

## تعیین اثربخشی بازی درمانی کودک محور بر خودکارآمدی و رفتارهای تکانشی دانش آموزان دختر مقطع سوم ابتدایی

فرهاد اصغری<sup>۱\*</sup>، فریبا سعیدپور<sup>۲</sup>، سمیرا نوائیان<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۹/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۲/۱۷

### خلاصه

**مقدمه:** سال‌های اولیه زندگی برای تحول چندبعدی کودکان و شکل‌گیری پایه‌های زندگی مهم تلقی می‌شوند. روش‌های متعددی برای افزایش خودکارآمدی و کاهش رفتارهای تکانشی در دانش‌آموزان وجود دارد. یکی از رویکردهای مؤثر، بازی‌درمانی کودک-محور است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بازی‌درمانی کودک محور بر خودکارآمدی و رفتارهای تکانشی دانش‌آموزان دختر مقطع سوم ابتدایی صورت گرفت.

**مواد و روش‌ها:** در این پژوهش، از روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه‌آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دختر ۹ ساله مدارس ابتدایی شهرستان رامسر در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بودند که ۲۴ نفر از آن‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس و برحسب شرایط ورود به پژوهش، از دو مدرسه شهرستان رامسر انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند (۱۲ نفر در هر گروه). گروه‌ها، مقیاس‌های خودکارآمدی کودکان ویلر و لد (۱۹۸۲) و تکانشی‌بودن هیرشفیلد (۱۹۶۵) را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. بازی‌درمانی کودک‌محور برای گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت انفرادی انجام شد. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

**یافته‌ها:** بازی‌درمانی کودک‌محور موجب افزایش خودکارآمدی در مقیاس کل ( $F=165/60$ ,  $p=0/001$ ,  $\eta^2=0/856$ ) و خرده مؤلفه‌های موقعیت با تعارض، بدون تعارض شد. اثربخشی بازی‌درمانی کودک‌محور بر کاهش رفتارهای تکانشی ( $F=1380/15$ ,  $p=0/001$ ,  $\eta^2=0/891$ ) نیز تأیید گردید.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج، بازی‌درمانی کودک‌محور به عنوان یک روش درمانی مؤثر در افزایش خودکارآمدی و کاهش رفتارهای تکانشی دانش‌آموزان دختر مقطع سوم ابتدایی توصیه می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** بازی‌درمانی کودک‌محور، خودکارآمدی، رفتارهای تکانشی

۱- استادیار، گروه مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: Farhad.asghari@gmail.com، تلفن: ۰۱۳-۳۳۳۲۹۰۷۳

۲- کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

۳- کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران.

## مقدمه

دوران کودکی از مهم‌ترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد پایه‌ریزی شده و شکل می‌گیرد. اغلب اختلالات و ناسازگاری‌های رفتاری پس از دوران کودکی ناشی از کمبود توجه به حساسیت دوران کودکی و عدم هدایت صحیح روند رشد و تکامل است. این بی‌توجهی، منجر به عدم سازش و انطباق با محیط و بروز انحرافات گوناگون در ابعاد مختلف می‌شود [۱]. توجه به خودکارآمدی یکی از مهم‌ترین مسائل روان‌شناختی پیش روی کودک است [۲]. خودکارآمدی به معنای باور فرد در مورد توانایی مقابله با موقعیت‌های خاص است که الگوهای فکری، رفتاری و هیجانی را در سطوح مختلف تجربه انسانی تحت تأثیر قرار می‌دهد [۳]. خودکارآمدی به حیطة‌های مختلفی اشاره دارد که از آن جمله می‌توان به خودکارآمدی تحصیلی (به معنای ادراک فرد از توانمندی خود در یادگیری، حل مسائل تحصیلی و دستیابی به موفقیت‌های تحصیلی)، خودکارآمدی هیجانی (به معنای ادراک فرد از توانایی جسمی، اطمینان در انجام فعالیت‌ها و مهارت‌های جسمانی و همچنین اطمینان از تأثیرگذاری مثبت جسمانی بر افراد دیگر) و خودکارآمدی تعاملی (به معنای ادراک کودک از توانمندی خود در رسیدن به معیارهای اجتماعی و ارتباطات اجتماعی) اشاره کرد [۴].

کودکان به دلیل پایین بودن سطح تفکر انتزاعی، قادر به بیان هیجانات و احساسات خود نیستند. سرکوبی و عدم مهارت در بیان احساسات به ویژه از نوع منفی آن‌ها، بهداشت روانی کودکان را به مخاطره می‌اندازد [۵]. یکی از مشکلات کودکان در این زمینه، رفتارهای تکانشی است. هیجانات مرتبط با تکانشگری شامل کنترل ضعیف بر واکنش‌هایی است که به دنبال هیجانات فراخوانده می‌شوند و پیش‌بینی کننده قوی رفتارهای مخاطره‌آمیز می‌باشند [۶]. رفتارهای تکانشی، با ریسک‌پذیری بالا، رفتارهای ناسازگار مانند سوءمصرف مواد، روابط جنسی پرخطر، اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه (Attention Deficit & Hyperactivity Disorder)، اختلالات خواندن و نوشتن و نتایج تحصیلی ضعیف در ارتباط است [۷-۸]. افرادی که از توانایی حل مسئله برخوردار نیستند، در مواجهه با موانع ممکن است رفتارهای تکانشی

داشته باشند، احساس ناکامی کنند، پرخاشگر شوند یا برای دوری از موقعیت مشکل‌ساز، گوشه‌گیر شوند. تکرار چنین تجربه‌هایی می‌تواند به بروز رفتارهای غیر انطباقی منجر شود [۹]. از این رو، پیدا کردن راهی که کودکان را قادر نماید به شیوه‌ای غیر از بیان کلامی هیجانات خود را ابراز نماید، امری ضروری به نظر می‌رسد.

بازی ابزاری است که کودک به کمک آن، خود را ابراز می‌نماید. بازی، کارکردی متناسب با سن است. تلاشی که هم‌زمان در یک فرایند بدنی و اجتماعی اتفاق می‌افتد. یک فعالیت سرگرم‌کننده که فارغ از اجبار و غیرمنطقی بودن، فرصت مناسبی را جهت بیان احساسات به فرد می‌دهد [۱۰]. بازی، باعث رشد لوب فرونتال و افزایش مهارت‌های خودکنترلی می‌گردد و بر کاهش تکانش‌گری کودکان تأثیرات مثبت دارد [۱۱]. مطالعات در این زمینه نشان داده‌اند که مشارکت کودکان در بازی با همسالان، موجب رشد اجتماعی [۱۲] و کاهش مشکلات رفتاری کودکان [۱۳] می‌شود. Virginia Axline در سال ۱۹۴۷ برای اولین بار از اصول مراجع‌محور (Client-centered) برای مشاوره با کودکان استفاده کرد و رویکرد خود را بازی‌درمانی غیرمستقیم نامید. بر اساس نظریه مراجع‌محور Carl Rogers در سال ۱۹۵۱، بازی‌درمانی کودک‌محور (Child-centered play therapy) با اعتقاد پایدار به تلاش ذاتی کودکان در جهت رشد و بلوغ، علاوه بر توانایی آن‌ها برای بهبودی خود، از سایر مدل‌های نظری متمایز می‌شود [۱۴]. رویکرد بازی‌درمانی کودک‌محور به سمت سازگاری، سلامت روان، رشد و تحول، استقلال و خودشکوفایی تمایل دارد؛ بنابراین تمرکز بازی‌درمانی بر شخص درونی کودک است [۱۵].

جمع‌بندی یافته‌های پژوهش‌های انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد که بازی‌درمانی کودک‌محور بر افزایش خودکارآمدپنداری کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای [۱۶]، توجه و پرخاشگری کودکان [۱۷]، کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی و تکانشگری [۱۸]، بهبود مهارت‌های اجتماعی، رشد عاطفی [۱۹] درمان اضطراب و نگرانی [۲۰] بهبود باورهای خودکارآمدی و مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان [۲۱] و

انتخاب شدند و با روش جای‌دهی تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. با استفاده از جای‌دهی تصادفی، دو گروه به لحاظ سن و معدل تحصیلی مشابه یکدیگر بوده و اندازه‌گیری متغیرهای وابسته برای هر دو گروه در یک زمان و تحت یک شرایط صورت گرفت. در تحقیق حاضر روش جای‌دهی تصادفی، از نوع پرتاب سکه بود. Geier و همکاران در مطالعه خود از روش پرتاب سکه جهت ایجاد گروه‌های تصادفی استفاده کردند [۲۳]. گروه‌ها، قبل و بعد از اتمام درمان با مقیاس‌های تکانشی بودن و خودکارآمدی ارزیابی شدند.

#### ۱- مقیاس خودکارآمدی کودکان ویلر و لد

(Wheeler & Ladd Children Self-Efficacy Scale) به منظور سنجش میزان خودکارآمدی کودکان توسط ویلر و لد در سال ۱۹۸۲ طراحی شده است و دارای ۲۲ گویه می‌باشد. این مقیاس شامل دو خرده مقیاس موقعیت‌های تعارض‌آمیز و موقعیت‌های بدون تعارض است.

نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس طیف ۴ درجه‌ای لیکرت (خیلی آسان=۴، آسان=۳، سخت=۲ و خیلی سخت=۱) است. نمره هر آزمودنی در دامنه بین ۲۲ (حداقل نمره) تا ۸۸ (حداکثر نمره) قرار می‌گیرد. چنانچه نمره محاسبه شده بین ۲۲ تا ۴۴ باشد، میزان خودکارآمدی در حد پایین بوده و باید برای آن برنامه‌ریزی اساسی شود. در صورتی که نمره بین ۴۵ تا ۶۶ باشد، میزان خودکارآمدی در حد متوسط بوده و باید تقویت شود و در حالتی که نمره بین ۶۷ تا ۸۸ باشد، میزان خودکارآمدی در حد بالا بوده و این روند باید تداوم یابد. روایی و پایایی این ابزار توسط Chari در سال ۱۳۸۶ در ایران بررسی شده است [۲۴]. روایی محتوایی نسخه اصلی با استفاده از مرور منابع توسط اساتید و متخصصین حوزه علوم تربیتی و روانشناسی سنجیده شد و در نهایت ۲۲ گویه به تأیید رسید. برای تعیین روایی سازه مقیاس، از تحلیل عوامل با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۷ و برای خرده مقیاس تعارض، ۰/۸۳ و خرده مقیاس بی‌تعارض، ۰/۷۸ بود [۲۴]. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بدست آمد.

بیش‌فعالی- تکانشگری کودکان پیش‌دبستانی [۲۲] مؤثر بوده است. امروزه با توجه به افزایش شمار کودکانی که دارای مشکلات هیجانی و رفتاری هستند، شکاف در ارائه مداخلات مشاوره‌ای بیش از پیش به نظر می‌رسد [۲۰]. همان‌گونه که اشاره شد، پژوهشگران در این زمینه عموماً "به اثربخشی بازی‌درمانی کودک محور بر طیفی از اختلالات کودکان پرداخته‌اند و در تعداد محدودی از پژوهش‌ها، مداخلات درمانی بر روی جمعیت غیر بالینی صورت گرفته است. از آنجایی که پیشگیری بر درمان مشکلات رفتاری کودکان مقدم است [۵]، ارائه برنامه‌های آموزشی در زمینه سلامت روانی و مهارت‌های تنظیم هیجان در جهت بهبود خودکارآمدی و کاهش اثرات هیجان‌های منفی و رفتارهای تکانشی برای جمعیت غیر بالینی از جمله دانش‌آموزان مقطع سوم ابتدایی در مرحله پیشگیری ضرورت دارد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی بازی‌درمانی کودک محور بر خودکارآمدی و رفتارهای تکانشی دانش‌آموزان دختر مقطع سوم ابتدایی می‌باشد که جمعیتی غیر بالینی را تشکیل می‌دهند.

#### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به لحاظ هدف، کاربردی و از نظر نحوه گردآوری اطلاعات، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس-آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دختر ۹ ساله مدارس ابتدایی شهرستان رامسر در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن توانایی کلامی در حد طبیعی (عدم وجود لکنت)، عدم سابقه بیماری جسمانی و عدم طلاق والدین بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از ۲ جلسه و داشتن مشکلات شدید خانوادگی بود. با استفاده از نرم‌افزار G\*Power حجم نمونه ۱۲ نفر برای هر گروه برآورد شد تا توان آماری، ۰/۸ و اندازه اثر ۰/۹۵ در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ بدست آید. از این‌رو، پس از اعمال ملاک‌های ورود و خروج، ۲۴ نفر از دانش‌آموزان دختر ۹ ساله از بین ۹۰ نفر از کل دانش‌آموزان دختر ۹ ساله مقطع سوم ابتدایی به شیوه در دسترس از دو مدرسه شهرستان رامسر (پور رجب و فرید)

## ۲- مقیاس تکانشی بودن هیرشفیلد (Hirschfield Impulsivity Scale)

در سال ۱۹۶۵ توسط هیرشفیلد برای ارزشیابی تکانشی بودن در کودکان دبستانی ساخته شد. این ابزار ۱۹ گویه دارد که برای اجرای ساده آن به شکل بله (۱) - خیر (۰) تنظیم شده است. دامنه نمرات بین ۰ (حداقل نمره) تا ۱۹ (حداکثر نمره) قرار دارد. کسب نمره بالاتر، نشانه رفتارهای تکانشی بیشتر است. در این ابزار، تکانشگری به عنوان تمایل به بی‌قراری، قانون‌شکنی و زیاده‌روی در بازی‌های خشونت‌آمیز تعریف شده است. این ابزار برای کودکانی که دارای مشکلات کنترلی، مقابله‌ای و اختلالات برون‌ریزی هستند، ساخته شده است. پایایی این آزمون که توسط هیرشفیلد با روش بازآزمایی بررسی شده، ۰/۸۵ می‌باشد [۲۵]. روایی محتوایی نسخه اصلی با استفاده از مرور منابع و توسط اساتید و متخصصین حوزه علوم تربیتی و روانشناسی سنجیده شد. پایایی این ابزار در نمونه ایرانی نیز توسط Kasmaei و Kafili Asghari بررسی شد و ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۷۹ بود [۲۶]. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

پس از هماهنگی‌های لازم با آموزش و پرورش شهرستان رامسر، لیستی از مدارس تهیه شد. جهت انتخاب و تکمیل نفرات شرکت‌کننده با توجه به هدف پژوهش و برحسب شرایط ورود به مطالعه حاضر، دو مدرسه (پور رجب و فرید) با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بعد از مراجعه به مدارس، به مدیران درباره بازی‌درمانی کودک محور توضیحاتی ارائه شد و از والدین و کودکان خواسته شد به پرسشنامه‌های

مربوط به این پژوهش پاسخ دهند. سپس، ۲۴ دانش‌آموز که در مقیاس خودکارآمدی، حد پایین نمرات (۲۲ تا ۴۴) و در مقیاس تکانشی بودن، نمره بالاتر از میانگین را کسب نمودند، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند که ۱۲ نفر با جای‌دهی تصادفی، در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. به منظور پیشگیری از تبادل اطلاعات بین گروه‌های پژوهش، هر گروه به طور مجزا ارزیابی شد. جلسات مداخله برای گروه آزمایش در نمازخانه مدرسه که به منظور اجرای جلسات از قبل آماده‌سازی شده بود، توسط متخصص مشاوره اجرا شد. پس از پایان جلسات، از والدین و کودکان دو گروه خواسته شد مجدداً به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند (پس‌آزمون). اطلاعات دموگرافیک در این پژوهش شامل سن، مقطع تحصیلی، تاریخچه وضعیت طبی و سلامت جسمانی بود. ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر شامل رضایت آگاهانه، داشتن حق خروج از جلسات برای کودکان و توضیح اهداف پژوهش بود و به خانواده‌ها اطمینان داده شد که حضور نفرات شرکت‌کننده و اطلاعات کسب شده از اجرای پژوهش کاملاً به صورت محرمانه باقی خواهد ماند. در این مطالعه طرح جلسات بازی‌درمانی کودک محور بر اساس رویکرد Axline در سال ۱۹۶۹، تدوین و اجرا شد [۲۷]. کودکان گروه آزمایش در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه به مدت دو ماه، به صورت انفرادی شرکت کردند. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار قرار گرفت. بعد از اتمام پژوهش و معلوم شدن نتایج، گروه کنترل مداخلات درمانی را دریافت کردند. خلاصه جلسات بازی‌درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- خلاصه جلسات بازی‌درمانی گروهی بر اساس رویکرد اکسلاین

جلسات	محتوای جلسات
اول	معارفه و آشنایی با کودکان، قبل از شروع جلسات، کودکان به صورت انفرادی به اتاق بازی‌درمانی هدایت شدند که هدف آن، کاهش حساسیت به اتاق بازی‌درمانی و آشنایی با محیط و همچنین برقراری ارتباط با درمانگر بود.
دوم	در این جلسه تطابق کودکان با محیط و یکدیگر مدنظر بود. برای ایجاد رابطه دوستی و احساس امنیت هر بازی که کودکان پیشنهاد می‌دادند، انجام شد. در این جلسه درمانگر برای ارتباط بهتر بین کودکان نقشی میانجی داشت.
سوم	در این جلسه اجرای نمایش عروسکی و بیان عواطف و هیجانات مثبت و منفی به وسیله عروسک‌ها انجام شد.
چهارم	از حیوانات و انسان‌های اسباب‌بازی با هدف ترغیب کودک به صحبت و به نمایش درآوردن کیفیت روابط خود با دیگران و بالعکس استفاده شد. از این طریق، علت ناامیدی و انزوا یا کناره‌گیری از روابط دیگران کشف می‌شود. در انتهای جلسه از کودکان خواسته شد که نمایشی را ما بین حیوانات طراحی کرده و در جلسه آینده به اتاق بازی‌درمانی بیاورند.

پنجم	مرور بازی با حیوانات و انسان‌های اسباب‌بازی در جلسه قبل و اجرای نمایش‌هایی که از جلسه قبل کودکان مایل بودند برای این جلسه بیاورند. هدف از اجرای نمایش موردنظر کودکان، بررسی ریشه‌های مشکلات کودکان بود. زیرا کودکان نمایش‌هایی را برمی‌گزینند که با شرایط روانی حال حاضر آن‌ها همخوانی داشته باشد.
ششم	از خمیربازی برای ایجاد راه‌های جدید برای بیان عواطف کودک استفاده شد. ویژگی بازی گونه و آشنای خمیرهای رنگی باعث سرگرمی کودک می‌شود. خمیر همان‌گونه که تغییر شکل می‌دهد، به عنوان یک استعاره برای تغییر دادن نیز مفید است.
هفتم	بازی سفر خیالی. بیشترین اهمیت این سفرهای خیالی این است که کودک تشویق می‌شود تا داستان خود را بگوید، نگاهی به درون خود و رفتار دیگران داشته باشد و دلیل احتمالی بعضی حوادث گذشته را در یابد. بعضی از هدف‌های بازی خیالی عبارتند از اینکه کودک احساس کند نقش فعال و مؤثری را در زندگی داشته است، رفتارهای مناسب‌تری را که پیامدهای بهتری دارد، بشناسد و تجربه کند. همچنین، بر رفتار خود و دیگران بینش پیدا کند و بدین ترتیب روابطش با دیگران تسهیل گردد.
هشتم	در این جلسه نیز مروری کوتاه بر آموخته‌های آن‌ها از کل برنامه شد و به آن‌ها کمک شد تا جلسات درمانی را ترک کرده و آموخته‌های خود را به محیط بیرون تعمیم دهند.

نشان‌دهنده تکانشگری کمتر است.

به منظور اثربخشی بازی‌درمانی کودک محور بر خودکارآمدی و رفتارهای تکانشی دانش‌آموزان مقطع سوم ابتدایی، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. استفاده از این تحلیل، مستلزم رعایت پیش‌فرض‌هایی است که پیش از اجرای آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. با توجه به اینکه سطح معناداری متغیرهای موردبررسی در این آزمون بالاتر از ۰/۰۵ به دست آمد، می‌توان گفت که توزیع داده‌ها نرمال است. به منظور بررسی همگنی واریانس خطای متغیرهای پژوهش در دو گروه، از آزمون لوین استفاده شد. از آنجا که سطح معناداری آماره  $F$  بزرگ‌تر از ۰/۰۵ محاسبه شد، می‌توان گفت که واریانس خطای گروه‌ها با همدیگر برابر بوده و تفاوتی بین آن‌ها مشاهده نشده است ( $F=0/891, p<0/357$ ). علاوه بر این، نتایج آزمون  $M$  باکس، همگن بودن ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه‌ها) را مورد تأیید قرارداد ( $MBOX=2/137, F=0/648, p<0/574$ ). نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون خودکارآمدی ( $p<0/071$ ) و رفتارهای تکانشی ( $p<0/062$ )، نشان داد سطح معناداری متناظر با اثر تعاملی نمرات پیش‌آزمون و گروه برای هر دو متغیر بیش از ۰/۰۵ بود، بنابراین، پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون برقرار گردید. در نتیجه، استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره بلامانع است.

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد. در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های میانگین، انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده گردید و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

#### یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش،  $9/00 \pm 1/23$  و در گروه کنترل،  $9/04 \pm 1/12$  سال بود. شاخص‌های پراکندگی و مرکزی گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ گزارش شده است. در جدول ۲ نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در گروه‌ها گزارش شده است. با توجه به نتایج جدول ۲، آماره  $Z$  آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای تمامی متغیرها معنی‌دار نیست؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است. بر اساس اطلاعات ارائه شده در جدول ۲، در متغیر خودکارآمدی، بررسی میانگین دو گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مؤید آن است که نمرات پس‌آزمون شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش در متغیر خودکارآمدی افزایش داشته است. لازم به ذکر است در این آزمون کسب نمره بالاتر، نشان‌دهنده خودکارآمدی بیشتر است. بررسی میانگین‌های دو گروه در متغیر رفتارهای تکانشی نشان می‌دهد در مرحله پس‌آزمون میانگین گروه آزمایش کاهش یافته است که این میانگین نشان‌دهنده کاهش رفتارهای تکانشی است. کسب نمره پایین‌تر در این آزمون

جدول ۲- شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایش و کنترل در دانش آموزان دختر مقطع سوم ابتدایی مدارس دخترانه شهرستان رامسر طی سال ۱۳۹۶ (n=۱۲)

متغیر	وضعیت	انحراف معیار ± میانگین	کالموگروف اسمیرنوف	P
خودکارآمدی	پیش آزمون	۴۱/۱۶±۲/۷۲	۰/۴۲۲	۰/۶۸۷
	پس آزمون	۴۰/۷۵±۱/۲۱	۰/۵۷۱	۰/۷۹۹
رفتارهای تکانشی	پیش آزمون	۷۴/۷۲±۴/۸۱	۱/۰۵۴	۰/۸۹۹
	پس آزمون	۴۲/۱۶±۲/۴۴	۰/۹۹۰	۰/۷۷۱
رفتارهای تکانشی	پیش آزمون	۱۴/۳۳±۱/۰۷	۰/۴۹۰	۰/۷۱۲
	پس آزمون	۱۵/۰۸±۰/۲۸	۰/۵۷۱	۰/۶۸۱
رفتارهای تکانشی	پیش آزمون	۳/۹۰±۰/۸۷	۰/۷۵۹	۰/۷۹۹
	پس آزمون	۱۴/۷۵±۰/۴۵	۰/۷۷۱	۰/۷۳۳

نوع آزمون: کالموگروف اسمیرنوف، اختلاف معنی داری  $p < 0/05$ \*

جدول ۳ نشان می‌دهد تمامی آزمون‌های چندمتغیری (خودکارآمدی و رفتارهای تکانشی) و نشان‌دهنده اثربخشی معنی‌دار هستند و بیانگر وجود اثر اصلی مربوط به عامل زمان و نیز اثر تعاملی بین زمان و گروه بر روی متغیرهای وابسته

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای تأثیر بازی درمانی کودک محور بر خودکارآمدی و رفتارهای تکانشی در دانش آموزان دختر مقطع سوم ابتدایی مدارس دخترانه شهرستان رامسر طی سال ۱۳۹۶

متغیر	نام آزمون	ارزش	مقدار F	P	ضریب اتا
خودکارآمدی	تأثیر زمان	۰/۲۵۷	۶۵/۶۰	*۰/۰۰۱	۰/۷۴۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۳۶	۶۵/۶۰	*۰/۰۰۱	۰/۷۴۱
	اثر هلتنینگ	۳/۳۹	۶۵/۶۰	*۰/۰۰۱	۰/۶۸۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۷۷	۶۵/۶۰	*۰/۰۰۱	۰/۶۸۱
تأثیر گروه	اثر پیلایی	۰/۲۶۱	۷۱/۴۶	*۰/۰۰۱	۰/۷۱۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۲۸	۷۱/۴۶	*۰/۰۰۱	۰/۷۱۱
	اثر هلتنینگ	۲/۵۹	۷۱/۴۶	*۰/۰۰۱	۰/۵۸۳
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۵۹	۷۱/۴۶	*۰/۰۰۱	۰/۵۸۳
رفتارهای تکانشی	تأثیر زمان	۰/۲۴۴	۵۴/۳۳	*۰/۰۰۱	۰/۷۱۵
	لامبدای ویلکز	۰/۱۶۵	۵۴/۳۳	*۰/۰۰۱	۰/۷۱۵
	اثر هلتنینگ	۱۱/۳۷	۵۴/۳۳	*۰/۰۰۱	۰/۶۶۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۱/۶۸	۵۴/۳۳	*۰/۰۰۱	۰/۶۶۱
تأثیر گروه	اثر پیلایی	۰/۲۶۵	۵۰/۳۶	*۰/۰۰۱	۰/۷۳۲
	لامبدای ویلکز	۰/۱۷۷	۵۰/۳۶	*۰/۰۰۱	۰/۷۳۲
	اثر هلتنینگ	۱۱/۴۹	۵۰/۳۶	*۰/۰۰۱	۰/۶۳۲
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۱/۴۹	۵۰/۳۶	*۰/۰۰۱	۰/۶۳۲

نوع آزمون: تحلیل واریانس چندمتغیری، توان آزمون: ۰/۱، اختلاف معنی داری  $p < 0/05$ \*

برای بررسی اثربخشی بازی درمانی کودک محور بر مؤلفه‌های خودکارآمدی و رفتارهای تکانشی دانش‌آموزان مقطع سوم ابتدایی، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد (جدول ۴). آماره F خودکارآمدی در پس‌آزمون (۱۹۵/۰۵)

شود. همچنین، نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد بین دو گروه در خرده مؤلفه‌های خودکارآمدی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ( $Wilk's\ Lambda=0/05, p=0/001, F=165/60$ ).

با توجه نتایج جدول ۲، می‌توان نتیجه گرفت که مداخله آموزشی مبتنی بر بازی درمانی کودک محور بر متغیرهای وابسته در این مطالعه تأثیرگذار بوده است. تأثیر این مداخله بر خودکارآمدی و رفتارهای تکانشی به ترتیب برابر با  $0/856$  و  $0/891$  می‌باشد؛ یعنی  $85/6\%$  تفاوت در نمرات پس‌آزمون خودکارآمدی و  $89/1\%$  تفاوت در نمرات پس‌آزمون رفتارهای تکانشی مربوط به تأثیر مداخله آموزشی است (جدول ۴).

در سطح  $0/001$  معنی‌دار است و نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان خودکارآمدی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اندازه اثر  $0/856$  نیز نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ است. با توجه به این یافته می‌توان گفت که بازی درمانی کودک محور موجب افزایش خودکارآمدی در دانش‌آموزان مقطع سوم ابتدایی شده است. آماره  $F$  محاسبه شده رفتارهای تکانشی ( $1380/15$ ) نیز در سطح  $0/001$  معنی‌دار است. اندازه اثر  $0/891$  نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ است، در نتیجه می‌توان انتظار داشت که بازی درمانی کودک محور موجب کاهش تکانشوری دانش‌آموزان مقطع سوم ابتدایی می‌-

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در متغیرهای خودکارآمدی و رفتارهای تکانشی

متغیر	منبع	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P	اندازه اثر	توان آماری
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۱	۲۹/۲۱	۰/۴۳	۰/۶۵	۰/۰۰۲	۰/۳۵۲
	گروه	۱	۲۵۳۶۸	۱۹۵/۰۵	*۰/۰۰۱	۰/۸۵۶	۰/۸۳۱
رفتارهای تکانشی	خطا	۲۳	۲۲۷/۴۴				
	پیش‌آزمون	۱	۵۶۱/۴۳	۰/۰۸	۰/۷۷	۰/۰۰۲	۰/۴۴۷
	گروه	۱	۱/۶۴	۱۳۸۰/۱۵	*۰/۰۰۱	۰/۸۹۱	۰/۸۷۷
	خطا	۱۹	۰/۴۰				

\* اختلاف معنی داری  $p < 0/05$

بدون تعارض ( $0/92$ ) و برای موقعیت تعارض‌آمیز ( $0/93$ ) است. بنابراین، می‌توان گفت بازی درمانی کودک محور موجب افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان مقطع سوم ابتدایی در مؤلفه‌های موقعیت با تعارض و بدون تعارض می‌شود.

با توجه به جدول ۵، مشاهده می‌شود که در مؤلفه‌های خودکارآمدی، موقعیت بدون تعارض  $F=219/13, p < 0/001$  و موقعیت تعارض‌آمیز  $F=267/24, p < 0/001$  بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اندازه اثر برای مؤلفه‌های موقعیت

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های خودکارآمدی

مؤلفه	منبع	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	p	اندازه اثر	توان آماری
موقعیت بدون تعارض	پیش‌آزمون	۱	۳/۳۹	۰/۴۳	۰/۶۵	۰/۳۱۲	۰/۴۷۷
	گروه	۱	۱۴۶۳/۶۷	۲۱۹/۱۳	*۰/۰۰۱	۰/۹۲۱	۰/۶۸۳
موقعیت تعارض‌آمیز	خطا	۱۹	۶/۷۷				
	پیش‌آزمون	۱	۱۱/۲۱	۱/۴۴	۰/۲۶	۰/۴۱۶	۰/۴۱۲
	گروه	۱	۱۰۹۵/۳۴	۲۶۷/۲۴	*۰/۰۰۱	۰/۹۲۳	۰/۷۲۲
	خطا	۱۹	۴/۰۸				

\* اختلاف معنی داری  $p < 0/05$

## بحث

محور بر خودکارآمدی و رفتارهای تکانشی دانش‌آموزان دختر مقطع سوم ابتدایی بود. نتایج نشان داد که رویکرد بازی درمانی

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی بازی درمانی کودک

می‌کنند و برای رسیدن به این اهداف احساس تعهد می‌نمایند. با توجه به آنچه که گفته شد، بازی‌درمانی کودک محور به دلیل افزایش مهارت‌های ارتباطی بین فردی و مهارت‌های خودآگاهی با هدف تقویت احساس ارزشمندی و افزایش اعتماد به نفس توانسته سبب بهبود خودکارآمدی در کودکان شود.

دیگر یافته پژوهش حاضر نشان داد که بازی‌درمانی کودک محور موجب کاهش رفتارهای تکانشی در دانش‌آموزان دختر مقطع سوم ابتدایی می‌شود. همسو با این یافته، می‌توان به نتایج پژوهش‌های دیگر اشاره کرد که اثربخشی بازی‌درمانی کودک‌محور را در درمان اضطراب، نگرانی، کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی و تکانشگری بررسی کرده‌اند [۲۲-۱۹-۱۸].

یافته‌های پژوهش Ganji و همکاران [۱۸] اثربخشی بازی درمانگری کودک‌محور بر کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی را نشان داد. یافته‌های پژوهش Salter و همکاران [۱۹] نشان داد بازی‌درمانی کودک محور در بهبود مهارت‌های اجتماعی و رشد عاطفی کودکان ۴-۶ ساله مبتلا به اوتیسم مؤثر بوده است. یافته‌های پژوهش Shoshtari و همکاران [۲۲] نشان داد مداخلات زودهنگام مبتنی بر بازی‌های کودک محور بر میزان بیش‌فعالی-تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی/تکانشگری پیش دبستانی مؤثر است. سایر یافته‌های پژوهشی در این زمینه نشان داده‌اند که بازی‌درمانی، باعث کاهش اضطراب، تکانشگری، انزوا، بی‌ثباتی عاطفی و مشکلات یادگیری در کودکان می‌شود و در مقابل، مهارت‌های اجتماعی را افزایش می‌دهد [۱۱-۱۲-۱۳]. کودکانی که در مهارت‌تکانه دچار مشکل هستند، با مشکلات فراوانی روبرو می‌شوند. به عنوان مثال این کودکان قبل از تمام شدن پرسش‌ها، پاسخ می‌دهند؛ منتظر ماندن در نوبت برایشان سخت است و این امر باعث می‌شود در بازی با کودکان دیگر به قوانین پایبند نباشند و توسط همسالان طرد شوند، اغلب وسط حرف دیگران می‌پزند، مزاحم کار دیگران می‌شوند و نمی‌توانند به مدت طولانی یک‌جا بنشینند. از آنجا که این نوع کودکان به دلیل تکانشگری در فعالیت‌هایی که قوانین و مقررات انعطاف‌ناپذیر

کودک محور موجب افزایش خودکارآمدی نمونه‌های پژوهش در مؤلفه‌های موقعیت با تعارض و بدون تعارض و مقیاس کل شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های Lin و Bratton [۱۴]، Ehtesham و Tebyari [۲۱] همسو می‌باشد.

نتایج پژوهش Lin و Bratton [۱۴] نشان داد تکنیک‌های مدل‌سازی خطی سلسله مراتبی اندازه اثر متوسط (۰/۴۷) را برای بازی‌درمانی کودک محور برآورد کرده است و از نظر آماری بین اندازه اثر و خصوصیات مطالعه، از جمله سن، قومیت، درگیری مراقب، یکپارچگی درمان و مشکل کنونی کودک ارتباط معنی‌داری وجود داشت. نتایج پژوهش Khanzadeh [۱۶] نشان داد بازی‌درمانی کودک محور موجب افزایش خودکارآمدی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در سطح کل و در موقعیت با تعارض در تعاملات بین فردی شد، اما تأثیری بر احساس خودکارآمدی در موقعیت بدون تعارض در تعاملات بین فردی آن‌ها نداشت که این بخش از نتایج، با یافته پژوهش حاضر، ناهمسو است. یکی از دلایل احتمالی عدم همخوانی این بخش از یافته تحقیق Khanzadeh با تحقیق حاضر را می‌توان انجام مداخله روی دانش‌آموزان ۸ تا ۱۲ ساله با نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای و مدت‌زمان آموزش دانست. نتایج پژوهش Ehtesham و Tebyari [۲۱] نیز، نشان داد بازی‌درمانی در بهبود باورهای خودکارآمدی و مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان مؤثر بوده است. بر اساس نتایج این مطالعات و مطالعه حاضر، می‌توان این‌گونه تبیین کرد که بازی‌درمانی کودک محور از سویی مبتنی بر استعداد فطری کودک برای کوشش در جهت رشد و بلوغ و از سویی دیگر نگرشی در جهت اعتقاد عمیق و پایدار به توانایی کودک برای خود فرمان بودن وی به گونه‌ای سازنده است. بازی‌درمانی کودک‌محور کمک می‌کند کودکان خودکارآمدی و اعتماد را در خود رشد دهند و این جریان از طریق سلطه بر ترس‌ها، فراگیری مهارت و یادگیری تکالیف جدید انجام می‌شود. کودکان از این طریق کاربرد تفکر خلاقانه برای حل مسائل، یادگیری درباره خود و ابراز هیجانات را می‌آموزند [۱۵]. این کودکان با داشتن خودکارآمدی بالا در موقعیت‌هایی که به توان و تحمل بیشتری نیاز دارد، مقاومت



انجام پژوهش‌های جامع‌تر در نمونه‌های گسترده‌تر، در سایر جمعیت‌ها و در هر دو جنسیت پیشنهاد می‌گردد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی بازی‌درمانی کودک محور بر افزایش خودکارآمدی و کاهش رفتارهای تکانشی دانش‌آموزان دختر پایه سوم ابتدایی، توصیه می‌شود این برنامه به صورت گروهی در قالب برنامه‌های آموزشی مدرسه در کار با دانش‌آموزان دارای مشکلات رفتاری، جهت کاهش رفتارهای تکانشی و افزایش خودکارآمدی توسط روانشناسان و مشاوران مورد توجه قرار گیرد.

### تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

### سهم نویسندگان

فرهاد اصغری: نویسنده مسئول، بازنگری و نظارت بر اجرای کار، فریبا سعیدپور: نویسنده مقاله، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری مقاله و سمیرا نوائیان: گردآوری پرسشنامه‌ها و هماهنگی در اجرای پژوهش.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش، والدین و مسئولین مدارس دخترانه فرید و پور رجب شهرستان رامسر که امکان اجرای پژوهش را تسهیل نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

دارند، بسیار ضعیف عمل می‌کنند، دچار سرخوردگی می‌شوند. سرخوردگی و ناامیدی، رفتارهای تکانشی آن‌ها را افزایش می‌دهد و به همین ترتیب ضعف بیشتری در مهارت‌تکانه، احساس می‌کنند و این چرخه معیوب همواره ادامه می‌یابد [۱۵]. در تبیین این یافته می‌توان گفت بازی‌ها، کودکان را جامعه‌پذیر بار می‌آورند و درون آن‌ها را مستحکم می‌کنند. از سوی دیگر، جلسات بازی‌درمانی، مشابه یک موقعیت واقعی عمل می‌کند و کودک می‌تواند برخوردهای صحیح در موقعیت‌های مختلف اجتماعی را به هنگام بازی تمرین کند. به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت کودکان از طریق بازی کردن، بسیاری از مهارت‌های اجتماعی را که در بزرگسالی به آن‌ها احتیاج دارند، یاد می‌گیرند. در این زمینه، بازی‌درمانی کودک محور به دلیل ایجاد فرصت‌های کسب موفقیت و ایجاد احساس رضایت از خود، افزایش مهارت‌های حل مسئله و به تبع آن افزایش اعتماد به نفس و نیز ایجاد بینش نسبت به پیامدهای رفتاری خود، منجر به کاهش رفتارهای تکانشی و افزایش مهارت‌های اجتماعی در کودکان می‌شود. بنابراین، توجه به تشخیص و مداخلات زودهنگام و استفاده از درمان‌های مبتنی بر بازی کودک محور می‌تواند در درمان اختلال نارسایی توجه، تکانشگری و سایر اختلالات رفتاری کودکان مفید و مؤثر باشد [۱۱].

با توجه به اینکه پژوهش حاضر روی دانش‌آموزان دختر مقطع سوم ابتدایی شهرستان رامسر انجام شده است و شیوه نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود، نمی‌توان نتایج آن را به سایر دانش‌آموزان تعمیم داد و تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. دیگر محدودیت این پژوهش، عدم وجود مرحله پیگیری بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده مرحله پیگیری جهت مطالعه دقیق‌تر اضافه گردد. همچنین، برای قضاوت دقیق‌تر پیرامون تأثیر مداخله حاضر و تعمیم نتایج،

## References

1. Pourhossein R, Habibi M, Ashoori A, Ghanbari N, Riahi Y, Ghodrati S. Prevalence of behavioral disorders among preschool children. *Fundamentals of Mental Health* 2015; 17(5):234-9. [Persian]
2. Essau C, Petermann F. Anxiety disorders in children and adolescents. *Epidemiology, risk factors and intervention. MMW Fortschritte der Medizin* 1999;141(27):32-5.
3. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. Wolters Kluwer; 2015:78-9.
4. Afrooz G, Arjmandnia A, Taghizadeh H, Ghasemzadeh S, Asadi R. The Comparison of Self-Efficacy Beliefs and Mental Health between gifted and normal students. *MEJDS* 2014;3(3):27-38. [Persian]

5. Abbariki A, Shalani B. The Effectiveness of Play with the feeling words on Reducing Alexithymia in Students with Learning Disability. *Psychology of Exceptional Individuals* 2017;6(24):205-25. [Persian]
6. Berg JM, Latzman RD, Bliwise NG, Lilienfeld SO. Parsing the heterogeneity of impulsivity: A meta-analytic review of the behavioral implications of the UPPS for psychopathology. *Psychological assessment* 2015;27(4):1129-46.
7. Paydary K, Mahin Torabi S, SeyedAlinaghi S, Noori M, Noroozi A, Ameri S, et al. Impulsivity, sensation seeking, and risk-taking behaviors among HIV-positive and HIV-negative heroin dependent persons. *AIDS research and treatment* 2016;2016:1-8.
8. Nelson HJ, Kendall GE, Burns S, Schonert-Reichl K. Protocol for the design of an instrument to measure preadolescent children's self-report of covert aggression and bullying. *BMJ open* 2015;5(11):e009084.
9. Shokoohi YM, Zamani N. The Effectiveness of Cognitive Interpersonal Problem-Solving on Reducing Challenging Behaviors of Slow-Learner Students: Single-Subject Study. *Journal of psychological models and methods* 2012; 2(8):53-69. [Persian]
10. Saadat M. Which symptoms of ADHD would improve with play therapy and yoga? *J Except Child* 2011;11(1):45-56. [Persian]
11. Panksepp J. Can PLAY diminish ADHD and facilitate the construction of the social brain? *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2007;16(2):57-66.
12. Tran TD, Biggs B-A, Tran T, Simpson JA, de Mello MC, Hanieh S, et al. Perinatal common mental disorders among women and the social and emotional development of their infants in rural Vietnam. *Journal of affective disorders* 2014;160:104-12.
13. Winburn A, Gilstrap D, Perryman M. Treating the tiers: Play therapy responds to intervention in the schools. *International Journal of Play Therapy* 2017;26(1):1-11.
14. Lin YW, Bratton SC. A meta-analytic review of child-centered play therapy approaches. *Journal of Counseling & Development* 2015;93(1):45-58.
15. Mohammad IE. *Play therapy: Theories, Methods and Clinical Applications*. 1nd ed. Tehran: Danjeh Publishing; 2010:28-9. [Persian]
16. HosseinKhanzadeh AA. The effect of child-centered play therapy on the self-efficacy in peer relations among students with oppositional defiant disorder symptoms. *Quarterly Journal of Child Mental Health* 2017;4(3):49-59. [Persian]
17. Bouzendan A. The Effect of Child Centered Play Therapy Based on Nature on Attention and Aggression of Children with Asperger Disorder (a single case study). *Journal of Pediatric Nursing* 2019;5(3):59-67. [Persian]
18. Ganji K, Zabihi R, Khodabakhsh R, Kraskian A. The impact of child-centered play therapy on reduction of behavioral symptoms of children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of clinical psychology* 2012; 3(4):15-25. [Persian]
19. Salter K, Beamish W, Davies M. The effects of child-centered play therapy (CCPT) on the social and emotional growth of young Australian children with autism. *International Journal of Play Therapy* 2016;25(2):78-90.
20. Stulmaker HL, Ray DC. Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Children and Youth Services Review* 2015;57:127-33.
21. Ehtesham M, Tebyari F. The effectiveness of training play therapy on Improving self-efficacy beliefs and Communication skills of male students in elementary school of Yazd. *Proceedings of the 3th International Conference on Psychology*; 2016 Aug 25; Mashhad, Torbat Heydariyeh. 2016:9222-1. [Persian]
22. Shooshtari M, Abedi A, Golshani F, Ahromi R. Effectiveness of early interventions based on Child-oriented games on the rate of hyperactivity / Impulsivity of Pre-school children. *Psychology of Exceptional Individuals* 2011; 1(2):103-18. [Persian]
23. Geier DA, Kern JK, Davis G, King PG, Adams JB, Young JL, et al. A prospective double-blind, randomized clinical trial of levocarnitine to treat autism spectrum disorders. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research* 2011;17(6):PI15-23.
24. Chari MH. Comparing perceived self-efficacy in social interaction with peers among a group of male and female students. *Quarterly Journal of Psychological Studies* 2007; 3(4):87-103. [Persian]
25. Fischer J, Corcoran K. *Measures for clinical practice: Couples, families, and children*. Simon and Schuster. 2nd Ed. New York: The Free Press; 1994:482-3.
26. Kafili KS, Asghari F. Effectiveness of Play Group Therapy on Controlling the Impulsivity, Reducing the Aggression and Increasing the Interpersonal Relationships. *Iran and world new researches in psychology and educational sciences law and social sciences conference*; 2017 May 18; Shiraz. 2017:150-1. [Persian]
27. Axline VM. *Play Therapy*. 1 nd ed. New York: Ballantine Books; 1969:300-1.

# Determining the Effectiveness of Child-centered Play Therapy on Impulsive Behaviors and Self-efficacy of Third-Grade Female Students

Asghari F<sup>1</sup>, Saeedpoor F<sup>2</sup>, Navaeian S<sup>3</sup>

1- Assistant Prof, Dept of Counseling, Faculty of Literature and Human Sciences, University of Guilan, Rasht, Iran. (Corresponding Author)

Email: Farhad.asghari@gmail.com, Tel: 013-33329073

2- MSc, Dept of Counseling, Faculty of Literature and Human Sciences, University of Guilan, Rasht, Iran.

3-MSc, Dept of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Rasht Branch, Rasht, Iran.

Received: 17 December 2019 Accepted: 7 March 2020

**Introduction:** The early years of life are important for the multi-dimensional transformation of children and the foundation shaping of life. There are many tactics to reduce impulsive behaviors and increase self-efficacy in students. Child-centered play therapy is one of the most effective approaches in this context. The present study aims to determine the effectiveness of child-centered play therapy on impulsive behaviors and self-efficacy of third-grade female students.

**Materials and Methods:** A quasi-experimental design, with a pre-test and post-test with the control group, was used in this applied research. The statistical population of the study included all 9-years-old female students of Ramsar elementary schools in the academic year of 2017-2018. 24 persons were selected by convenience sampling method from two schools in Ramsar city, according to conditions of the study; then, they were randomly divided into experimental and control groups (12 persons in each group). The groups completed Wheeler & Ladd Children Self-Efficacy Scale (1982) and Hirschfield Impulsivity Scale (1965) in pre-test and post-test stages.

During 8 sessions of 45 minutes, child-centered play therapy was performed for the experimental group individually, while the control group did not receive any intervention. MANCOVA was used to analyze the data.

**Results:** The results of MANCOVA showed that child-centered play therapy increased self-efficacy in subscales with conflict, without conflict, and total scale ( $F=165.60, p=0.001, \eta^2=0.865$ ). Furthermore, the effectiveness of child-centered play therapy on reducing impulsive behaviors was confirmed ( $F=1380.15, p=0.001, \eta^2=0.891$ ).

**Conclusion:** Based on the results, child-centered play therapy as an effective treatment to decrease impulsive behaviors and increase self-efficacy in third-grade female students is recommended.

**Keywords:** Child-centered play therapy, Self-efficacy, Impulsive behaviors

---

### Please cite this article as follows:

Asghari F, Saeedpoor F, Navaeian S. Determining the Effectiveness of Child-centered Play Therapy on Impulsive Behaviors and Self-efficacy of Third-Grade Female Students. *Community Health journal* 2020; 13(4):64-74.

---

**Funding:** Personal fund.

**Conflict of interest:** There is no conflict of interest with the authors.

**Ethical approval:** Ethical considerations, in the present study, included informed consent, the right to leave meetings, explaining the study aims, and assuring families that the information would be kept strictly confidential.