که اثربخشی آموزش مدیریت رفتاری والدین بر تکانشگری به طور معنی داری بیشتر از مداخله بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت بود ($p < 0/05$). نتیجه‌گیری: در کل، چنین استنباط می‌شود که مداخلات بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت و آموزش مدیریت رفتاری والدین پتانسیل اثربخشی در جهت کاهش تکانشگری را دارند و متخصصان آموزشی و درمانی می‌توانند جهت کنترل بیش فعالی کودکان، از این مداخلات استفاده نمایند.</p>

انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.

تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



شیوه استناد به این مقاله

شهزاد، منیره، حسینی نسب، سید داوود، و علیوندی وفا، مرضیه. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت و آموزش مدیریت رفتاری والدین بر تکانشگری کودکان با نشانه‌های نارسایی توجه - بیش فعالی. فصلنامه سلامت و آموزش در اوان کودکی، ۴(۳): ۶۶-۵۱.

مقدمه

اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی^۱ یکی از رایج‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی و عصبی رشدی دوران کودکی است که اغلب تا بزرگسالی ادامه دارد و جنبه‌های مختلف زندگی تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی فرد را دچار مشکل می‌کند. ویژگی اصلی این کودکان کاستی توجه، بیش‌فعالی، تکانشگری می‌باشد (رانر^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی به‌مثابه معضلی لاینحل برای روانشناسان، والدین و معلمان درآمده است، زیرا ویژگی‌های اصلی این اختلال، یعنی ناتوانی در مهار مشکلات رفتاری، نارسایی توجه و حافظه، تکانشگری، برای والدین، معلمان و همسالان تحمل‌پذیر نیست، از طرفی این اختلال موجب آسیب دیدن فرایندهای شناختی، مهارت‌های اجتماعی و هیجانی کودکان می‌شود، به‌نحوی که فراوانی مشکلات تحصیلی، هوشی، رفتاری، شخصیتی و شغلی در این گروه از افراد، بیش از جمعیت عادی است، (کوستیرکا آلچورن^۳ و همکاران، ۲۰۲۲).

از سوی دیگر اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی همانند بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی با تکانشگری^۴ در ارتباط است. تاکنون تعاریف بسیاری برای تکانشگری ارائه شده است که از میان آن‌ها تعریفی مبنی بر «استعداد یا آمادگی برای واکنش سریع و بدون برنامه به محرک‌های درونی یا بیرونی، بدون توجه به نتایج و اثرات منفی این واکنش‌ها برای فرد تکانشگر یا دیگران» تعریف مناسبی به نظر می‌رسد، بر اساس این تعریف فقدان برنامه و بی‌توجهی به نتایج واکنش‌ها در آینده، دو مشخصه اصلی تکانشگری است (لیک، لیک^۵، ۲۰۲۲). به علت تکانشگری و نداشتن توجه به پیامدهای اعمال خود، رابطه کودکان با اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی با والدین تیره شده و تضاد میان کودک و مادر در سنین پیش‌دبستانی بیشتر می‌شود و تا دوران نوجوانی ادامه می‌یابد (شیخی و لاشانی و همکاران، ۲۰۲۰).

تکانشگری یکی از نشانه‌های اصلی اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه است. تحقیقات طولی نشان داده‌اند که تکانشگری در دوران کودکی یک عامل مهم اثرگذار بر مسائل آینده کودک است. در واقع بزرگسالان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه الگوی فراگیری از عدم بازداری در فعالیت‌های مهم زندگی مانند مدیریت مالی، استفاده بیش‌ازاندازه مواد و رانندگی پرخطر را نشان می‌دهند (براون^۶ و همکاران، ۲۰۲۲). تکانشگری در این اختلال ناشی از کم‌فعالیتی سیستم بازداری رفتاری این افراد است. بازداری یکی از مؤلفه‌های کارکرد اجرایی است. مفهوم بازداری طیف وسیعی از پدیده‌ها را در دوران کودکی و بزرگسالی تبیین می‌نماید. تکانشگری یعنی این که فرد بدون توجه و تفکر لازم و قبل از زمان لازم برای پاسخ‌دهی به یک مسئله، به‌صورت سریع و غیر صحیح پاسخ ارائه دهد. شکست در بازداری یا بازداری زدایی با سازه‌های توجه و تکانشگری در ارتباط است و در کودکان منجر به بروز رفتارهای تکانشی می‌شود. به این صورت که فرد قبل از این که تکلیف را بفهمد یا اطلاعات کافی برای پاسخ‌دهی در اختیار داشته باشد، پاسخ می‌دهد و محرک‌های مزاحم به‌آسانی حواس او را پرت می‌کنند. عموماً این بازداری زدایی در رفتار کودکان و بزرگسالان دارای اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه دیده می‌شود (چانگ^۷ و همکاران، ۲۰۲۲).

تکانشگری نیز مانند بی‌توجهی، در افراد با توجه به شرایط و موقعیت‌های مختلف تغییر می‌کند و بسیاری از متخصصان بر این باور هستند که ناتوانی در مهار رفتارهای تکانشگرانه، در این اختلال نقش بنیادی و اساسی را ایفا می‌کند. تکانشگری در دو زیرمجموعه بیش‌فعال-تکانشگر و در نوع ترکیبی یکی از نشانه‌های اصلی اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه است (براون و همکاران، ۲۰۲۲). سطوح تکانشگری در کودکان با این اختلال دو برابر کودکان عادی است. والدین و معلمان رفتار این کودکان را تکانشی و

1 Attention deficit hyperactivity disorder

2 Rohner

3 Kostyrka-Allchorne

4 impulsivity

5 Ilic, Ilic

6 Brown

7 Chuang

غیرقابل کنترل توصیف می‌کنند. همچنین آن‌ها گزارش می‌کنند که این کودکان قادر به تحمل تأخیر ایجاد شده در رسیدن به خواسته‌هایشان نیستند. تکانشگری در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه با اختلالاتی چون نافرمانی مقابله‌ای، اختلالات خلق و واکنش پرخاشگرانه همبود است (وانگ^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). گرچه برخی از کودکان عادی نیز ممکن است تکانشگر باشند اما تکانشگری در اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه به این صورت است که به‌طور معمول حرف دیگران را قطع می‌کنند، بی‌موقع به سؤالات پاسخ می‌دهند و نمی‌توانند منتظر نوبت بمانند (چانگ و همکاران، ۲۰۲۲).

در مورد ویژگی تکانشگری کودکان با نشانگان نارسایی توجه - بیش‌فعالی نیز می‌توان گفت فرد بدون اینکه فکر کند فعالیتش را آغاز می‌کند، اگرچه رفتارهای تکانشی بین کودکان کم‌سال طبیعی است اما کودکان بیش‌فعال گفتگوی دیگران را قطع می‌کنند بدون تأمل پاسخ می‌دهند و منتظر نوبت نمی‌شوند، این کودکان در سازمان دادن به کارهای مدرسه مشکل داشته و احتیاج به نظارت بیشتری دارند (نجاتی و همکاران، ۲۰۲۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که کنترل تکانشگری در کودکان با نشانه‌های بیش‌فعالی از ارزش قابل توجهی برخوردار است. در این راستا می‌توان به تحقیقات نجاتی و همکاران (۲۰۲۳)؛ موزیز^۲ و همکاران (۲۰۲۲)؛ کای و همکاران (۲۰۲۳)؛ اورتگا و همکاران (۲۰۲۰)؛ چانگ و همکاران (۲۰۲۲)؛ براون و همکاران (۲۰۲۲)؛ نجاردویک^۳ و همکاران (۲۰۲۲)؛ پاشارلو^۴ و همکاران (۲۰۲۳)؛ کورتیز^۵ و همکاران (۲۰۲۲) اشاره کرد.

با تکیه بر مباحث سبب‌شناسی نشانه‌های بیش‌فعالی در کودکان، مداخله‌هایی همچون دارودرمانی و نوروفیدبک از شایع‌ترین درمان‌ها در کودکان با نشانه‌های نقص توجه/بیش‌فعالی هستند، با توجه به اینکه داروی ریتالین استفاده شده برای این کودکان علائمی چون اختلال در خواب، خستگی روزانه، عصبانیت، سردرد و دیگر عوارض جانبی را ایجاد می‌کند و همه این عوامل می‌تواند منجر به افزایش سطوح تکانشگری گردد، لذا اغلب والدین مخالف استفاده از دارودرمانی هستند (موزیز و همکاران، ۲۰۲۲)؛

ضمناً بادر نظر گرفتن این مسئله که تأثیر مطلوب جلسات نوروفیدبک توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا و انجمن روان‌پزشکی ایران رد شده است مهم است که این کودکان علاوه بر دارودرمانی خدمات هیجانی عاطفی، رفتاری و آموزشی مناسب برای کمک به رشد و پیشرفت و کنترل تکانشگری دریافت نمایند (براون و همکاران، ۲۰۲۲)؛ یکی از مداخلات هیجانی-عاطفی در این حوزه بازی درمانی است. بازی درمانی یکی از روش‌های درمان مشکلات رفتاری کودکان است که دنیای درونی و بیرونی کودک را به همدیگر مرتبط می‌کند (وانگ و همکاران، ۲۰۲۲). درهم شکستن مقاومت در کودک، ایجاد لیاقت و توانایی، تفکر خلاق، پالایش، تخلیه هیجانی، ایفای نقش، خیال‌پردازی، آموزش نمادین، ایجاد و ارتقای رابطه و دل‌بستگی، هیجان مثبت و غلبه بر ترس‌های مربوط به دوران رشد از فواید بازی درمانی برای کودک می‌باشد. بازی با نقش درمانی خود فرصتی را برای کودک فراهم می‌آورد تا بتواند نگرانی‌ها و نارضایتی‌هایش را از محیط تخلیه و عواطفش را بیان کند. بازی درمانی نقش پالاینده روانی برای کودک دارد و از شدت ناکامی‌ها کاسته و نقشه‌های مفیدی را برای حل مشکلات در حین بازی به کودک ارائه می‌دهد (رضایی رضوان و همکاران، ۲۰۲۲).

یکی از رویکردهای بازی درمانی، رویکرد گشتالتی است، در این رویکرد تمریناتی وجود دارد که کودک برای انجام آن‌ها باید از حواس پنج‌گانه خود استفاده کند و احساساتش را بروز دهد (خدابخشی کولایی و همکاران، ۲۰۱۹). پرلز در دهه ۱۹۸۰ درمان گشتالتی را بنا نهاد، پرلز آموزش روانکاو دیده بود اما از بی‌توجهی روانکاو کلاسیک به تجربیات ذهنی درمان‌جو در زمان

1 Wong
2 Moses
3 Njardvik
4 Păsărelu
5 Cortese

حال، ناخشنود بود. درمان گشتالتی نیز مانند درمان درمان جو محور فرض می‌کند که افراد اجزایی از خودشان را که ممکن است با عدم تأیید یا رد اجتماعی مواجه شوند انکار می‌کنند-این درمان به افراد کمک می‌کند تا اجزای مخالف شخصیت خود را منسجم یا ترکیب کنند (رفاگنیو^۱، ۲۰۱۹)؛ پرلز اصطلاح گشتالت را از مکتب روان‌شناسی گشتالت اقتباس کرد. این مکتب قدیمی روی این موضوع تمرکز داشت که افراد چگونه دنیا را به صورتی که از کل‌ها یا طرح‌های سازمان‌یافته و نه از قطعه‌های منفصل اطلاعات حسی تشکیل شده است درک می‌کنند، پرلز برای اینکه نشان دهد دوست دارد به اجزای مخالف شخصیت شکل منسجمی بدهد، از اصطلاح گشتالت استفاده کرد. پرلز قصد داشت به درمان جویان خود کمک کند تا از تعارض درونی آگاه شوند و به‌جای اینکه این تعارض را انکار کنند یا آن را سرکوب‌شده نگه‌دارند، آن را بپذیرند و به‌رغم تردیدها و ترس‌ها، تصمیمات ثمربخش بگیرند-افرادی که تعارض دارند معمولاً به‌سختی می‌توانند تصمیم‌گیری کنند و پرلز می‌خواست آن‌ها را به انجام این کار ترغیب کند (واسکنسولوز و همکاران^۲، ۲۰۲۲).

گرچه عقاید پرلز در مورد عناصر مغایر و متناقض شخصیت به مقدار زیاد مدیون نظریه روان‌پوشی است، اما درمان او برخلاف روانکاوی، بر زمان حال تمرکز دارد. در درمان گشتالتی، درمان جویان برای بالا بردن آگاهی خود از احساسات و رفتار جاری خویش، به‌جای کاوش کردن گذشته، تمرین‌هایی را انجام می‌دهند. پرلز نیز مانند راجرز معتقد بود که افراد آزادند تا انتخاب کرده و رشد شخصی خود را هدایت کنند. گشتالت درمانی یک شکل انسان‌گرایانه و مبتنی بر فرآیند درمان است که به کارکرد یکپارچه تمام جنبه‌های انسان متشکل از (حواس، جسم، هیجان‌ات و عقل) مربوط است (خدابخشی کولایی و همکاران، ۲۰۱۹). این شکل از بازی درمانی به نیاز کودک برای کشف مجدد از طریق کمک به ارتباط درمانی، قابلیت او در مورد حمایتی و بیان هیجانی می‌پردازد. هدف دیگر درمان، ترمیم تمام منابع ارگانیسمی است تا همانند خود منحصربه‌فردش کارکرد کاملی داشته باشد؛ بنابراین او باید تمام جنبه‌های خودش را بپذیرد حتی جنبه‌هایی را که خودش یا دیگران ممکن است دوست نداشته باشند. قبل از اینکه رشد توأم با سلامتی امکان‌پذیر شود او نیاز دارد آن جنبه‌هایی از خودش را که محدود، طرد، فرافکنی و جدا کرده بود دوباره گردآوری و جذب کند یا به طریقی اصلاح کند (واسکنسولوز و همکاران، ۲۰۲۲).

در حال حاضر آموزش بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت از رویکردهای مهم آموزشی و درمانی است، اما در قیاس با سایر رویکردها از پشتوانه پژوهشی کمتری برخوردار است (خدابخشی کولایی و همکاران، ۲۰۱۹).

در رابطه با اثربخشی بازی درمانی پژوهش‌های مختلفی انجام شدند که نتایج تحقیقی حاکی از اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت بر: عزت‌نفس و سازگاری کودکان مبتلا به اختلال نارسانی توجه-بیش‌فعالی (خدابخشی کولایی و همکاران، ۲۰۱۹)، اضطراب و پرخاشگری کودکان با نشانه‌های نارسانی توجه/بیش‌فعالی (محمدی و همکاران، ۲۰۱۹)، کاهش پرخاشگری و افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان آسیب‌دیده جنسی (ملاحی و همکاران، ۲۰۱۶)، کاهش اضطراب جدایی کودکان با نشانه‌های اختلال نارسانی توجه/بیش‌فعالی (سهرابی، ۲۰۱۸)، افزایش مهارت‌های اجتماعی در کودکان کم‌توان ذهنی (اسجاد^۳، ۲۰۱۷)، کاهش سطح اضطراب (استولماکر و رای^۴، ۲۰۱۵)، کاهش اضطراب کودکان بستری در بیمارستان (دویدسون^۵، ۲۰۱۷)، کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی در کودکان با نشانه‌های بیش‌فعالی و نقص توجه (ویلکز گیلان^۶ و همکاران، ۲۰۱۴) بود.

- 1 Raffagnino
- 2 Vasconcelos
- 3 Asjad
- 4 Stulmaker & Ray
- 5 Davidson
- 6 Wilkes-Gillan

از طرفی، داشتن کودک مبتلا به اختلال کم توجهی / بیش فعالی منبع استرس است؛ اما تأثیر آن بر والدین تا حد زیادی به ارزیابی شناختی آنان از مسئله و مجهز بودن به مهارت‌های مدیریت کودک بستگی دارد (مریل^۱ و همکاران، ۲۰۲۳)، آموزش مدیریت رفتاری والدین^۲ نیز یکی از روش‌هایی است که در درمان اختلال کم توجهی / بیش فعالی و سازگاری والدین با این اختلال در کنار سایر درمان‌ها به کار برده می‌شود. این روش به سایر روش‌های درمانی مانند تغییر سبک زندگی، رفتاردرمانی و ارائه مشاوره برتری دارد (کوستیرکا آلچورن و همکاران، ۲۰۲۲) و در زمینه درمان مشکلات رفتاری کودکان توجه خاصی از سوی پژوهشگران و درمانگران دریافت کرده و یک برنامه درمانی چندبعدی است که در آن والدین روش‌هایی را یاد می‌گیرند تا رفتارهای اختلال‌گرانه کودک را کاهش و رفتارهای درست را با استفاده از راهبردهای مثبت افزایش دهند (کرونیس تاسکانو^۳ و همکاران، ۲۰۲۱).

عامل کودک دارای نشانه‌های بیش‌فعالی با والدینش موضوع بسیار مهمی است. مطالعه تعامل کودکان دارای نشانه‌های بیش‌فعالی با والدینشان نشان می‌دهد که در روابط بین آن‌ها، فشار روانی، روابط تحمیلی، افسردگی، محدودیت، ناکامی بالا و توانایی کمتری وجود دارد. هم‌چنین مطالعه‌ای توسط (رضایی فرد، ۲۰۲۲)، در باب تعامل والدین و فرزند دارای نشانه‌های بیش‌فعالی در ایران نشان داده است که با آموزش مهارت‌های فرزندپروری به مادران دارای دانش آموز مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه از شدت و بروز استرس والدین کاسته شود و آن‌ها می‌توانند راهکارهای مناسبی را جهت تعامل با فرزند خود انتخاب کنند؛ والدین دارای کودکان با نشانه‌های بیش‌فعالی اعتماد به نفس کمتری دارند، از شیوه‌های تنبیهی بیشتری استفاده می‌کنند و روابط گرم کمتری با فرزندانشان دارند (عدل خوان و همکاران، ۲۰۲۲)؛ مطالعات متعدد نشان داده است که آموزش والدین یکی از اجزاء مهم درمان به حساب می‌آید و برخی پژوهشگران اظهار می‌کنند که مهم‌ترین روش درمانی برای این کودکان، در کنار دارودرمانی، آموزش والدین است (مریل و همکاران، ۲۰۲۳). براین اساس باید اطلاعاتی پیرامون این اختلال به والدین نشان داده شود تا والدین، این مشکل را به حساب ترمرد یا سرکشی فرزند خود نگذارند و آن را به صورت یک مشکل بپذیرند. گرچه این کودکان معلولیت قابل مشاهده‌ای ندارند؛ اما به‌رحال در کنترل تکانه‌ها، سازمان‌دهی و ... دچار ضعف هستند و گاه به این علت سرزنش و تنبیه می‌شوند که باید با آموزش مناسب، روش‌های این‌چنینی تغییر کند؛ باید توجه کرد که پذیرش عاطفی و هیجانی این مسئله احتیاج به زمان دارد و بهتر است ابتدا والدین وارد این مرحله از آموزش شوند و سپس در مورد مسائل و مشکلات کودک آموزش ببینند (الدین و همکاران، ۲۰۲۱).

در رابطه با اثربخشی آموزش مدیریت رفتاری والدین پژوهش‌های مختلفی انجام شده است که نتایج تحقیق حاکی از اثربخشی آموزش مدیریت رفتاری والدین بر سلامت عمومی والدین کودکان با نشانه‌های بیش‌فعالی (حاج بابایی روندی و همکاران، ۲۰۲۲)؛ کم توجهی کودکان با نشانه‌های بیش‌فعالی (شیخی و لاشانی و همکاران، ۲۰۲۰)؛ کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی و پیشرفت تحصیلی (مدنی و پورنعمت، ۲۰۲۰)؛ بهبود رابطه والد-فرزند (مداح و همکاران، ۲۰۱۸)؛ کاهش مشکلات رفتاری (قاسمی و همکاران، ۲۰۱۹)؛ کنترل و کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی (فیض‌اللهی و همکاران، ۲۰۲۰) بود. با در نظر گرفتن نکات مطرح شده، مطالعه حاضر به مقایسه اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت و آموزش مدیریت رفتاری والدین (PMT) بر تکانشگری کودکان ۷ تا ۱۲ سال با نشانه‌های نارسایی توجه- بیش‌فعالی (ADHD) پرداخته است.

1 Merrill,

2 Parents behavioral management training(PMT)

3 Chronis-Tuscano

روش پژوهش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان

پژوهش حاضر از نظر هدف از نوع تحقیقات کاربردی و از نظر ماهیت داده‌ها از نوع تحقیق کمی و از نظر نحوه اجرا، تحقیق نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری را کلیه کودکان ۷ الی ۱۲ سال که در نیمه دوم سال ۱۴۰۰ و سه ماهه اول ۱۴۰۱ به دلیل داشتن نشانه‌های نقص توجه/بیش‌فعالی به مراکز مشاوره و روانشناسی و درمانگاه بیمارستان رازی شهر تبریز مراجعه کردند، تشکیل می‌دهد که با مدنظر قراردادن این موضوع که تحقیق از نوع نیمه تجربی با تحلیل کواریانس چندگانه می‌باشد و جامعه آماری که کودکان با نشانه‌های نقص توجه/بیش‌فعالی بودند و برای کنترل بهتر متغیرهای مخدوشگر تعداد ۴۸ نفر آزمودنی به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (در هر گروه ۱۶ نفر: ۸ نفر دختر و ۸ نفر پسر، گروه بازی درمانی بصورت دو گروه ۵ نفره و یک گروه ۶ نفره) گمارش تصادفی شدند. معیارهای ورود به تحقیق علاوه بر سن ۷ تا ۱۲ سال؛ داشتن رضایت و اعلام توافق کودک برای شرکت در تحقیق (جهت توافق و رضایت کودکان، محتوای جلسات به صورت خلاصه و با ذکر مثال‌هایی از بازی‌ها و فعالیت‌ها برای آن‌ها توضیح داده شد)؛ اعلام رضایت والدین بصورت کتبی از طریق فرم رضایت آگاهانه؛ برای بررسی صحت تشخیص نارسایی توجه-بیش‌فعالی همه‌ی نمونه‌ها توسط دو نفر (یک نفر روان‌پزشک و یک نفر روانشناس) ارزیابی شد؛ هیچ‌کدام از نمونه‌های انتخابی قبلاً تحت مداخله این دو رویکرد قرار نگرفته بود. ضمناً عدم رضایت و توافق کودک یا والدین برای ادامه شرکت در جلسات و غیبت بیش از دو جلسه از جلسات بازی درمانی و آموزش مدیریت رفتاری والدین معیار خروج از پژوهش بود. لازم به ذکر است که تعداد نمونه‌ی ارائه‌شده، تعداد پیشنهادی متخصصان آمار می‌باشد و البته تعداد نهایی است.

ب) ابزار

پرسشنامه تکانشگری کودکان هیرسچفیلد و همکاران (IS): مقیاس تکانش‌گری (IS) توسط هیرسچفیلد، اسمیت و رزبرگ (۱۹۶۵) ساخته شده است که از ۱۹ گویه تشکیل شده است که به‌منظور سنجش رفتار تکانش‌گری در کودکان بکار می‌رود. هر گزینه به یک شکل جمله‌بندی شده تا با گزینه‌ای که به‌طور معکوس جمله‌بندی شده، موازی باشد. فقط باید یکی از مجموعه‌های ۱۹ گزینه‌ای مورداستفاده قرار گیرد و آن دیگری ممکن است حکم فرم موازی آن را داشته باشد. وقتی جواب فرد با گزینه‌های کلید هماهنگ باشد، نمره یک می‌گیرد. گزینه‌هایی که داخل پرانتز نیستند، صحیح و آن‌هایی که داخل پرانتز هستند، غلط نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل دامنه‌ای بین ۰ تا ۱۹ را در برمی‌گیرد. با استفاده از روش باز آزمایی با ضریب همبستگی ۰/۸۵ ثبات ابزار خوب بوده است. این ابزار روایی هم‌زمان ملاک - مرجع خوبی دارد، به‌طوری‌که همبستگی معناداری با ارزیابی معلم از بچه‌های سنین مدرسه دارد. نمرات همچنین با مشاهدات رفتاری معلمان و محققان در کلاس درس نیز همبستگی دارد (کاویانپور، ملک‌پور، عابدی، ۱۳۹۲). پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۳ بدست آمد.

ج) معرفی برنامه مداخله‌ای

محتوای اجرایی گروه بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت برگرفته از کتاب بازی درمانی گشتالت بلوم (۲۰۱۹) بود. در گروه دیگر، محتوای اجرایی آموزش مدیریت رفتاری والدین برگرفته از راهنمای عملی درمان مشکلات رفتاری کودکان (آموزش مدیریت رفتار والدین) کازدین (۲۰۱۶) انتخاب شده بود. که در زیر به آنها اشاره شده است:

جدول ۱: پروتکل مداخله ای بازی درمانی

پروتکل مداخله ای	بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت	آموزش مدیریت رفتاری والدین
جلسه اول	برقراری ارتباط بین کودک و درمانگر و شرح قوانین: استفاده از یکی از تکنیک‌های سنجش بر حسب شرایط (ترسیم نقاشی خانواده، تصور بوته رز، تصور یک مکان امن، تصویر زندگی و پرسش‌های خانوادگی)	توضیح رفتار و انواع آن
جلسه دوم	بازتوانی و تمایز کارکرد حسی و حرکتی: اجرای بازی‌هایی برای تقویت حس لامسه (بصورت لمس اشیاء مختلف و راه رفتن روی سطوح گوناگون و نقاشی انگشتی)	دلایل و مزایای استفاده از اصول مدیریت رفتاری والدین
جلسه سوم	بازتوانی و تمایز کارکرد حسی و حرکتی: اجرای بازی‌هایی برای تقویت حس بینایی (دیدن اشیاء بوسیله شیشه، سلفون و تلق، ریختن قالب یخ رنگی در آب، نگاه کردن به آینه بدون حرف زدن به مدت ۳۰ ثانیه و توصیف آنچه که می‌بیند).	سبک‌های فرزند پروری، انواع سبک‌ها و مزایا و معایب هر کدام
جلسه چهارم	بازتوانی و تمایز کارکرد حسی و حرکتی: اجرای بازی‌هایی برای تقویت حس شنوایی (گوش دادن به انواع صداها از قبیل اواز پرندگان، صدای آب، موسیقی و کشیدن نقاشی در حین گوش دادن، حدس زدن صداها توسط کودک)	انواع اختلالات رفتاری
جلسه پنجم	بازتوانی و تمایز کارکرد حسی و حرکتی: اجرای بازی‌هایی برای تقویت حس چشایی و بویایی (از قبیل مزه کردن خوراکی با طعم‌های مختلف و مقایسه آنها و صحبت در مورد احساس کودک به مزه‌ها و بوهای مختلف، بوییدن مواد غذایی و گل‌های مختلف و بیان احساسات)	شرطی‌سازی رفتار
جلسه ششم	فنون و فعالیت‌های برقراری تماس برای افزایش آگاهی بدنی: بازی بصورت تغییر حالات بدنی و انجام حرکات توسط کودک (شخص در حال عجله، شخص تنبل، بالا رفتن از کوه)، انجام بعضی از اعمال توسط کودک بستن یک بسته، گره زدن روبان، پریدن کاغذ با انگشتان، راه رفتن مانند حیوانات) نشان دادن هیجانات مختلف جلوی آینه توسط کودک	تشویق و اصول آن
جلسه هفتم	فنون و فعالیت‌های برقراری تماس مرتبط با آگاهی تنفسی: تمرین با تنفس و مقایسه تنفس عمیق و سطحی، تمرین پر و خالی کردن بادکنک، تمرکز کودک روی دم و بازدم و شمارش تا ده و سپس از یک	اقتصاد ژتونی و فرمول آن
جلسه هشتم	فنون و فعالیت‌های برقراری تماس مرتبط با آرمیدگی: استفاده از استعاره آدم برفی برای کودک، استفاده از موسیقی برای آرمیدگی کودک، بستن چشم توسط کودک و تصور بودن در جای لذت بخش	تنبیه و اصول آن و راهکارهای جایگزین تنبیه
جلسه نهم	فنون و فعالیت‌ها برای توانمندسازی ادراک خود کودک: تمرکز روی قطب‌ها (از کودک خواسته می‌شود در مورد چیزهایی که او احساسات متضاد به آنها دارد صحبت کند و بنویسد) تمرکز روی تسلط (نقاشی کردن) تمرکز روی خود بیانگری‌ها (تهیه فهرستی از کلمات که توصیف کننده ظاهر کودک و فعالیت‌ها و علاقه‌مندی‌ها او می‌باشد و علامت زدن توسط کودک)	دستور دادن و اصول آن و خاموشی رفتار و علت آن
جلسه دهم	فنون بیان هیجان‌ها: ترسیم نقاشی آزاد، نقاشی یک مکان ایده آل، ترسناک، وصل کردن رنگ خاص به هیجان خاص از کودک خواسته می‌شود احساسات و هیجان‌اتش (خوشحالی، غم خشم) را نقاشی کند.	راهکارهای تغییر رفتار

لازم به ذکر است که برای گروه کنترل تا اتمام زمان اجرا و گرفتن پس‌آزمون هیچ نوع مداخله‌ای اعمال نشد.

یافته‌ها

در جدول (۲) متغیرهای جمعیت شناختی کیفی با شاخص‌های تعداد و درصد توصیف شدند و آزمون همگنی کای اسکوئر و دقیق فیشر (برای روابط ۲در۲ یعنی جنسیت و شغل والدین) برای بررسی همگنی گروه‌ها استفاده شد.

جدول ۲: توصیف ویژگی‌های جمعیت شناختی به همراه آزمون همگنی کای اسکوئر و دقیق فیشر

متغیر	طبقات	گروه بازی درمانی			مدیریت رفتاری			کنترل		آزمون همگنی
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنسیت	پسر	۸	۵۰	۸	۵۰	۸	۵۰	۸	۵۰	۱
	دختر	۸	۵۰	۸	۵۰	۸	۵۰	۸	۵۰	
کودک	دیپلم	۷	۴۳/۸	۸	۵۰	۸	۵۰	۸	۵۰	۰/۹۶۵
	فوق دیپلم و لیسانس	۶	۳۷/۴	۴	۲۵	۴	۲۵	۴	۲۵	
تحصیلات	فوق لیسانس و دکترا	۳	۱۸/۸	۴	۲۵	۴	۲۵	۴	۲۵	۰/۷۶۴
	دیپلم	۷	۴۳/۸	۶	۳۷/۵	۸	۵۰	۶	۳۷/۵	
مادر	فوق دیپلم و لیسانس	۵	۳۱/۲	۸	۵۰	۶	۳۷/۵	۶	۳۷/۵	۱
	فوق لیسانس و دکترا	۴	۲۵	۲	۱۲/۵	۲	۱۲/۵	۲	۱۲/۵	
شغل پدر	آزاد	۸	۵۰	۱۰	۶۲/۵	۱۰	۶۲/۵	۱۰	۶۲/۵	۱
	کارمند	۸	۵۰	۶	۳۷/۵	۶	۳۷/۵	۶	۳۷/۵	
شغل مادر	خانه دار	۷	۴۳/۸	۸	۵۰	۸	۵۰	۸	۵۰	۰/۳۱۹
	کارمند	۸	۵۰	۶	۳۷/۵	۶	۳۷/۵	۵	۳۱/۳	
	آزاد	۱	۶/۲	۲	۱۲/۵	۲	۱۲/۵	۱	۶/۲	

نتایج جدول (۲) نشان داد که از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی جنسیت فرزند، تحصیلات پدر و مادر و شغل پدر و مادر تفاوتی بین گروه‌ها مشاهده نشد و گروه‌ها همگن بودند ($p > 0/05$). هر کدام از گروه‌ها شامل ۱۶ نفر (۸ دختر و ۸ پسر) می‌باشند. در جدول ۲ متغیرهای جمعیت شناختی کمی با شاخص‌های توصیفی بررسی و همگنی گروه‌ها از نظر سن با آزمون آنووا بررسی شدند.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی کمی به همراه آزمون همگنی آنووا

متغیر	گروه بازی درمانی		مدیریت رفتاری		کنترل		مقدار p
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
سن فرزند	۹/۱۵	۰/۵۹	۸/۹۶	۰/۵۲	۹/۱۲	۰/۱۰	۰/۴۱۳
ترتیب تولد	۱/۵۰	۰/۶۳	۱/۳۸	۰/۶۲	۱/۴۴	۰/۳۰	۰/۸۵۳
تعداد فرزند	۱/۶۳	۰/۷۲	۱/۷۵	۰/۷۸	۱/۷۵	۰/۸۰	۰/۸۵۴
سن پدر	۴۱/۰۶	۴/۲۲	۴۲/۳۱	۳/۲۸	۴۱/۹۴	۴/۴۳	۰/۶۶۶
سن مادر	۳۷/۲۵	۴/۸۷	۳۸/۵۶	۴/۲۷	۳۸/۳۸	۴/۴۴	۰/۶۷۸

دامنه سنی شرکت کنندگان از حداقل ۷ تا حداکثر ۱۲ سال بود که نتایج جدول ۲ نشان داد که میانگین سن کودکان در گروه بازی درمانی ۹/۱۵، مدیریت رفتاری ۸/۹۶ و گروه کنترل ۹/۱۲ بود که مشابه بود و تفاوتی بین میانگین سن کودکان مشاهده نشد ($p > 0/05$). همچنین گروه‌ها از نظر ترتیب تولد، تعداد فرزند، سن پدر و سن مادر همگن بودند و تفاوت قابل توجهی با یکدیگر نداشتند ($p > 0/05$). در جدول ۴- به توصیف متغیر تکانشگری پرداخته شد.

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد تکانشگری و مولفه‌های آن به تفکیک گروه و زمان

متغیر	زمان	گروه بازی درمانی		گروه مدیریت رفتاری		گروه کنترل
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
تکانشگری (کل)	پیش آزمون	۲/۱۰	۱۲/۰۰	۲/۲۸	۱۲/۳۷	۲/۰۳
	پس آزمون	۱/۹۶	۱۰/۶۹	۱/۵۲	۱۲/۷۵	۱/۹۸

جدول (۴) نشان داد میانگین کل مقیاس تکانشگری در گروه بازی درمانی برابر با ۱۲/۰۰ در پیش آزمون بود که در پس آزمون کاهش پیدا کرد و به ۱۰/۶۹ رسید، در گروه مدیریت رفتاری میانگین از مقدار ۱۱/۴۴ در پیش آزمون به ۹/۱۹ در پس آزمون کاهش پیدا کرد، در گروه کنترل میانگین افزایش اندکی داشت و از ۱۲/۳۸ در پیش آزمون به ۱۲/۷۵ در پس آزمون رسید.

در بخش استنباطی، برای بررسی تاثیر مداخله از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. آزمون تحلیل کوواریانس چند مفروضه مهم دارد که قبل از تحلیل اصلی، به آنها پرداخته شد. در مجموع، نتایج بدست آمده از شاخص‌های کجی و کشیدگی نشان داد که متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال (یا نزدیک به نرمال) برخوردار هستند. همچنین، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که فرض توزیع نرمال متغیرها را نمی‌توان رد کرد ($p > 0.01$). سطح معنی داری بدست آمده برای تمامی متغیرها بیشتر از مقدار ۰/۰۰۱ است که نشان می‌دهد انحراف از توزیع نرمال مشاهده نشد. در مجموع نتایج بدست آمده نشان از این دارد که توزیع متغیرهای اصلی، انحراف از توزیع نرمال ندارد و می‌توان توزیع متغیرهای پژوهش را نرمال یا نزدیک به نرمال ارزیابی کرد. در بررسی آزمون همگنی واریانس‌ها نیز، نتایج نشان داد که همگنی لوین سطح معنی داری بیشتر از مقدار ۰/۰۵ است ($p > 0.05$) است که بیانگر این است که پراکندگی متغیرهای وابسته در سطوح گروه‌ها (متغیر مداخله‌گر) همگن و تقریباً یکسان است. و همچنین به دلیل برقرار بودن مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس، همگنی واریانس این متغیرها نیز مورد قبول قرار گرفت. بعلاوه، مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز رعایت شد؛ یعنی رابطه بین همپراش و متغیر وابسته برای هر گروه مشابه است. بر اساس نتایج، سطح معنی داری بدست آمده در تمامی موارد بیشتر از مقدار ۰/۰۵ است ($p > 0.05$) بود که بیانگر این موضوع است که اثر تعاملی متغیرها رد می‌شود و در نتیجه شیب‌های رگرسیونی در تمامی موارد همگن هستند و این مفروضه نیز مورد تایید قرار گرفت. همچنین، همگن بودن ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از مفروضات آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره یا مانکووا است که اگر سطح معنی داری بزرگ‌تر از ۰/۰۰۱ باشد، از این مفروضه تخطی نشده است. همچنین با توجه به این که مقدار آزمون ام‌باکس در تمامی موارد بیشتر از معیار ۰/۰۰۱ بود، همگنی واریانس‌ها مورد قبول قرار گرفت. در بررسی فرضیه تحقیق، یعنی بررسی اثربخشی مداخله‌ها (بازی درمانی، مدیریت رفتاری والدین) بر تکانشگری، نتایج زیر حاصل آمد:

جدول ۵: نتایج تحلیل آنکووا در متن مانکووا به منظور آزمون اثربخشی مداخله بازی درمانی و مدیریت رفتاری بر مقیاس تکانشگری

منبع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آماره F	مقدار p	اندازه اثر
گروه مدیریت رفتاری	تکانشگری	۲۱/۶۷	۱	۲۱/۶۷	۵۱/۶۲	< ۰/۰۰۱	۰/۶۴۰
گروه بازی درمانی	تکانشگری	۲۴/۵۳	۱	۲۴/۵۳	۲۱/۸	< ۰/۰۰۱	۰/۴۲۹

نتایج جدول (۵) اثربخشی مداخله مدیریت رفتاری بر نمره کل تکانشگری را تایید کرد ($p < 0.05$). مطابق نتایج مداخله مدیریت رفتاری توانست بر تکانشگری اثربخش باشد. اندازه اثر برابر با ۰/۶۴۰ بود؛ هم چنین نتایج جدول ۵ نشان داد که اثربخشی مداخله

بازی درمانی بر نمره کل تکانشگری مورد تایید است ($p < 0/05$). مطابق نتایج مداخله بازی درمانی توانست بر تکانشگری اثربخش باشد. اندازه اثر برابر با $0/429$ بود.

جدول ۶: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس به منظور مقایسه اثربخشی دو مداخله بازی درمانی و مدیریت رفتاری بر تکانشگری

منبع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار p	اندازه اثر
گروه	تکانشگری	۱۰/۱۸	۱	۱۰/۱۸	۹/۱۷	۰/۰۰۵	۰/۲۴۰

در نتایج جدول (۶) تفاوت معنی داری در میزان اثربخشی دو روش مداخله بازی درمانی و مدیریت رفتاری مشاهده شد ($p < 0/05$). نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد سطح معنی داری کمتر از $0/05$ بود که نشانگر این است که تفاوت معنی داری در میزان اثربخشی دو روش مداخله بازی درمانی و مدیریت رفتاری بر مقیاس تکانشگری وجود داشت ($p < 0/05$). در جدول (۶) میانگین تعدیل شده متغیر تکانشگری (میانگین پس آزمون پس از کنترل یا خنثی کردن نمرات پیش آزمون گروه‌ها) به منظور تعیین و شناسایی مداخله اثربخش تر آمده است.

جدول ۷: مقایسه میانگین‌های تعدیل شده مقیاس تکانشگری در گروه‌ها با آزمون بونفرونی

متغیر	گروه	میانگین تعدیل شده	خطای استاندارد	حد پایین	حد بالا	اختلاف میانگین	مقدار p
تکانشگری	بازی درمانی	۱۰/۵۱	۰/۲۶۵	۹/۹۶	۱۱/۰۵	۱/۱۴	۰/۰۰۵
	مدیریت رفتاری	۹/۳۷	۰/۲۶۵	۸/۸۳	۹/۹۱		

بررسی میانگین‌های تعدیل شده (جدول ۷) نشان داد میانگین تعدیل شده متغیر جدول ۶ در گروه بازی درمانی به طور معنی داری بیشتر از مدیریت رفتاری بود ($p < 0/05$). نتایج نشان داد نمره کل مقیاس تکانشگری در گروه بازی درمانی برابر با $10/51$ و در گروه مدیریت رفتاری برابر با $9/37$ بود که میانگین گروه بازی درمانی به میزان $1/14$ نمره بیشتر بود. بر این اساس مداخله مدیریت رفتاری بر تکانشگری اثربخش تر از مداخله بازی درمانی بود و موجب کاهش بیشتری در میزان تکانشگری شد.

بحث و نتیجه گیری

با تکیه بر هدف کلی تحقیق، بررسی یافته‌های پژوهش نشان داد که بین میزان اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت و آموزش مدیریت رفتاری والدین بر تکانشگری کودکان ۷ تا ۱۲ سال با نشانه‌های نارسایی توجه-بیش‌فعالی تفاوت وجود دارد. که میزان اثربخشی مداخله مدیریت رفتاری والدین بیشتر از بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت بوده است. همسو با نتیجه یادشده پژوهش‌های هورنسترا و همکاران^۱ (۲۰۲۲)؛ کاستاریکا آلچورن و همکاران^۲ (۲۰۲۲)؛ دلانگ و همکاران^۳ (۲۰۲۲)؛ گابلز^۴ و همکاران (۲۰۱۹)؛ حاج بابایی روندی و همکاران (۲۰۲۲)؛ شیخی ولاشانی و همکاران (۲۰۲۰)؛ مدنی و پورنعمت (۲۰۲۰)؛ مداح و همکاران (۲۰۱۸)؛ قاسمی و همکاران (۲۰۱۹)؛ فیض‌اللهی و همکاران (۲۰۲۰) اجرا شده‌اند. به طور مثال پژوهش جوادزاده شهشهانی همسو با پژوهش حاضر (۲۰۲۰) نشان داد که برنامه فرزندپروری بر تکانشگری کودکان مبتلا به

1 Hornstra
2 Kostyrka-Allchorne
3 De Jong
4 Gubbels

اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی تاثیر معنادار دارد؛ نتایج بیانگر آن بود که برنامه فرزندپروری با بهره گیری از روش های فرزندپروری بهنجار و اصول ارتباطی مناسب به عنوان یک روش کارآمد برای کاهش تکانشگری و تقویت توجه کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی و بیش فعالی مورد استفاده قرار می گیرند.

پژوهش مدنی و پورنعمت (۲۰۲۰) نیز که با هدف بررسی اثربخشی آموزش فرزند پروری مثبت به مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی برای کاهش علائم بیش فعالی و پیشرفت تحصیلی کودکان در جامعه آماری کودکان مراجعه کننده به بیمارستان کودکان مفید انجام شد، بیانگر تاثیر مطلوب آموزش فرزند پروری بر کاهش تکانشگری کودکان با نارسایی توجه/بیش فعالی و همینطور پیشرفت تحصیلی و تغییر سبک فرزند پروری مادران آنان، بود. پژوهش مداح و همکاران (۲۰۱۸) که در بررسی اثربخشی برنامه آموزش اصول مدیریت رفتاری والدین انجام شد تاثیر مطلوب برنامه آموزش اصول مدیریت رفتاری والدین را بر وضعیت خلقی، کاهش مشکلات رفتاری و کاهش تکانشگری و تعامل اجتماعی و خانوادگی بهتر در زندگی کودکان با مشکل نارسایی توجه/بیش فعالی نشان داد و نتیجه گرفت که استفاده از آموزش اصول مدیریت رفتاری والدین به عنوان یک مداخله غیر دارویی همراه با مداخله دارویی، برای دستیابی به مهارت های شناختی، رفتاری می تواند بسیار موثرتر باشد؛ هم چنین بر اساس یافته های پژوهش قاسمی و همکاران (۲۰۱۹) می توان نتیجه گرفت که برنامه آموزش مدیریت رفتار از طریق اصلاح شیوه های تعاملی خانواده با کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون جنشی، آموزش چگونه رفتار کردن والدین، افزایش درک والدین از علایم رفتاری اختلال، اصلاح نگرش آنان درباره اختلال و استفاده از شیوه های صحیح تنبیه و تقویت، باعث بهبود مشکلات هیجانی، رفتاری کودکان مبتلا به این اختلال می شود؛ پژوهش فیض اللهی و همکاران (۲۰۲۰) این نتیجه را تایید کرد.

در تبیین یافته ها می توان گفت مطالعات متعدد نشان داده است که آموزش والدین یکی از اجزاء مهم درمان به حساب می آید به نحوی که آناستاپولوس و همکارانش در سال ۱۹۹۹ اظهار می کنند که مهم ترین روش درمانی برای کودکان با نشانه های بیش فعالی، در کنار دارودرمانی، آموزش والدین است. براین اساس وقتی اطلاعاتی پیرامون این اختلال به والدین نشان داده می شود والدین، این مشکل را به حساب تمرد یا سرکشی فرزند خود نمی گذارند و آن را به صورت یک مشکل می پذیرند. گرچه این کودکان معلولیت قابل مشاهده ای ندارند؛ اما به هر حال در کنترل تکانه ها، سازمان دهی و ... دچار ضعف هستند و گاه به این علت سرزنش و تنبیه می شوند که با آموزش مناسب، روش های این چنینی تغییر می کند (عدل خوان و همکاران، ۲۰۲۲). تعامل بین کودک دارای نشانه های بیش فعالی با والدینش موضوع بسیار مهمی است. مطالعه تعامل کودکان دارای نشانه های بیش فعالی با والدینشان نشان می دهد که در روابط بین آن ها، فشار روانی، روابط تحمیلی، افسردگی، محدودیت، ناکامی بالا و توانایی کمتری وجود دارد (مریل و همکاران، ۲۰۲۳)؛ وقتی این والدین با اصول رفتاری صحیح آشنا می شوند و یاد می گیرند چگونه کودک خود را تشویق کنند و نحوه برخورد با تکانشگری و پرخاشگری کودک را یاد می گیرند و وقت بیشتری را صرف بازی با کودک خود می کنند به مراتب میزان تکانشگری و پرخاشگری کودکانشان کمتر خواهد شد (الدین، یوسف و محمد، ۲۰۲۱). صاحب نظران اعتقاد دارند که پرخاشگری و تکانشگری کودک وقتی گسترش پیدا می کند که عوامل زمینه ساز اختلال با یک شیوه مستبدانه و ناکارآمد فرزند پروری همراه می شوند. در این وضعیت کودک، قادر نیست از فرمان های والدین پیروی کند و والدین مستبدانه تر و سختگیرتر می شوند تا فرزندانشان را مهار کنند و این چرخه بارها و بارها تکرار می شود تا کودک را به سوی مشکلات رفتاری و عدم تبعیت از دستورات والدین و قوانین محیط خانوادگی سوق دهد (کوستیرکا آلچورن و همکاران، ۲۰۲۲)؛ از آنجایی که تکانشگری کودک موضوعی است که در تعامل کودک با سایر افراد بخصوص والدین اتفاق می افتد آشنایی والدین با ویژگی های رفتاری کودک و نحوه برخورد با آن بیشتر از بازی درمانی که تنها شامل خود کودک می شود بر کاهش تکانشگری کودک تاثیر می گذارد.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

با توجه به ساخت کلی تحقیق، پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی می‌باشد. برای مثال، این پژوهش مربوط به کودکان با نشانه‌های بیش‌فعالی-کم‌توجهی شهر تبریز می‌باشد و نمی‌توان نتایج را به سن، مقاطع یا شهرهای دیگر تعمیم داد. همچنین، ابزار اصلی جمع‌آوری اطلاعات این تحقیق پرسشنامه بوده و ذاتاً دارای محدودیت می‌باشد. از طرفی، نتیجه پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت و آموزش مدیریت رفتاری والدین بر تکانشگری کودکان فاقد بررسی پیگیری بلندمدت بود. فلذا، پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی این نوع مطالعات در سنین و مقاطع تحصیلی مختلف انجام شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود در تحقیق‌های آتی، برای بدست آوردن نتایج پایاتر، از ابزارهای کیفی نیز استفاده شده و ماندگاری مداخلات را بعد از چند ماه بررسی کنند. در چارچوب پیشنهادها، کاربردی نیز، پیشنهاد می‌شود از برنامه‌های آموزش مدیریت رفتاری والدین و بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت در مراکز روانشناسی و مدارس استفاده شود تا والدین با اصول رفتاری درست با فرزندانشان آشنا شوند و بتوانند تکانشگری کودکان خود را بهتر مدیریت کنند. همچنین، توصیه می‌شود نتایج تحقیق حاصل در قالب بروشورهای کوچک تنظیم شود و در اختیار برنامه‌ریزان و متصدیان نظام آموزشی، مشاوران قرار گیرد تا تصمیمات لازم جهت تسلط معلمان مقاطع مختلف تحصیلی و مشاوران و درمانگران به این اصول رفتاری و بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالت اتخاذ شود تا آن‌ها نیز بتوانند در پروسه آموزشی و پرورشی یا درمانی دانش‌آموزان از این روش‌های درمانی استفاده کنند.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکترای نویسنده اول است که آماده دفاع می‌باشد.

حامی مالی: پژوهش حاضر بدون حمایت مالی انجام شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: با توجه به اینکه مقاله برگرفته از رساله دکترای نویسنده اول می‌باشد، همکاری نویسنده اول ۷۰٪ و هریک از نویسندگان دوم و سوم ۱۵٪ می‌باشد.

تضاد منافع: در ارائه نتایج این پژوهش، هیچگونه تضاد منافی وجود نداشته است.

تشکر و قدردانی: نویسندگان از کلیه کسانی که در تکمیل این پژوهش همکاری نمودند، تشکر می‌نمایند.

References

- Adlkhah, S., Faramarzi, S., Aghaei, A. (2022). Comparing the effectiveness of parent-child communication package with parent-child interaction therapy on Affective/Behavioral Disorders and sustainability in children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: case study. *Empowering Exceptional Children*; 13(2): 21-11. doi: 10.22034/ceciranj.2022.290145.1553
- Asjad, A.T., Iqbal, N., Masroor, U. (2017). Effectiveness of play therapy in enhancing social skills in intellectually disabled children. *Rawal Med J*; 3:42. <https://www.researchgate.net/publication/318760596>[Persian]
- Bloom, R. (2019). *Gestalt play therapy*. Translated by Behnoud Bahmanesh and Parisa Ranjgar. Tehran: Danesh Arzin Jahan Publications [Persian]
- Brown, T., Chen, J., Robertson, B. (2022). Improved Executive Function in Adults Diagnosed With Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder as Measured by the Brown Attention-Deficit Disorder Scale Following Treatment With SHP465 Mixed Amphetamine Salts Extended-Release: Post Hoc Analyses From 2 Randomized, Placebo-Controlled Studies. *Journal of Attention Disorders*; Vol. 26(2) 256–266. <https://doi.org/10.1177/1087054720961819>
- Cai, B., Cai, S., He, H., He, L., Chen, Y., Wang, A. (2023). Multisensory Enhancement of Cognitive Control over Working Memory Capture of Attention in Children with ADHD. *Brain Sciences*; 13(1):66. <https://doi.org/10.3390/brainsci13010066>

- Chronis-Tuscano, A., O'Brien, K., Danko, C. (2021). *Supporting caregivers of children with ADHD: An integrated parenting program: Therapist guide*. Oxford University Press
- Chuang, YC., Wang, CY., Huang, WL.(2022). Two meta-analyses of the association between atopic diseases and core symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Sci Rep*; 12, 3377. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-07232-1>
- Cortese, S. (2023). Evidence-based prescribing of medications for ADHD: where are we in 2023?, *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 24:4, 425-434, DOI: 10.1080/14656566.2023.216960
- Cortese, S., Sabe, M., Chen, C., Perroud, N., Solmi, M. (2022). Half a century of research on attention-deficit/hyperactivity disorder: A scientometric study. *Neurosc. Biobehav. Rev.* 140:104769. doi: 10.1016/j.neubiorev.2022.104769
- De Jong, S.R.C., van den Hoofdakker, B.J., van der Veen-Mulders, L. (2022). The efficacy of a self-help parenting program for parents of children with externalizing behavior: a randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02028-0>
- El-Deen, G.M.S., Yousef, A.M., Mohamed, A.E. (2021). Socio-demographic and clinical correlates of parenting style among parents having ADHD children: a cross-section study. *Middle East Curr Psychiatry*; 28, 72. <https://doi.org/10.1186/s43045-021-00151-3>
- Feizollahi, J., Sadeghi, M., Rezaei, F.(2020). The Effect of Cognitive Behavioral Play Therapy and Its Integration with Parental Management Training on Symptoms of ADHD in 7-11 Year Old Children: A Quasi-Experimental Study. *JRUMS*; 19 (2) :155-172 URL: <http://journal.rums.ac.ir/article-1-4970-en.html> [Persian]
- Ghasemi, N., Nori, L., Abdi Zarrin, S. (2019). The Effect of Parent Management Training (PMT) on the Reduction of Behavioral Symptoms in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *J Child Ment Health*; 6 (2) :1-12 URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-464-en.html> [Persian]
- Gubbels, J., van der Put, CE., Assink, M. (2019). The Effectiveness of Parent Training Programs for Child Maltreatment and Their Components: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*; 16(13):2404. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132404> [Persian]
- Hajbabay ravandi, A., Tajali, P., Ghanaripannah, A., Shahriari Ahmadi, M. (2022). The Effectiveness of a Positive Parenting Program on general Health and Marital Adjustment of Mothers of Children with ADHD. *Counseling Culture and Psychotherapy*; 13(51): 207-230. doi: 10.22054/qccpc.2022.65898.2881 [Persian]
- Hornstra, R., Groenman, A.P., Van der Oord, S., Luman, M., Dekkers, T. J., Van der Veen-Mulders, L., Hoekstra, P. J., van den Hoofdakker, B. J. (2022). Which components of behavioral parent and teacher training work for children with ADHD? A meta-regression analysis on child behavioral outcomes. *Child and Adolescent Mental Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/camh.12561>
- Ilic, I., Ilic, M. (2022). Global Incidence of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder among Children. *Biology and Life Sciences Forum*; 19(1):6. <https://doi.org/10.3390/IECBS2022-12942>
- Kazdien, A. (2016). A practical guide to treating behavioral problems of children and adolescents "Parent Management Training". Translated by Faezeh Hazardastan; Ahmad Abedi and Noushin Mousavi Madani. Esfahan: Eshar Pisht, DOI: 10.1016/j.neulet.2008.02.069 [Persian]
- Khodabakhshi-Koolae, A., Akhalaghi-Yazdi, R., Hojati Sayah, M. (2019). Investigating Gestalt-based Play Therapy on Anxiety and Loneliness in Female Labour Children With Sexual Abuse: A Single Case Research Design (SCRD). *JCCNC*; 5 (3) :147-156 URL: <http://jccnc.iuums.ac.ir/article-1-228-en.html> [Persian]
- Kostyrka-Allchorne, K., Ballard, C., Byford, S. (2022). Online Parent Training for The Initial Management of ADHD referrals (OPTIMA): the protocol for a randomised controlled trial of a digital parenting intervention implemented to support parents and children on a treatment waitlist. *Trials* 23, 1003. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06952-z> [Persian]
- Madani, S.S., Pournemat, M. (2020). The effectiveness of positive parenting education for mothers of children with ADHD to reduce symptoms and children's academic achievement. *JNIP*; 6 (10) :1-12. URL: <http://jnip.ir/article-1-378-fa.html> [Persian]

- Maddah, Z., Ghalenoee, M., Mohtashami, J., Pourhoseingholi, M.A., Esmaili, R., Naseri-Salahshour, V. (2018). The effectiveness of PMT program on parent-child relationship in parents with ADHD children: A randomized trial. *Med J Islam Repub Iran*; 22;32:89. doi: 10.14196/mjiri.32.89 [Persian]
- Mallahi, K., ghodrati, S., vatankhah, H. (2019). Effectiveness of Gestalt Group Play Therapy to Aggression and Social skills of Children Sexual Abused in the Child labor's Group. *JPEN*; 6 (1) :54-63. URL: <http://jpen.ir/article-1-397-en.html>
- Merrill, B.M., Monopoli, W.J., Rejman, E. (2023). Supporting Parents of Children with ADHD During COVID-19 School Closures: A Multiple-Baseline Trial of Behavioral Parent Training for Home Learning. *School Mental Health* . <https://doi.org/10.1007/s12310-023-09569-y> [Persian]
- Mohammadi, S., Madani, Y., Ajeya, J. (2019). *The effectiveness of play therapy based on Gestalt approach on anxiety and aggression of children with attention deficit/hyperactivity disorder*. 2015. Master's thesis, University of Tehran, [Persian]
- Moses, M., Tiego, J., Demontis, D. (2022). Working memory and reaction time variability mediate the relationship between polygenic risk and ADHD traits in a general population sample. *Mol Psychiatry* 27, 5028–5037. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01775-5>
- Nejati, V., Derakhshan, Z., Mohtasham, A. (2023). The effect of comprehensive working memory training on executive functions and behavioral symptoms in children with attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD). *Asian Journal of Psychiatry*; 1876-2018. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2023.103469>. [Persian]
- Njardvik, U., Smaradottir, H. Öst, LG. (2022). The Effects of Emotion Regulation Treatment on Disruptive Behavior Problems in Children: A Randomized Controlled Trial. *Res Child Adolesc Psychopathol* 50, 895–905. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00903-7>
- Ortega, R., López, V., Carrasco, X. (2020). Neurocognitive mechanisms underlying working memory encoding and retrieval in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Sci Rep* 10, 7771. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-64678-x>
- Păsărelu, CR., David, D., Dobrean, A., Noje, A., Roxana, Ş., Predescu, E. (2023). ADHDCoach-a virtual clinic for parents of children with ADHD: Development and usability study. *Digit Health*;9;9:20552076231161963. doi: 10.1177/20552076231161963. PMID: 36923370; PMCID: PMC10009016.
- Raffagnino, R. (2019) Gestalt Therapy Effectiveness: A Systematic Review of Empirical Evidence. *Open Journal of Social Sciences*, 7, 66-83. doi: 10.4236/jss.2019.76005.
- Rezaee Rezvan, S., Kareshki, H., Pakdaman, M. (2022). The Effectiveness of Play Therapy based on Cognitive - Behavioral Therapy on Social Adjustment of preschool children. *Pajouhan Sci J*; 20 (1) :33-40 URL: <http://psj.umsha.ac.ir/article-1-901-en.html> [Persian]
- Rezaeefard, A. (2022). The role of resilience and parenting styles in predicting parental stress of mothers of students with ADHD / Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of School Psychology*. 10(4): 73-85. doi: 10.22098/jsp.2022.1454 [Persian]
- Rohner, H., Gaspar, N., Philipsen, A, Schulze, M. (2023). Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among Substance Use Disorder (SUD) Populations: Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*; 20(2):1275. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021275>
- Sheikhi Velashani, Z., Javadzadeh Shahshahani, F. (2020). Effectiveness of positive parenting program on attention deficiency and hyperactivity-impulsivity of children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. *Empowering Exceptional Children*; 11(4): 25-36. 10.22034/ceciranj.2020.222232.1353 [Persian]
- Sohrabi, N. (2018). *Comparing the effectiveness of story therapy, play therapy, and flower therapy in reducing separation anxiety in Shiraz children*. 2018. Master's thesis, Islamic Azad University, Marvdasht Branch, Faculty of Educational Sciences and Psychology [Persian]
- Stulmaker, H.L., & Ray, D.C. (2015). Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Children and Youth Services Review*; 57, 127-133. Doi: 10.1016/J.CHILDYOUTH.2015.08.005 [Persian]

- Vasconcelos, A., Monsores, J., Almeida, T. (2022). Applying Gestalt approach as a method for teaching computer science practice in the classroom: A case study in primary schools in Brazil. *Educ Inf Technol*,
- Wilkes-Gillan S., Bundy A., Cordier R., Lincoln M. (2014). Evaluation of a pilot parent-delivered play-based intervention for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Occup Ther*;68(6):700-9. doi: 10.5014/ajot.2014.012450.
- Wong, T.Y., Chang, Y.T., Wang, M.Y., Chang, Y.H. (2022). The effectiveness of child-centered play therapy for executive functions in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Child Psychol Psychiatry*. doi: 10.1177/13591045221128399.