Journal of
Early Childhood Health and Education

Winter 2024, Volume 4, Issue 4, 103-118

The effectiveness of play therapy with an attachment approach on self-regulation and resilience of male students with attention deficit hyperactivity disorder in Tehran

Solmaz Soleimankhan[1], Reza Johari Fard[2*], Fariba Hafezi [3]

1. *Ph.D. psychology and education of exceptional children, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.*
2. *Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran*
3. *Associate Professor Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran*

ARTICLE INFORMATION

Article type
Original research
Pages: 87-101

Corresponding Author's Info
Email:
rjoharifard@gmail.com

Article history:
Received: 2023-05-31
Revised: 2023-06-28
Accepted: 2023-10-01
Published online: 2023-10-03

Keywords:
Attention deficit hyperactivity disorder, Self-regulation, Resilience, Play therapy with attachment approach

ABSTRACT

Background and Aim: The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of play therapy with an attachment approach on self-regulation and resilience of male students with attention deficit hyperactivity disorder. **Methods:** In terms of the purpose of this research, it is an applied research, which is a semi-experimental type with a pre-test-post-test and a control group and a two-month follow-up period. The statistical population of the present study consists of all the 9-11-year-old male students of the elementary school who referred to counseling and psychology centers due to symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder in the academic year of 1401-1402.To select the research sample, 20 people were selected for each group in the form of a purposive random sample and randomly assigned to two experimental and control groups.In order to collect information, Connors Parent Form Questionnaire, Self-Regulatory Learning Leaders Questionnaire, and Social-Emotional Capabilities and Resilience Scale were used.The experimental group underwent play therapy with an attachment approach (10 sessions of 60 minutes). **Results:** Data analysis was done using the statistical test of univariate analysis of covariance.The results showed that play therapy with an attachment approach leads to the improvement of self-regulation and resilience in the post-test phase And this effect in the follow-up phase also led to the improvement of self-regulation and resilience, which shows the continued effectiveness of play therapy with an attachment approach. **Conclusion:** According to the results of the research, the implementation of play therapy with an attachment approach for students with attention deficit/hyperactivity disorder can increase their self-regulation and resilience.

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

How to Cite This Article: Soleimankhan1, S., Johari Fard, R., & Hafezi, F. (2024). The effectiveness of play therapy with an attachment approach on self-regulation and resilience of male students with attention deficit hyperactivity disorder in Tehran. *JECHE*, 4 (4): 103-118.

[Downloaded from jeche.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.32592/jeche.4.4.103]

فصلنامه سلامت و آموزش در اوان کودکی

زمستان ۱۴۰۲، دوره ٤، شماره ٤، صفحه‌های ۱۰۳-۱۱۸

اثربخشی بازی درمانی با رویکرد دلبستگی بر خودتنظیمی و تاب‌آوری دانش‌آموزان پسربا نارسایی توجه –بیش فعالی شهر تهران

سولماز سلیمانخان[۱]، رضا جوهری فرد[۲*] و فریبا حافظی[۳]

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: علمی- پژوهشی

صفحات: ۱۱۸-۱۰۳

اطلاعات نویسنده مسئول

ایمیل:

rjoharifard@gmail.com

سابقه مقاله

تاریخ دریافت مقاله:

۱۴۰۲/۰۳/۱۰

تاریخ اصلاح مقاله:

۱۴۰۲/۰۴/۰۷

تاریخ پذیرش نهایی:

۱۴۰۲/۰۷/۰۹

تاریخ انتشار:

۱۴۰۲/۰۷/۱۱

واژگان کلیدی

نارسایی توجه –بیش فعالی، خودتنظیمی، تاب‌آوری، بازی درمانی، رویکرد دلبستگی

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضربا هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی با رویکرد دلبستگی بر خودتنظیمی و تاب‌آوری دانش‌آموزان پسر با نارسایی توجه –بیش فعال اجرا شد. **روش پژوهش:** این پژوهش، از نظر هدف از نوع تحقیقات کاربردی بوده که از نوع نیمه آزمایشی دارای پیش آزمون- پس آزمون و گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش آموزان پسر ۹تا ۱۱ ساله دوره ابتدایی که به دلیل داشتن نشانه‌های اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ به مراکز مشاوره و روانشناسی مراجعه کردند، تشکیل می‌دهند. برای انتخاب نمونهٔ تحقیق، تعداد۲۰ نفر برای هر گروه به شکل نمونه گیری هدفمند انتخاب شده و به شکل گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار داده شدند. جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه کانرز فرم والد، پرسشنامه راهبرهای یادگیری خودتنظیمی و مقیاس توانمندی‌های اجتماعی –هیجانی و تاب آوری استفاده شد. گروه آزمایشی تحت بازی درمانی با رویکرد دلبستگی (۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای) قرار گرفتند. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری انجام شد. نتایج نشان دادند بازی درمانی با رویکرد دلبستگی به بهبود خودتنظیمی و تاب‌آوری‌در مرحلهٔ پس‌آزمون منجر می‌شود و این تأثیر در مرحلهٔ پیگیری نیز منجر به بهبود خودتنظیمی و تاب‌آوری انجامید که نشان دهنده تداوم اثربخشی بازی درمانی با رویکرد دلبستگی بوده است. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش، اجرای درمان بازی درمانی با رویکرد دلبستگی برای دانش‌آموزان با نارسایی توجه/ بیش فعالی می‌تواند موجب افزایش خودتنظیمی و تاب‌آوری در آنها شود.

انتشار این مقاله به‌صورت 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

سلیمانخان، سولماز.، جوهری فرد، رضا. و حافظی، فریبا. (۱۴۰۲). اثربخشی بازی درمانی با رویکرد دلبستگی بر خودتنظیمی و تاب‌آوری دانش‌آموزان پسربا نارسایی توجه –بیش فعالی شهر تهران. *فصلنامه سلامت و آموزش در اوان کودکی*، ۴ (۴):۱۱۸-۱۰۳.

[Downloaded from jeche.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.32592/jeche.4.4.103]

مقدمه

دوران کودکی دوره بسیار حساسی است و اگر به‌درستی به آن توجه نشود می‌تواند پیامدهای جبران‌ناپذیری داشته باشد (واترز[1] و همکاران، ۲۰۲۳). اغلب اختلالات و ناسازگاری‌های رفتاری[2] پس از دوران کودکی ناشی از جو خانوادگی، کمبود توجه به دوران حساس کودکی و عدم هدایت صحیح در روند رشد و تکامل است. این بی توجهی به عدم سازش و انطباق با محیط و بروز انحرافات گوناگون در ابعاد مختلف برای کودک منجر می‌شود. از اینرو، ضروری است تا اختلالات و ناسازگاری‌های دوران کودکی مورد توجه و شناسایی قرار گیرند (ملتون[3] و همکاران، ۲۰۲۲). تشخیص مشکلات کودکان، به دلیل این انتظار که کودک در حال رشد و یادگیری اولیه است و هم به دلیل عدم رشد مهارت‌های روانی- اجتماعی آنان بسیار دشوار است (آپتر و همکاران[4]، ۲۰۲۳).

در این میان، دوران دبستان به علت خروج کودک از فضای دشوار تشخیصی، سال‌های مناسبی برای تشخیص مشکلات کودکان، مداخله بهنگام و پیشگیری از مشکلات عاطفی، اجتماعی و تحصیلی آینده آنان است (سیپریانو[5] و همکاران، ۲۰۲۳). مداخله بهنگام و تغییر رفتارهای ناسازگار کودک در این دوره حساس، موجب افزایش مهارت‌های اجتماعی و محبوبیت نزد همسالان و بزرگسالان شده و کودک را برای پذیرش مسئولیت‌های تحصیلی آماده می‌سازد (نایک[6] و همکاران، ۲۰۲۳).

تحقیق و مطالعه پیرامون اختلالات رفتاری کودکان یکی از حوزه‌های مهم در روان‌شناسی کودکان استثنایی است (علیزاده،۲۰۱۹). یکی از اختلالاتی که کودکان از آن رنج می‌برند اختلال نارسایی توجه –بیش فعالی[7] است. اختلال نقص توجه بیش فعالی یک اختلال روان‌پزشکی شایع و آسیب رسانده است که در ۷/۲ درصد کودکان جهان بروز می کند و مشخصه آن الگوی کاهش پایدار توجه و افزایش تکانشگری و بیش فعالی است که خود را در رفتار تکانشی و عدم توانایی در به تاخیر انداختن ارضا بروز می‌دهد. این کودکان اغلب مستعد حوادث گوناگون هستند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[8]، ۲۰۲۲).

اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی با سه ویژگی اصلی تکانشگری[9]، بیش فعالی[10] و نقص توجه[11] تعیین می‌شود، به گونه‌ای که برای تشخیص گذاری این ویژگی‌ها دست کم باید در دو محیط متفاوت منزل و مدرسه پیش از رسیدن به سن ۷ سالگی برای ۶ ماه مشاهده شوند و موجب آسیب جدی در حوزه‌های مهم زندگی از جمله عملکرد تحصیلی و ارتباطات اجتماعی شوند (اگنیو- بلیز[12] و همکاران، ۲۰۲۲).

باید در نظر داشت که علاوه بر ژنتیک، عوامل متعدد روان‌شناختی می‌توانند در اختلال نارسایی توجه –بیش فعالی نقش داشته باشند و باعث شکل گیری این رفتارها شوند (نیگ[13]و همکاران، ۲۰۲۰). یکی از این عوامل که اهمیت زیادی در اختلال نارسایی توجه /بیش فعالی دارد، خودتنظیمی[14] است (سیبرین[15] و همکاران، ۲۰۲۲). خودتنظیمی یک مفهوم بسیار پیچیده و گسترده می‌باشد که دامنه وسیعی از پاسخ‌های شناختی، هیجانی، رفتاری و فیزیولوژیکی را در برمی گیرد (اخوان و همکاران،۲۰۲۲).

1 Watters
2 Behavioral disorders and inconsistencies
3 Melton
4 Apter
5 Cipriano
6 Niec
7 Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD)
8 American Psychiatric Association (APA)
9 Impulsivity
10 Hyperactivity
11 Inattention
12 Agnew
13 Nigg
14 Self-regulation
15 Cibrian

[Downloaded from jeche.ir on 2025-08-01]
[DOI: 10.32592/jeche.4.4.103]

خودتنظیمی به عنوان یکی از مهم‌ترین مهارت‌های عصر حاضر شناخته می‌شود (واوروا و گاوورا[1]، ۲۰۱۵) که عبارت است از «تولید و هدایت اندیشه‌ها، عواطف و رفتارها توسط خود فرد به‌منظور رسیدن به هدف» (هال و فانگ[2]، ۲۰۰۷). یادگیری خودتنظیمی یک فرآیند فعال و خود رهنمون است که دانش آموزان شناخت، انگیزش، نتایج، رفتار و محیط خود را در جهت پیشبرد اهدافشان کنترل و تنظیم می‌کنند (تراویس و باند[3]، ۲۰۲۲).

کودکان دارای اختلال نارسایی توجه –بیش فعالی با توجه به ماهیت اختلالشان از تاب‌آوری[4] پایینی برخوردارند (رگالا[5] و همکاران، ۲۰۱۹). تاب آوری نقش محافظت کننده در موفقیت‌های فردی و رهایی افراد از موقعیت‌های دشوارزندگی دارد و باعث سازگارتر شدن می‌شود، رویارویی با مشکلات را آسان‌تر می‌سازد و دستیابی به هدف را تسهیل می‌کند (زینلی ده رجبی و همکاران،۲۰۲۲). تاب‌آوری به عنوان اطمینان فرد به توانایی‌هایش برای غلبه بر تنش، داشتن توانایی‌های مقابله‌ای، حرمت خود، ثبات عاطفی و ویژگی‌های فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می‌دهد تعریف شده است (گرینو[6] و همکاران، ۲۰۱۷). تاب آوری به معنای پیامدهای رشدی خوب علی رغم وضعیت پرخطری است که فرد با آن مواجه می‌شود و در نهایت برگشت به حالت اولیه پس از تجربه ضایعه روانی است (طالبی و همکاران،۲۰۲۲)این سازه از جمله عواملی است که از بروز مشکلات روانی در میان افراد جلوگیری به عمل می‌آورد و آن‌ها را از بروز اثرات روانی رویدادهای مشکل‌زا در امان نگاه می‌دارد (فریتز[7] و همکاران، ۲۰۱۸). تاب‌آوری به عنوان منبعی برای تسهیل غلبه بر مصائب، مشکلات، مقاومت در برابر تنش و از بین بردن اثرات روانی آن‌ها تعریف شده است (مام‌شریفی و همکاران، ۲۰۲۲). بنا بر نظر مالدینگ و همکاران، مشخصه ذاتی و درونی تاب آوری، خود شکوفایی است و افراد تاب آور از قدرت درونی و جهت گیری مشخص در زندگی بر خوردار بوده و در ارتباط با دیگران نقش حمایت گرانه ایفا می‌کنند (رشادی و همکاران،۲۰۲۰). در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه –بیش فعالی به دلیل ویژگی‌هایی که این اختلال دارد، نمی‌توانند برای خیلی از مسائل صبور باشند و در نتیجه از کمبود تاب‌آوری رنج می‌برند. فریبر[8] و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش خود بیان کردند که ارتباط قوی بین اختلال نقص توجه بیش فعالی و سطوح پایین تاب‌آوری وجود دارد.

مطالعات نشان داده‌اند که مشکلات مربوط به علائم نارسایی توجه –بیش فعالی در سال‌های ابتدایی زندگی و اغلب در دوران سنین تحولی کودکان اتفاق می‌افتد و یکی از متغیرهایی که می‌تواند نقش مهمی در این اختلال داشته باشد، دلبستگی است (غایرین و همکاران، ۲۰۲۱).نظریه پرداز اصلی دلبستگی، جان بالبی بر اساس مشاهده ویژگی های روابط مادر- کودک در موقعیت های مختلف و با استفاده از دست آورد های کردار شناسی و روان تحلیل گری ؛ نظریه های یادگیری و روانپزشکی به این نتیجه رسد که پیوندهای مادر(مراقب)- کودک مسئول تنظیم تجربه های عاطفی و رفتاری کودک هستند(شوکت پور و همکاران،(۲۰۲۳). نظریه دلبستگی، امکان ارائه چشم‌اندازی مهم را برای تشخیص عواملی که در شروع و تداوم نارسایی توجه –بیش فعالی تأثیرگذار هستند، فراهم می‌کند (استروبو[9]، ۲۰۱۶). منظور از دلبستگی، کیفیت رابطه بوده که بالبی آن را با توجه به تعریف دلبستگی و همچنین و همکاران کیفیت روابط بین مادر و کودک به سبک‌های دلبستگی تعبیر کرده است (کوناک[10] و همکاران، ۲۰۱۶). به عبارت دیگر

1 Vávrová & Gavora
2 Hall & Fong
3 Travis & Bunde
4 Resilience
5 Regalla
6 Gerino
7 Fritz
8 Freire
9 Storebo
10 konok

[Downloaded from jeche.ir on 2025-08-01]
[DOI: 10.32592/jeche.4.4.103]

دلبستگی را می‌توان یک الگوی رفتاری خاص در نظر گرفت که در اکثر جوامع برای رشد سالم اهمیت حیاتی دارد و زمانی دلبستگی مطلوب به وجود می‌آید که در سال اول زندگی کیفیتی متقابل و خوشایند بین کودک و مادر یا (نگهدارنده) شکل گرفته و این رابطه گرم، صمیمانه و پایا بین کودک و مادر است که برای هر دو رضایت‌بخش و مایه خوشی است و دارای سه سبک ایمن، اجتنابی و مضطرب است (جونز[1] و همکاران، ۲۰۱۸)؛ که هر کدام به طریقی بر افراد تأثیر دارد. هر کدام از سبک‌های مذکور نوعی از رابطه فرد با دیگران را نشان می‌دهد که در سبک ایمن این رابطه به شکل برقراری ارتباط آسان و متقابل با دیگر افراد بوده و علاوه بر اینکه بدون ترس به دیگران تکیه می‌کنند، اجازه می‌دهند که دیگران نیز به آن‌ها تکیه کنند اما سبک اجتنابی کاملاً در نقطه مقابل سبک ایمن قرار دارد و نه‌تنها ارتباط برای فرد آسان نیست و نمی‌تواند به دیگران تکیه کند و از طرفی نمی‌تواند تکیه‌گاهی نیز برای دیگران باشد و از نزدیک شدن دیگران به خود دچار ترس یا عصبانیت می‌شود (هینز[2] و همکاران، ۲۰۱۸). در نهایت نیز سبک مضطرب قرار دارد که احساس منفی و نگرانی بابت نزدیک شدن دیگران به خود دارند چراکه حس می‌کنند دیگران از ایجاد این ارتباط ناراضی هستند (منون[3] و همکاران، ۲۰۱۸).

بنابراین یکی از روان‌درمانی‌هایی که می‌تواند در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه –بیش فعالی اثربخشی مثبتی با توجه با ماهیتش داشته باشد، بازی درمانی با رویکرد دلبستگی است (کار[4] و همکاران، ۲۰۲۰). دلبستگی از گذشته متضمن رفتارهای خودتنظیمی در رشد طبیعی بوده است و برای رشد سالم و خودآگاهی؛ ضروری است که نیازهای هیجانی و زیستی کودک به‌درستی پاسخ داده شود (اسعدی طهرانی و همکاران، ۲۰۲۰). فرض اصلی این روش تغییر دیدگاه کودک نسبت به خود با تعامل چهره به چهره به شیوه‌ای مثبت پاسخده و لذت بخش بوده و الگوی، آن تعامل سالم و تنظیم شده بین کودک و والدین است. هدف این روش تسهیل دلبستگی تغییرات مثبت در مدل‌های درونکاری کودک از خود و انتظار وی از والدین و در نهایت نیرومندی و سلامت خانواده است. در این روش همسو با برقراری رابطه‌ای ایمن و مشارکتی با والدین به آن‌ها کمک می‌شود تجربیات و نگرش‌هایی را که می‌تواند مانع پاسخ حساس به نیازهای کودک شود، درک و شناسایی کنند. همچنین از طریق، بحث مشاهده و نقش بازی کردن به والدین کمک می‌شود درک و همدلی بیشتری نسبت به کودک داشته باشند (تاباچنیک[5] و همکاران، ۲۰۱۹).

به طور کلی، اختلال نارسایی توجه –بیش فعالی یکی از اختلالاتی است که شیوع فراوانی در کودکی دارد و متأسفانه این اختلال خاص کودکان نیست و می‌تواند به دوران بزرگسالی نیز کشیده شود و بزرگسالان نیز دارای این اختلال باشند (شولتز-ژچیوا[6] و همکاران،۲۰۱۹). اختلال نارسایی توجه بیش فعالی اختلال عصب تحولی بسیار شایع در دوران کودکی است که اگر تدابیر لازم اندیشیده نشود، مشکلات به صورت جدی تر به بزرگسالی کشیده خواهد شد. در این رابطه، جست و جوی درمان‌های مختلف و مؤثر در دستور کار روانشناسان و روان پزشکان قرار گرفته است. در این راستا، تا به حال پژوهشی که تأثیر بازی درمانی با رویکرد دلبستگی محور را بر روی مشکلات روانشناختی دانش‌آموزان با نارسایی توجه –بیش فعالی مورد بررسی قرار دهد، انجام نشده است. بنابر موارد ذکر شده، پژوهش حاضر درصدد یافتن پاسخ به این سؤال است که آیا بازی درمانی با رویکرد دلبستگی بر خودتنظیمی و تاب‌آوری دانش‌آموزان پسربا نارسایی توجه –بیش فعالی شهر تهران اثربخش است؟

روش پژوهش

1 Jones
2 Heinze
3 Menon
4 Carr
5 Tabachnick
6 Schulz-Zhecheva

[Downloaded from jeche.ir on 2025-08-01]
[DOI: 10.32592/jeche.4.4.103]

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی بوده که از نوع نیمه آزمایشی دارای پیش آزمون- پس آزمون و گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضرشامل تمام دانش آموزان پسر 9تا ۱۱ ساله دوره ابتدایی دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ که به دلیل داشتن نشانه های اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی به مراکز مشاوره و روانشناسی مراجعه کردند، می باشند. بعد از جلب رضایت والدین، در جلسه ای توجیهی برای آنها، ضمن تشریح اهداف پژوهش از آنها خواسته شد تا رضایت نامه کتبی جهت شرکت فرزندان خود در پژوهش را تکمیل نمایند و همچنین پرسشنامه کانرزمیان والدین دانش آموزان اجرا شد.در ضمن به والدین دانش آموزان شرکت کننده در این پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات پرسشنامه ها و نام دانش آموزان به صورت محرمانه حفظ می شود و نتایج حاصل از پژوهش، در سطح کلی به منظور حفظ اسرارشخصی و عدم تجاوز به حریم شخصی افراد گزارش می شود تا برای پیش برد اهداف تعلیم و تربیت در اختیار روانشناسان ومتخصصان آموزش و پرورش استثنایی و مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی واجد شرایط قرار گیرد.در مرحله بعد دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی که تشخیص آنها بر اساس ملاک های DSM5 بود و توسط روانشناس انتخاب شده بودند به پرسشنامه تاب آوری و خود تنظیمی پاسخ دادند. با توجه به ماهیت پژوهش نمونه آماری به روش نمونه گیری هدفمند به تعداد ۴۰ نفر انتخاب شدند و با روش تصادفی ساده در گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت درمان بازی درمانی دلبستگی محورقرار گرفتند و گروه گواه بدون درمان بودند اما به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهش این مداخلات را دریافت خواهند نمود.بعد از اتمام جلسات، از گروه‌های آزمایشی و کنترل در شرایط یکسان پس‌آزمون به عمل آمد. دو ماه پس از اجرای پس آزمون، مرحله پیگیری بر روی دو گروه انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیری در نرم‌افزار کامپیوتری SPSS-27 انجام شد و برای رعایت قوانین اخلاقی در پایان پروسه اجرای پژوهش برای گروه گواه جلسات مداخله بازی درمانی با رویکرد دلبستگی برگزار شد.ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت نامه حضور در پژوهش، کسب نمره پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه تاب آوری و خود تنظیمی، قبلا در جلسات روان درمانی شرکت نکرده باشند، داروی ریتالین مصرف نکنند و عدم غیبت بیش از دو جلسه را داشتند و ملاک‌های خروج شامل سابقه مصرف داروی روان پزشکی، عدم رضایت از ادامه همکاری و بی پاسخ گذاشتن برخی سؤالات پرسشنامه بود

ابزارهای پژوهش

۱. **پرسشنامه کانرز فرم والدین** [1]. در این مطالعه، برای بررسی نشانه های اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی کودکان، از فرم والدپرسشنامه کانرز استفاده شد این پرسشنامه در اغلب نقاط دنیا به عنوان رایجترین ابزار غربالگری و تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش فعالی مورد استفاده قرار گرفته است(سروش بخشی) همچنین ابزار مناسبی برای سنجش شدت نشانه های آن به شمار میرود(کانرز و همکاران،۱۹۹۸) این پرسشنامه توسط کانرز در سال ۱۹۶۰ ساخته شده است ونتیجه مطالعات ۳۰ ساله کانرز بر رفتارهای کودکان و بزرگسالان است که شامل ۴۸ سؤال می‌باشد و پنج زیرمقیاس: سلوک، روان‌تنی- تکانشگری، بیش‌فعالی- نقص توجه، اضطراب و مشکلات یادگیری را مورد سنجش قرار می‌دهد.این مقیاس ابتدا به منظور ارزیابی تاثیر داروهای محرک روی کودکان بیش فعال و جهت مقایسه آنها از کودکان عادی ساخته شد. . نمرات هر سوال ازصفر (اصلا درست نیست) یک (کمی درست است) دو (غالبا درست است) و سه (کاملا درست است) متغیر است(کانرز[2] و همکاران، ۱۹۹۸).در مطالعه ای که در ایران توسط خوشابی و همکارانش (۲۰۰۲) بر روی ۲۶۶۷ کودک دختر و پسر ۷ تا ۱۲ ساله انجام شد، با استفاده از دو روش

1 Conner’s parents rating of childhood behavior problems-CPRS-R
2 Conners

[Downloaded from jeche.ir on 2025-08-01]
[DOI: 10.32592/jeche.4.4.103]

همبستگی پیرسون و آلفای کرونباخ همبستگی هر سؤال با کل تست و نیز اعتبار تست (a=۰/۹۳) ارزیابی شد؛ بنابراین اعتبار بالای پرسشنامه می تواند بیانگر ایــن باشد که این ابزار خصیصه های اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی بالا اندازه گیری می کند. در مطالعه مذکور، میانگین معادل ۲۱/۴۲و انحراف استاندارد ۱۶/۳۸برای پرسشنامه کانرز به دست آمد. با توجه به میانگین و انحراف استاندارد در می یابیم که حداکثر نمره ای که یک کودک بدون مشکل رفتاری ممکن است کسب کند 16/38+21/42=38 می باشد. همچنین فرمند و همکاران (۲۰۰۶) مطابق نظر کروتنبرگر[1] و میر[2] بیان داشته اند که با مراجعه به پرسشنامه مقیاس والدین کانرز در می یابیم که کانرز نقطه برش خاصی را برای تعیین مشکلات با اهمیت بالینی پیشنهاد نکرده است. لذا در این پژوهش، نقطه برش ۶۰ جهت غربال کودکان دچار اختلال نقص توجه/ بیشفعالی با استناد به مطالعه خوشابی در نظر گرفته شد.

۲. پرسشنامه راهبرهای یادگیری خودتنظیمی[3]: پرسشنامه توسط پینتریچ و دیکروت[4] (۱۹۹۰) ساخته شده است و با ۴۷ عبارت در دو بخش باورهای انگیزشی وراهبردهای یادگیری خودتنظیمی تنظیم شده است. خرده مقیاس راهبردهای یادگیری خودتنظیمی شامل ۲۲ عبارت بوده و سه وجه از خودتنظیمی(راهبر دهای شناختی، فراشناختی و مدیریت منابع) را می سنجد که در این پژوهش فقط سوالات خودتنظیمی مورد استفاده قرار گرفت. نمره گذاری پرسشنامه به صورت پنج گزینه ای لیکرت بوده و بالاترین نمره ۱۱۰ و پایین ترین نمره ۲۲ است .پینتریچ و دیگروت (۱۹۹۰) در بررسی روایی آن با استفاده از روش تحلیل برای مقیاس باورهای انگیزشی سه عامل خوکارآمدی، ارزش گذاری درونی واضطراب امتحان و برای مقیاس راهبردهای یادگیری خودتنظیمی سه عامل استفاده از راهبر دهای شناختی وفراشناختی ومدیریت منابع را بدست آوردند وضرایب پایایی خرده مقیاس های خوکارآمدی،ارزش گذاری درونی، اضطراب امتحان و استفاده از راهبر دهای شناختی وفراشناختی را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۷، ۰/۷۵، ۰/۸۳، ۰/۷۴، تعیین کردند.موسوی نژاد(۱۹۹۸) ، نیز برای بررسی روایی این پرسشنامه از روش روایی محتوایی وتحلیل عاملی استفاده کرده و سه عامل راهبرهای شناختی سطح پایین، راهبردهای شناختی سطح بالا و خودنظم دهی فراشناختی را استخراج کرد.همچنین حافظی و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهش خود به منظور بررسی روایی ابزراهای مورد استفاده از روش روایی هم گرا استفاده کردند و ضرایب همبستگی بین مقیاس و خرده مقیاس های پرسشنامه های راهبرهای یادگیری خودتنظیمی،مقیاس یادگیری خودتنظیمی[5]،پرسشنامه اضطراب امتحان[6] وانگیزه پیشرفت تحصیلی هرمنس[7] روی نمونه اعتباریابی[8] مورد محاسبه قرارگرفت. شواهد به دست آمده از مناسب بودن روایی ابزارهای اندازه گیری حمایت می کنند. البرزی وسامانی(۲۰۰۰) ضریب پایایی این پرسشنامه را ۰/۷۶ گزارش کردند.رضویه و همکاران(۲۰۰۷)،ضریب پایایی این آزمون را روی یک گروه ۳۰ نفری در فاصله زمانی یک ماه، ۰/۸۳براورد کردند.خورسندی وهمکاران (۲۰۱۱)، در پژوهش خود میزان آلفای کرونباخ ابرای کل آزمون ۰/۹۰ وبرای هر یک از خرده آزمون ها در دامنه ای از ۰/۶۸ تا ۰/۸۷ به دست آوردند. براساس نمونه

1 Kronenberger
2 Meyer
3 Motivated strategies learning questionnaire(MSLQ)
4 Pintrich& Digroth
5 Self-regulated learning scale(SRLS)
6 Test anxiety inventory(TAI)
7 Academic achievement motivation test(AMT)
8 Validation sample

[Downloaded from jeche.ir on 2025-08-01]
[DOI: 10.32592/jeche.4.4.103]

موجود در تحقیق بیجرانو (۲۰۰۷)، آلفای کرونباخ مقیاس های فرعی در دامنه ای بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۴ به دست آمد. هم چنین موسوی نژاد(۱۹۹۸)، برای تعیین پایایی عوامل پرسشنامه به ترتیب ضرایب آلفای ۰/۹۸، ۰/۷۹ و۰/۸۴ را گزارش نمود

۳. مقیاس توانمندی های اجتماعی –هیجانی و تاب آوری(SEARS)[1]: این مقیاس توسط مرل[2] در سال ۲۰۱۱ برای ارزیابی ویژگی ها و مهارت های اجتماعی –هیجانی مثبت کودکان طراحی شد و ۵۲ سوال و ۴ زیر مقیاس دارد که خودتنظیمی با سوال های ۴، ۱۴، ۱۸، ۲۰ ،۲۱ ، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۳۰، ۳۵، ۳۶، ۳۸، ۳۸، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۵، ۴۶، ۴۸؛ توانمندی های اجتماعی با سوال های ۱، ۵ ، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۶ ، ۲۲، ۲۸؛ همدلی با سوال های ۲، ۳، ۹، ،۱۹، ۲۶، ۵۱ و مسئولیت پذیری با سوال های ۱۱، ۱۷، ۲۹، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴ ۳۷، ۳۹، ۴۴، ۴۷ ،۴۹، ۵۰، ۵۲ ؛سنجیده می شود.برای نمره گذاری از یک مقیاس چهارگانه از ۰(هرگز) تا ۳(تقریبا همیشه) استفاده می کند (دورنر[3] و همکاران، ۲۰۱۱). دورنر و همکاران(۲۰۱۱) این پرسشنامه را درمورد ۱۴۰۰ کودک نوجوان اجرا و ضرایب پایایی آزمون –بازآزمون را برای نسخه کودک۰/۸۱ و روایی این پرسشنامه آن را در موردگروه واحد در دوزمان مختلف اجرا کرد و روایی و اعتبار آن را به دست آورد.ضریب اعتبار درونی یعنی آلفای کرونباخ همه زیر مقیاس ها را ۰/۷۸ و همچنین با روش آزمون-بازآزمون،طی دوبار اجرا به فاصله یک ماه ضرایب همبستگی برای زیرمقیاس های خودتنظیمی را ۰/۷۷، توانمندی اجتماعی را ۰/۸۳، همدلی را ۰/۷۶و مسئولیت پذیری را ۰/۸۹ گزارش کرد.در پژوهشی که توسط حسینی یزدی (۲۰۱۴) صورت گرفت، میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۹ بدست آمد. همه سوالات در جهت تاب آوری بیشتر نمره گذاری می شوند. بدین معنا که نمره بالاتر در این آزمون نشان دهنده تاب آور بودن کودک و نمرات پایین‌تر نشانگر تاب آوری ضعیف در کودک می باشد. نمره کل عبارت است از تعداد پاسخ هایی که در جهت مثبت نمره گرفته اند. دامنه ممکن برای نمره کل از ۰ تا ۱۵۶ می باشد. در مطالعه حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامهٔ تاب‌آوری از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برابر ۰/۸۶ به دست آمده است.

معرفی برنامه مداخله‌ای

روش مداخله این پژوهش بر اصول بازی درمانی دلبستگی محور که یک مداخلهٔ کوتاه مدت و مبتنی بر دلبستگی است صورت گرفته است. اصول آن مبتنی بر نظریهٔ دلبستگی و تعامل واکنشی، هماهنگ و همدلانه بین مراقب و کودک می باشد و شامل ده جلسه مداخله به صورت هفته ای یکبار به مدت یکساعت توسط آزمونگر به صورت انفرادی بر روی آزمودنی ها اجرا می شود. در هرجلسه براساس اصول بازی درمانی، تکالیف و بازی هایی برای مادر و کودک طراحی شده و آموزش هایی برای افزایش بینش و حساسیت مادرانه داده می شد و در خانه به کار گرفته می شد. هدف بازی درمانی دلبستگی محور بهبود دلبستگی، افزایش خود تنظیمی، تقویت اعتماد،مشارکت همراه با شادی و توانمندسازی والدین برای ایجاد و حفظ تعامل مطلوب با فرزندان خود در طی جلسه های درمان است (بوث و جرنبرگ، ۲۰۱۰) و همچنین درک و پذیرش دنیای عاطفی کودک، کسب نگرشی واقع بینانه و صبورانه نسبت به خود و کودک، افزایش بینش و آگاهی والدین نسبت به خود در ارتباط با کودک، یادگیری مت های بازی درمانی کودک محور و چگونگی ایجاد جوی غیر قضاوتی، پذیرنده و همراه با درک متقابل برای کودک ونهایتاً کمک به والدین برای لذّت بردن از نقش والدینی است(لندرث، ۲۰۰۶).خلاصه ای از جلسات در جدول ۱ مطرح شده است.

1 Social-emotional assets and resilience scale (SEARS)
2 Merrell
3 Doerner

[Downloaded from jeche.ir on 2025-08-01]
[DOI: 10.32592/jeche.4.4.103]

جدول ۱. پروتکل بازی‌درمانی دلبستگی محور

جلسات	موضوع جلسات
جلسه اول	هدف: معارفه و بیان نکات آموزشی محتوا: معارفه ، توضیح در مورد اهداف آموزش بازی‌درمانی و مفاهیم ضروری آن، آموزش شیوه پاسخگویی انعکاسی رفتار مورد نظر و تکالیف: تمرین پاسخگویی انعکاسی
جلسه دوم	هدف: تسهیل ارتباط بین اعضا و افزایش مشارکت بیان اصول اساسی جلسات بازی محتوا: بیان اصول اساسی جلسات بازی (معرفی مجموعه اسباب بازی‌های مورد نیاز، انتخاب زمان و مکان مناسب برای جلسات) نگرش همراهی با کودک رفتار مورد انتظار و تکالیف: تهیه اسباب بازی‌های مورد نیاز، انتخاب زمان و مکان مناسب، یک دقیقه در آغوش گرفتن کودک.
جلسه سوم	هدف: بیان باید و نبایدهای جلسه بازی محتوا: بیان باید و نبایدهای جلسه بازی، بیان و تمرین مراحل جلسه بازی، ایفای نقش توسط والدین. رفتار مورد انتظار و تکالیف: ۳۰ دقیقه بازی، اجرای باید و نبایدهای جلسات بازی، کارت تعیین وقت جلسه بازی والدین و کودک
جلسه چهارم و پنجم	هدف: بیان دستورالعمل‌های شیوه تعیین محدودیت محتوا: بیان اصول تعیین محدودیت و مراحل آن (پذیرش احساسات، صحبت در مورد تعیین حدود تعیین انتخاب‌های تعیین حدود) رفتار مورد انتظار و تکالیف: ۳۰ دقیقه بازی تمرین روش محدودیت گذاری، یادداشت‌های والدین از جلسه بازی
جلسه ششم	هدف: ارائه حق انتخاب، بیان مشکلات رایج در جلسات بازی. محتوا: ارائه حق انتخاب، آموزش مسئولیت‌پذیری، شرح مشکلاتی که ممکن است در طی جلسه بازی اتفاق بیافتد. رفتار مورد انتظار و تکالیف: ۳۰ دقیقه بازی تمرین ارائه حق انتخاب و مسئولیت‌پذیری، تکمیل فهرست مربوط به مهارت‌های بازی منزل
جلسه هفتم	هدف: ایجاد و تقویت عزت‌نفس محتوا: مرور تکالیف جلسه قبل، بیان پاسخ‌های ایجادکننده عزت‌نفس در کودک، ایجاد و بهبود احساس شایستگی در کودک رفتار مورد انتظار و تکالیف: ۳۰ دقیقه بازی، پر کردن جدول ویژگی‌های شخصیتی کودک تمرین مهارت‌های بازی در منزل
جلسه هشتم	هدف: تشویق به جای تعریف و تمجید محتوا و تکالیف: مرور جلسه قبل، پاسخ به سؤالات والدین، بیان تفاوت تشویق با تعریف و تمجید تمرین عبارت‌های تشویقی رفتار مورد انتظار و تکالیف: ۳۰ دقیقه بازی، تکمیل برگه‌های تمرین مهارت‌های تشویق در مقابل تمجید
جلسه نهم	هدف: استفاده از مهارت‌ها در خارج از جلسات بازی، تعیین محدودیت‌های پیشرفته محتوا: تعمیم مهارت‌ها و تعیین محدودیت‌ها به خارج از جلسه، تعیین محدودیت پیشرفته حق انتخاب دادن به عنوان نتیجه نافرمانی و سرپیچی

[Downloaded from jeche.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.32592/jeche.4.4.103]

	رفتار مورد انتظار و تکالیف: ۳۰ دقیقه بازی، یادداشت‌های والدین جلسات بازی فهرست مهارت‌های به کار گرفته شده در جلسه بازی
جلسه دهم	هدف: فرایند اختتام دوره آموزشی محتوا: مرور مطالب و نکات کلیدی در ۹ جلسه گذشته، منابع پیشنهادی برای والدین برای مطالعه بیشتر، تصمیم‌گیری در مورد زمان مناسب جلسات پیگیری، بیان اهمیت ادامه دادن جلسات بازی رفتار مورد انتظار، تهیه فهرست نکات مهم و سایر موارد و تصمیم‌گیری درباره ادامه جلسات در صورت نیاز.

یافته‌ها

در ادامه، میانگین، انحراف معیار و آزمون کولموگروف- اسمیرونوف[1] برای متغیرهای خودتنظیمی و تاب‌آوری آورده شده است.

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار و آزمون کولموگروف- اسمیرونوف برای متغیرهای خودتنظیمی و تاب‌آوری

متغیرها	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	آماره	سطح معنی داری
خودتنظیمی	آزمایش	پیش آزمون	۴۲/۸۰	۵/۱۳	۰/۱۶۶	۰/۱۵۳
		پس آزمون	۷۱/۴۰	۷/۸۲	۰/۱۵۵	۰/۲۰۰
		پیگیری	۷۳/۲۰	۷/۳۳	۰/۱۳۷	۰/۲۰۰
	کنترل	پیش آزمون	۴۳/۶۵	۶/۴۵	۰/۱۸۳	۰/۰۷۸
		پس آزمون	۴۷/۴۰	۶/۰۳	۰/۱۵۵	۰/۲۰۰
		پیگیری	۴۶/۰۵	۶/۸۷	۰/۱۴۲	۰/۲۰۰
تاب‌آوری	آزمایش	پیش آزمون	۵۰/۲۵	۹/۵۹	۰/۱۱۰	۰/۲۰۰
		پس آزمون	۹۲/۱۰	۸/۲۲	۰/۱۶۵	۰/۱۵۶
		پیگیری	۹۲/۳۰	۷/۸۹	۰/۱۷۷	۰/۱۴۵
	کنترل	پیش آزمون	۴۹/۰۵	۵/۲۱	۰/۱۰۳	۰/۲۰۰
		پس آزمون	۵۱/۲۰	۷/۵۳	۰/۱۸۵	۰/۰۷۰
		پیگیری	۵۱/۹۰	۱۲/۹۰	۰/۲۰۶	۰/۰۶۸

با توجه به جدول ۲، میانگین متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایشی در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون تغییر یافته است؛ اما در گروه کنترل، تغییرات محسوسی مشاهده نمی‌شود. بنابراین، به منظور بررسی معناداری تفاوت‌ها بین دو گروه از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش فرض‌های آن بررسی شدند. در ابتدا از نبود داده‌های پرت تأثیرگذار در متغیرهای پژوهش، باتوجه به شاخص آزمون کولموگروف- اسمیرونوف در جدول ۲ اطمینان کسب شد. لذا پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برای انجام تحلیل کوواریانس برقرار است. همچنین، برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها (جهت یکسان بودن واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل) از آزمون لوین[2] استفاده شد که در متغیر خودتنظیمی (F=۰/۰۹۱ و p=۰/۷۶۵) و متغیر تاب‌آوری (F=۰/۱۶۲ و p=۰/۶۹۰)؛ نتایج آزمون ام باکس[3] (p=۰/۲۰۵، F=۱/۵۲۶ و ۴/۸۵۵

1 Kolmogorov -Smironov test
2 Levine test
3 Box's M test

[Downloaded from jeche.ir on 2025-08-01]
[DOI: 10.32592/jeche.4.4.103]

(Box’s= به دست آمد. همچنین، به منظور بررسی مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون در متغیر خودتنظیمی (F=۰/۹۷۰ و p=۰/۳۸۹) و متغیر تاب‌آوری (F=۱/۹۸۸ و p=۰/۱۵۲) به دست آمد. باتوجه به نتایج، می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کرد. در ادامه برای مقایسه گروه‌های آزمایشی و کنترل بر اساس نمره‌های پس‌آزمون‌ها، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، جهت تعیین تأثیر مداخله بازی درمانی با رویکرد دلبستگی بر خودتنظیمی و تاب‌آوری در دانش‌آموزان با نارسایی توجه –بیش فعالی از تحلیل کوواریانس تک متغیری[1] استفاده شده است، نتایج مرحله پس آزمون در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری روی نمره‌های پس‌آزمون خودتنظیمی و تاب‌آوری

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
خودتنظیمی	۵۷۶۳/۷۲	۱	۵۷۶۳/۷۲	۲۳۶/۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶	۱
تاب‌آوری	۱۵۶۰۳/۸۴	۱	۱۵۶۰۳/۸۴	۴۲۶/۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲	۱

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد، با توجه به اندازه اثر[2] محاسبه شده، ۸۶ درصد در متغیر خودتنظیمی و ۹۲ درصد در متغیر تاب‌آوری از کل واریانس‌های گروه آزمایشی و کنترل ناشی از اثر متغیر مستقل (بازی درمانی با رویکرد دلبستگی) است. توان آماری آزمون برابر ۱ است که دلالت بر کفایت حجم نمونه می‌باشد. بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون خودتنظیمی پس از حذف اثر پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد (Eta=۰/۸۶ ؛ F= ۲۳۶/۲۳؛ P<۰/۰۱). بنابراین می‌توان گفت بازی درمانی با رویکرد دلبستگی بر بهبود خودتنظیمی مؤثر است. همچنین، بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون تاب‌آوری پس از حذف اثر پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد (Eta=۰/۹۲ ؛ F= ۴۲۶/۹۱ ؛ P<۰/۰۱). بنابراین می‌توان گفت بازی درمانی با رویکرد دلبستگی بر بهبود تاب‌آوری مؤثر است. در ادامه در جدول ۴، نتایج مرحله پیگیری ارائه شده است.

جدول ٤: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری روی نمره‌های پیگیری خودتنظیمی و تاب‌آوری

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
خودتنظیمی	۷۳۷۳/۴۱	۱	۷۳۷۳/۴۱	۳۳۷/۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰	۱
تاب‌آوری	۱۵۶۰۳/۱۹	۱	۱۵۶۰۳/۱۹	۱۹۳/۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴	۱

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد، با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۹۰ درصد در متغیر خودتنظیمی و ۸۴ درصد در متغیر تاب‌آوری از کل واریانس‌های گروه آزمایشی و کنترل ناشی از اثر متغیر مستقل (بازی درمانی با رویکرد دلبستگی) است. توان آماری آزمون برابر ۱ است که دلالت بر کفایت حجم نمونه می‌باشد. بین میانگین نمرات پیش آزمون و پیگیری خودتنظیمی پس از حذف اثر پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد (Eta=۰/۰۷ ؛ F= ۳۳۷/۶۷ ؛ P<۰/۰۱). بنابراین می‌توان گفت بازی درمانی با رویکرد دلبستگی بر بهبود خودتنظیمی در مرحله پیگیری مؤثر است. همچنین، بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس

1 Univariate analysis of covariance
2 Effect size

[Downloaded from jeche.ir on 2025-08-01]
[DOI: 10.32592/jeche.4.4.103]

آزمون تاب‌آوری پس از حذف اثر پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد (Eta=۰/۸۴ ؛ F= ۱۹۳/۵۰ ؛ P<۰/۰۱). بنابراین می‌توان گفت بازی درمانی با رویکرد دلبستگی بر بهبود تاب‌آوری در مرحله پیگیری مؤثر است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی بازی درمانی با رویکرد دلبستگی بر خودتنظیمی و تاب‌آوری در دانش‌آموزان پسر با نارسایی توجه –بیش فعالی شهر تهران انجام شد. نتایج نشان داد بازی درمانی با رویکرد دلبستگی بر بهبود خودتنظیمی و تاب‌آوری مؤثر است و این نتایج تا مرحله پیگیری تداوم داشت. یافته اول نشان داد بازی درمانی با رویکرد دلبستگی بر بهبود خودتنظیمی در مراحل پس آزمون و پیگیری اثربخش است. این یافته با نتایج پژوهش‌های شوکت پور و همکاران (۲۰۲۳)، اخوان و همکاران (۲۰۲۲) هماهنگ و همسو است. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت، حساسیت و پاسخ دهی مراقب اولیه به حالت‌های هیجانی کودک تعیین کننده اصلی روش یادگیری روش تنظیم عواطف و رابطه با دیگران است. شواهد نشان می‌دهد که نوزادان پس از سه ماهگی نسبت به دریافت نشانه‌های بیرونی از جمله پاسخ‌های چهره‌ای-آوایی مراقب، حساسیت و سوگیری پیدا می‌کنند. این نشانه‌ها نقش مهمی در آموزش تنظیم درماندگی‌ها و هیجانات کودک بازی می‌کنند. کودکان ایمن پاسخ دهی مناسب و بهینه ای از مراقب اصلی دریافت می‌کنند و می‌آموزند که ابراز صحیح هیجان‌ها پیامدهای مثبتی دارد. دلبستگی پیوند و رابطه بین فردی است و این ارتباط یک ارتباط عاطفی است و مسلم است که هیجان‌های مختلفی در این ارتباط درگیر خواهند بود و این ارتباط نسبتاً پایدار است، بنابراین با توجه به الگوهای پایدار درونی (بازنمایی ذهنی از خود و دیگران)، کیفیت این پیوند، حوزه‌های وسیعی از روابط بین فردی و درون فردی را در زمان حال و آینده تحت تأثیر قرار خواهد داد و تأثیر مستقیم بر خودتنظیمی فرد دارد (اخوان و همکاران، ۲۰۲۲). به طور کلی، روش تنظیم عواطف و رابطه با دیگران بر حسب حساسیت و پاسخ دهی مادر (یا کسانی که مراقب اولیه از کودک را برعهده دارند) به حالت‌های هیجانی کودک، شکل می‌یابد. کودکان نا ایمن پاسخدهی بهینه و منسجمی از مراقب اولیه تجربه نمی‌کنند و نمی‌آموزند که ابراز متعادل هیجان‌ها پیامدهای مثبتی دارند. بر این اساس، مراقبت نابسنده و ضعف و ناتوامندی در حساسیت و پاسخدهی مادرانه (والد اصلی) به الگوی رفتار دلبستگی نا ایمن (اجتنابی و دوسوگرا) منتهی می‌شود و مانع تحول مهارت‌های موثر تنظیم عواطف و شناخت‌ها می‌گردد (شوکت پور و همکاران، ۲۰۲۳). اختلال در خودتنظیمی، نارسائی و نقص مجموعه توانمندی‌های لازم برای خودتنظیمی و کنترل تکانه‌ها، سائق‌ها، انگیزه‌ها، افکار و اعمالی که مسئول طراحی و اجرای رفتار هستند، در افراد نا ایمن اجتنابی محصول این مراقبت نابسنده محسوب می‌شود. در واقع افراد نا ایمن، در مقایسه با ایمن‌ها سطوح پایین‌تری از عواطف مثبت را تجربه می‌کنند و در مدیریت استرس، اضطراب، افسردگی و سایر عواطف منفی ناتوانی نشان می‌دهند. جایگاه اصلی نمود این ناتوانی‌ها، نقص و نارسائی در درک، شناسایی و ابراز هیجان‌ها و عواطف است.

نتایج پژوهش همچنین، نشان داد که بازی درمانی با رویکرد دلبستگی بر بهبود تاب‌آوری در دانش‌آموزان با نارسایی توجه –بیش فعالی در مراحل پس آزمون و پیگیری مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های زینلی دهرجبی و عاشوری (۲۰۲۱)، طالبی و همکاران (۲۰۲۳) و رشادی و همکاران (۲۰۲۰) هماهنگ و همسوست. به طور کلی می‌توان اطمینان داشت که نقش بازی در تاب آوری مهم و اساسی است. زیرا بازی درمانی می‌تواند راهی برای دانش‌آموزان فراهم کند تا در نقش‌های نمادین بازی کنند

[Downloaded from jeche.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.32592/jeche.4.4.103]

و دریابند که چه اتفاقی افتاده، برنامه ریزی پیش رو آنها چیست و حل مشکل چگونه ممکن است، به این ترتیب امکان بررسی نتایج مختلف و دست یابی به حل مسئله، عملکرد شناختی، اعتماد به نفس و.. را فراهم می کند (طالبی و همکاران، ۲۰۲۳) و با توجه به اینکه حل مسئله از ویژگی‌های اصلی افراد تاب آور است. می‌توان پیش بینی کرد که بازی درمانی می‌تواند موجب بالا رفتن تاب آوری شود؛ بنابراین می‌توان گفت دانش‌آموزانی که این دوره مداخله بازی درمانی محور را دریافت کردند با بالا رفتن مهارت در حل مسئله و زمینه‌های خودتنظیمی، توانمندی اجتماعی، همدلی و مسئولیت پذیری توانسته اند تاب آوری خود را بهبود بخشند. در رویکرد دلبستگی به دانش‌آموزان کمک می‌شود تا احساسات خود را بیان کرده و ارتباطات سالم و عمیق با دیگران برقرار کنند و خودکنترلی بیشتری را در دانش‌آموزان با نارسایی توجه –بیش فعالی موجب می‌شود.

در پایان می‌بایست عنوان کرد که هر پژوهش با محدودیت‌هایی همراه است واز آنجایی که این پژوهش بر روی دانش‌آموزان پسر با نارسایی توجه –بیش فعالی شهر تهران انجام شده، در تعمیم نتایج به دانش‌آموزان دختر شهر تهران و در دیگر شهرها می‌بایست جنبه احتیاط را رعایت نمود. به طور کلی، بازی درمانی با رویکرد دلبستگی می‌تواند به عنوان یک روش مکمل در بهبود خودتنظیمی و تاب‌آوری دانش‌آموزان با نارسایی توجه / بیش فعالی مورد استفاده قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود برای تعمیم پذیری، در سطح پژوهشی، این پژوهش در سایز شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دانش آموزان دیگرمقاطع، جنسیت دیگر اجرا شود.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این پژوهش برگرفته از رساله مقطع دکترای روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی با شناسه اخلاق IR.IAU.AHVAZ.REC.1402.152 از دانشگاه آزاد اسلامی (واحد اهواز) است. جهت ملاحظات اخلاقی و حفظ هویت آزمودنی‌ها اطلاعات افراد به صورت کد ثبت شده است و کلیه اطلاعات آنها محرمانه است.

حامی مالی: این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه و سازمانی انجام‌شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: سهم تمام نویسندگان در انجام پژوهش برابر است.

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

تشکر و قدردانی: از تمام والدین و مربیانی که با وجود مشکلات فراوان در جهت انجام این پژوهش به ما یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌شود.

References

Agnew-Blais, J. C., Wertz, J., Arseneault, L., Belsky, D. W., Danese, A., Pingault, J. B., ... & Moffitt, T. E. (2022). Mother's and children's ADHD genetic risk, household chaos and children's ADHD symptoms: A gene–environment correlation study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *63*(10), 1153-1163.

Akhavan, S., Abedi, A., & Jabalameli, S. (2022). The Effectiveness of Play Therapy Based on Parent-Child Relationship with a Filial Approach on Emotional Self-Regulation of Primary School Children with Sluggish Cognitive Tempo. Psychology of Exceptional Individuals, 12(45), 54-62. [Persian].

Alborzi, S. Samani, S. (2000). Investigation and comparison of critical beliefs and self-regulation strategies for learning among male and female middle school students of gifted centers in Shiraz.Journal of social and human sciences of Shiraz University. The 15th Tour, No. 1, Hayes consecutive 29) [Persian].

Alizadeh, H. Kaveh, M. Hakimi Rad, A (2017). Treatment of attention deficit/hyperactivity disorder (educational strategies). Tehran: Arsbaran.

[Downloaded from jeche.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.32592/jeche.4.4.103]

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association.

Apter, A., Brown, S. L., Korn, M. L., & Van Praag, H. M. (2023). Psychiatric disorders of childhood: The role of serotonin. In *Role Of Serotonin In Psychiatric Disorders* (pp. 215-238). Routledge.

Assadi Tehrani, L., Salehi, M., AmiriMajd, M., BaghdaSarians, A., & Farookhi, N. (2020). Developing a Structural Model of Eating Behaviors Based on Emotional Adaptation and Attachment Styles Anxiety with the Mediating Role of feelings of loneliness in Students. medical journal of mashhad university of medical sciences, 62(5.1), 439-450. [Persian].

Bidjerano, T. & Yun Dai, D. (2007). The relationship between the bigfive model of personality and selfregulated

Carr, A. W., Bean, R. A., & Nelson, K. F. (2020). Childhood attention-deficit hyperactivity disorder: Family therapy from an attachment based perspective. *Children and Youth Services Review*, *119*, 105666.

Cibrian, F. L., Lakes, K. D., Schuck, S. E., & Hayes, G. R. (2022). The potential for emerging technologies to support self-regulation in children with ADHD: A literature review. *International Journal of Child-Computer Interaction*, *31*, 100421.

Cipriano, C., Naples, L. H., Eveleigh, A., Cook, A., Funaro, M., Cassidy, C., ... & Rappolt-Schlichtmann, G. (2023). A systematic review of student disability and race representation in universal school-based social and emotional learning interventions for elementary school students. *Review of Educational Research*, *93*(1), 73-102.

Conners CK, Sitarenios G, Parker JD, Epstein JN. (1998) The revised Conners Parent Rating Scal (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. J Abnorm Child Psychol; 26 (4): 257-268.

Farmand A.(2006). Usefulness of Combined Treatment: group program of positive parental style effectiveness and pharmacotherapy on symptoms and parental style of 3-12 years children with ADHD in comparison with only one of them. Tehran: University of Welfare and Rehabilitation ;: 81-82. (in Persian)

Freire, J. V. C., Cerqueira, R. A., Sousa, D. F., Novaes, J. F. A., Farias, T. M., & Cal, S. F. M. (2021). Resilience and ADHD: What is new? *Research Trends and Challenges in Medical Science*, *9*, 1-15.

Fritz, J., de Graaff, A. M., Caisley, H., van Harmelen, A. L., & Wilkinson, P. O. (2018). A Systematic Review of Amenable Resilience Factors That Moderate and/or Mediate the Relationship Between Childhood Adversity and Mental Health in Young People. *Frontiers in psychiatry*, *9*, 230.

Gerino, E., Rollè, L., Sechi, C., & Brustia, P. (2017). Loneliness, Resilience, Mental Health, and Quality of Life in Old Age: A Structural Equation Model. *Frontiers in psychology*, *8*, 2003.

Ghayerin, E., Nasirian, F., Emadi chashmi, J., Nejati, V. (2021). A review of the relationship between attachment style and reflective functioning with symptoms of attention deficit-hyperactivity disorder. Rooyesh, 9(9):177-184. [Persian].

Hafizi, F., Iftikhar, Z. & Seidenjad, M. (2011) Comparison of motivational beliefs, self-regulated

Hall, P. A., & Fong, G. T. (2007). Temporal self-regulation theory: A model for individual health behavior. *Health Psychology Review*, *1*(1), 6-52.

Heinze, J. E., Cook, S. H., Wood, E. P., Dumadag, A. C., & Zimmerman, M. A. (2018). Friendship attachment style moderates the effect of adolescent exposure to violence on emerging adult depression and anxiety trajectories. *Journal of youth and adolescence*, *47*(1), 177-193.

Hoseini yazdi,A.(2014). The effectiveness of the special intervention program for children of divorce on improving self- concept.Resilience and reduction of children's external-internalized problems. Master thesis. field Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad. [Persian].

[Downloaded from jeche.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.32592/jeche.4.4.103]

Jones, J. D., Fraley, R. C., Ehrlich, K. B., Stern, J. A., Lejuez, C. W., Shaver, P. R., & Cassidy, J. (2018). Stability of attachment style in adolescence: An empirical test of alternative developmental processes. *Child development*, *89*(3), 871-880.

Khorsandi, F; Kamkar, M. & Malekpour, M. (2011). Correlation of the five major personalit traits and self-regulated learning strategies in male and female high school students in Isfahan city, Journal of New Educational Approaches, Year 2, Number 2, pp. 41-64. . [Persian].

Khushabi K. (2002) Study of Prevalence of ADHD and comorbid disorders in primary school students of Tehran. University of Welfare and Rehabilitation: Iran, Tehran.: 18-23. [Persian].

Konok, V., Gigler, D., Bereczky, B. M., & Miklósi, Á. (2016). Humans' attachment to their mobile phones and its relationship with interpersonal attachment style. *Computers in Human Behavior*, *61*, 537-547.

MamSharifi, P., Shabanian Aval Khansari, S., Najafi, K., Farokhi, S., Aminpour, M. (2022). The mediating role of problem solving strategies in the relationship between metacognitive beliefs and cognitive emotion regulation strategies with resilience in the Covid-19 era. Rooyesh; 11(4):205-216. [Persian].

Melton, K. K., Hodge, C. J., & Duerden, M. D. (2022). Ecology of family experiences: Contextualizing family leisure for human development & family relations. *Journal of Leisure Research*, *53*(1), 112-131.

Menon, M., Moyes, H. C., & Bradley, C. M. (2018). Interactive influences of narcissism and self-esteem on insecure attachment in early adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, *38*(7), 966-987.

Merrell, K.W., Felver-Gant,J.C., Tom, K. M. (2011). Development and validation of a parent report measure for assessing social-emotional competencies of children and adolescents.Journal of Child and Family studies, 20, 529-540.

Mousavinejad, M. (1998). A study of the relationship between motivational powers and self-regulated learning strategies with academic achievement in male and female students of the third year of middle school, Tashehai Magazine. Ethnology, second year, number 4, pp. 38-52. [Persian].

Niec, L. N., Brodd, I., & Schoonover, C. E. (2023). Searching for the Standard: The Impact of Level of Training on In Vivo Coaching in Parent-Child Interaction Therapy. *Behavior Modification*, *47*(1), 93-112.

Nigg, J. T., Sibley, M. H., Thapar, A., & Karalunas, S. L. (2020). Development of ADHD: Etiology, heterogeneity, and early life course. *Annual review of developmental psychology*, *2*, 559-583.

Pintrich, P. R., & De Groot, E. (1990). Motivational and self-regulated learning components of classroom academic performance. Journal of Educational Psychology, 82, 33-40.

Razavieh, A; Latifian, M & Fouladcheng, M. (2007). A comparative study of the effect of teaching self- management skills and increasing self-sufficiency beliefs on the academic performance of high school students, New Educational Thoughts Magazine, third year, number 4, pp. 1-25 [Persian].

Regalla, M. A. R., Segenreich, D., Guilherme, P. R., & Mattos, P. (2019). Resilience levels among adolescents with ADHD using quantitative measures in a family-design study. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *41*, 262-267.

Reshadi, H., Golpayegani, F., Bayat, B., Majdian, V. (2020). Effectiveness of Group Play therapy on Resilience and Self-Control Strategies in Children of Divorced Parents. *J Child Ment Health*, 6(4):63-73. [Persian].

Schulz-Zhecheva, Y., Voelkle, M., Beauducel, A., Buch, N., Fleischhaker, C., Bender, S., ... & Klein, C. (2019). ADHD traits in German school-aged children: Validation of the German Strengths and Weaknesses of ADHS symptoms and Normal behavior (SWAN-DE) Scale. *Journal of attention disorders*, *23*(6), 553-562.

[Downloaded from jeche.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.32592/jeche.4.4.103]

Shokatpour Lotfi, S., Moghtadar, L., Akbari, B. (2023). Comparing the effectiveness of parent-child interaction training, attachment-based therapy and self-regulation skill training on children's emotion control. *journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*. *4*(2), 159-173. [Persian].

Storebø, O. J., Rasmussen, P. D., & Simonsen, E. (2016). Association between insecure attachment and ADHD: environmental mediating factors. *Journal of attention disorders*, *20*(2), 187-196.

Tabachnick, A. R., Raby, K. L., Goldstein, A., Zajac, L., & Dozier, M. (2019). Effects of an attachment-based intervention in infancy on children's autonomic regulation during middle childhood. *Biological psychology*, *143*, 22-31.

Talebi, M., Ghasemzadeh, S., arjmandi, K., vakili, S. (2022). Effectiveness of child-centered play therapy on resiliency of Children with leukemia cancer. JPEN; 8 (3):47-55. [Persian].

Travis, J., & Bunde, J. (2022). Self-regulation in college: The influence of self-efficacy, need satisfaction, and stress on GPA, persistence, and satisfaction. *Current Psychology*, *41*(9), 6185-6195.

Vávrová, S., & Gavora, P. (2015). Comparison of self-regulation in children and adolescents in children's home and protective educational facility. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*.

Watters, E. R., Aloe, A. M., & Wojciak, A. S. (2023). Examining the associations between childhood trauma, resilience, and depression: a multivariate meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, *24*(1), 231-244.

Zeinali Dehrajabi, Z., & Ashori, M. (2021). The Effect of Play Therapy Based on Axline Approach on the Social-Emotional Assets and Resilience of Preschool Children with Hearing Loss. Positive Psychology Research, 7(4), 13-24. [Persian].

***

[Downloaded from jeche.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.32592/jeche.4.4.103]