

بررسی تفاوت جنسیت در افزایش خودکارآمدی با استفاده از بازی درمانی در کودکان دارای اختلال یادگیری

زهرا بی‌باک^۱، علی پولادی ریشه‌ری^۲، محمدرضا بحرانی^۲

^۱ کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی- کودک و نوجوان.

^۲ عضو هیئت علمی دانشگاه روانشناسی دانشگاه پیام نور بوشهر.

نام نویسنده مسئول:

زهرا بی‌باک

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۲۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی درمانی در افزایش خودکارآمدی کودکان دارای اختلال یادگیری بود. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پی آزمون- پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. حجم نمونه تحقیق شامل ۴۴ کودک دچار اختلال یادگیری بود که به صورت نمونه گیری هدفمند در دسترس انتخاب شدند. جلسات بازی درمانی طی ده جلسه بود؛ که هفته‌ای دو جلسه طی ۳ ماه برگزار شد. ابزار تحقیق شامل پرسشنامه خودکارآمدی شرر و آدامز و برای بازی درمانی هم یک پروتکل درمانی استفاده گردید. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج حاصله نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل بر اساس آنالیز کوواریانس اختلاف معنی داری وجود دارد ($p < 0.05$) که نشان دهنده مؤثر بودن بازی درمانی در افزایش خودکارآمدی در کودکان اختلال یادگیری است. برای بررسی تفاوت بین دختر و پسر از آزمون بنفرونی استفاده گردید و نشان داده شد که بازی درمانی تفاوت معنی داری در افزایش خودکارآمدی بین دختر و پسر ندارد.

واژگان کلیدی: بازی درمانی، خودکارآمدی، پرسشنامه شرر و آدامز.

مقدمه

بازی دارای یک نقش اساسی در جنبه‌های مختلف رشد از جمله عاطفی، جسمانی، اجتماعی و شناختی هست (المیدا^۱، ۲۰۱۱). بازی درمانی^۲ یک روش درمانی است که برای درمان مشکلات و اختلالات کودکان مورد استفاده قرار می‌گیرد. بازی درمانی تکنیکی است که به وسیله آن طبیعت کودکان به صورت بیانی معنی می‌شود و روشی برای مقابله است؛ برای مقابله با استرس‌های هیجانی و همچنین برای کودکانی که دچار آشفتگی‌های ناشی از مشکلات خانوادگی هستند به کار می‌رود. درمانگرانی که کار بازی درمانی را انجام می‌دهند معتقدند که این تکنیک به کودکان اجازه می‌دهد مسائلی را که نمی‌توانند در محیط روزانه‌شان مطرح کنند در قالب بازی ارائه دهند و با هدایت درمانگر هیجانات مخفی خود را نمایان کنند. در بازی درمانی، درمانگر رفتار کودکان را بدون قید و شرط می‌پذیرد. بدون این‌که آن‌ها را غافلگیر کند، با آن‌ها بحث کند و یا نادرستی کار آن‌ها را به آن‌ها گوشزد کند. تحقیقات انجام شده در سال‌های اخیر تأکید پژوهشگران را بر بازی درمانی نشان می‌دهد و آن را به عنوان تکنیکی که مشکلات هیجانی و اجتماعی را کاهش می‌دهد مطرح می‌کند (براتون، رای، رهاین و جونز، ۲۰۰۵؛ ۲۰۰۵، جوزف و ریان، ۲۰۰۴). همچنین بازی درمانی بر یادگیری، خودکنترلی، مسئولیت، احترام گذاشتن، پذیرش خود و دیگران بهبود، مهارت‌های اجتماعی، عزت نفس و کاهش افسردگی و اضطراب نیز مؤثر است (بگرلی و پارکر^۳). همچنین بازی وسیله‌ای است که کودکان برای بیان احساس‌ها، برقراری روابط، توصیف تجربه‌ها، آشکار کردن آرزوها و خودشکوفایی خود از آن استفاده می‌کنند (فینتز^۴، ۲۰۱۲).

اهمیت کلی بازی در تحول و انسجام کودک مورد تأکید قرار گرفته و بازی به عنوان حق مسلم و عمومی دوره کودکی مورد توجه قرار گرفته است. بازی تنها فعالیت محوری دوران کودکی است که در تمام مکانها و زمانها اتفاق می‌افتد. کودکان احتیاجی ندارند که چگونگی بازی کردن را یاد بگیرند و کسی هم آن‌ها را وادار به بازی نمی‌کند. بازی خودبه‌خودی، لذت‌بخش، داوطلبانه و بی‌هدف است. برای اینکه بازی کودکان برای والدین امری قابل پذیرش باشد، تعدادی از بزرگسالان معانی ویژه‌ای را برای بازی ابداع کرده‌اند که بتوانند آن را به عنوان کاری که کودکان انجام می‌دهند تعریف کنند. از آنجاکه بزرگ‌ترها اصرار دارند که کودکانشان افرادی موفق باشند، نمی‌توانند ائتلاف وقت کودکان را در بازی تحمل کنند. درواقع برای بزرگ‌ترها این دیدگاه قابل قبول است که کودکان باید کاری انجام دهند، وقت را بیهوده تلف نکنند و برای هدفی ثابت تلاش کنند (لندرث، ۲۰۰۲). بازی درمانی روشی است که به یاری کودکان مشکل‌دار می‌شتابد تا بتوانند مسائلمان را حل کنند و درعین حال، نشان‌دهنده این واقعیت است که بازی برای کودک، همانند یک وسیله طبیعی است، با این هدف که او بتواند، خویشتن و همچنین ویژگی‌های درون خود را بشناسد و به آن عمل کند. در این نوع درمان همانند آن‌گونه از درمان‌هایی که افراد بزرگسال از طریق آن با سخن گفتن مشکلات خود را بیان می‌کنند، به کودک فرصت داده می‌شود تا احساس‌های آزاردهنده و مشکلات درون خود را از طریق بازی بروز دهد و آن‌ها را به نمایش بگذارد (حجاران، ۱۳۷۵).

انسان‌ها در طی زندگی خود باورهای را درباره خود و پدیده‌های پیرامون خود کسب می‌کنند، باورهای خودکارآمد از جمله باورهایی هستند که نقش بنیادین در کیفیت زندگی و ایجاد تعادل و توازن بین ابعاد مختلف زندگی دارند. بندورا^۵ (۱۹۹۲) به ادراک فرد از کارآمدی شخصی به عنوان میانجی شناختی تأکید می‌کند. خودکارآمدی^۶ به معنای باور فرد در مورد توانای مقابله او در موقعیت‌های خاص است و الگوهای فکری، رفتار و هیجانی را در سطوح مختلف تجربه انسانی تحت تأثیر قرار می‌دهد و تعیین کننده این است که آیا رفتاری شروع خواهد شد یا خیر و اگر شروع شد فرد چه اندازه تلاش برای انجام آن خواهد داشت و در رویارویی با مشکل چه مقدار استقامت از خود نشان خواهد داد (بندورا، ۲۰۰۶).

تلاش برای اعمال کنترل بر شرایط زندگی، تقریباً بر هر فردی حکم فرماست، زیرا این کار می‌تواند منافع شخصی و اجتماعی بی‌شماری را برای آنان تأمین کند توانایی تأثیرگذاری بر پیامدها، آنان را قابل پیش‌بینی می‌سازد، قابل پیش‌بینی بودن، آمادگی

1. Almeida
2. Play Therapy
3. Baggerly & Parker
4. Fintez
5. Bandura
6. Self-efficacy

سازش یافتگی را پرورش می‌دهد. ناامیدی در اعمال نفوذ بر اموری که به صورت نامطلوب بر زندگی فرد تأثیر می‌گذارند نگرانی و ناامیدی را پرورش می‌دهد اما اگر فرد باور داشته باشد که توانایی و کفایت و شایستگی سازش با موقعیت را دارد کمتر احساس تنیدگی در آن موقعیت را می‌کند و اگر فرد احساس لیاقت نکند در مواجهه با تهدیدات و چالش‌ها به راحتی به پاسخ‌های کنار آمدن دست می‌یابد (بندور ۱۹۹۷).

خودکارآمدی به قضاوت‌های افراد در خصوص توانایی‌های خود برای به ثمر رساندن (انجام دادن) سطوح طراحی‌شده‌ی عملکرد اطلاق می‌شود (مرادی، تاج، ۱۳۸۶).

خودکارآمدی از نظریه‌ی شناخت اجتماعی آلبرت بندورا (۱۹۹۷) مشتق شده است که به باورها یا قضاوت‌های فرد به توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسئولیت‌ها اشاره دارد طبق این نظریه اثرات یک‌بعدی محیط بر رفتار انسان رد شده و تأکید می‌شود که انسان‌ها دارای نوعی نظام خودکنترلی و نیروی خودتنظیمی هستند که توسط آن نظام بر افکار، احساسات و رفتارهای خودکنترل دارند و بر سرنوشت خود نقش تعیین‌کننده‌ای ایفا می‌کنند و عملکرد و یادگیری آن‌ها متأثر از گرایش‌های شناختی، عاطفی، احساسات، انتظارات، باورها و ارزش‌هاست. بندورا معتقد است، افرادی که باور دارند می‌توانند به وسیله‌ی اعمالشان به نتایج دلخواه برسند در مواجهه با مشکلات احساس صلاحیت بیشتری می‌کنند و همچنین افرادی که دارای شایستگی و صلاحیت بالا در انجام یک تکلیف هستند، باور پایین نسبت به قابلیت‌هایشان دارند برنوشتن تکلیف کمتر تلاش می‌کنند. به عبارت دیگر وقتی قابلیت‌ها بالا ولی باورهای خودکارآمدی پایین باشد شانس کمی برای انجام تکالیف یا کنار آمدن با موقعیت‌های خاص خواهند داشت؛ بنابراین نظام باورها در آدمیان از یک سو سبب بهبود رفتار، کسب سلامتی، رضایت خاص از زندگی و خشنودی می‌گردد و کیفیت زندگی آدمیان را ارتقاء می‌دهد و از سوی دیگر به نظر می‌رسد بسیاری از مشکلات و مسائلی که افراد در زندگی با آن مواجه می‌شوند و تجربه می‌کنند منتج از این باورهاست و رابطه‌ی نزدیکی با باورهای افراد درباره‌ی خودشان و توانایی‌هایشان دارد. (کروثی، ۱۳۸۲).

تحقیقات نشان داده است که باورهای خودکارآمدی تأثیر نیرومندی بر انگیزه پیشرفت، انتخاب‌ها و میزان تلاش و پشتکار افراد و نهایتاً بر پیشرفت و موفقیت آن‌ها دارد. دانش‌آموزانی که باورهای خودکارآمدی بالا دارند تکالیف دشوار را به عنوان چالش می‌بینند، نسبت به اهدافشان متعهد باقی می‌مانند و در صورت شکست بر تلاش خود می‌افزایند و نهایتاً پشتکار آن‌ها موجب موفقیت می‌شود؛ اما برای دانش‌آموزان دارای باورهای خودکارآمدی پایین تکالیف دشوار در حکم تهدید شخصی هستند و مواجهه با شکست موجب درماندگی و دست کشیدن از تلاش و نهایتاً به عدم موفقیت منجر می‌شود (ریو، ۲۰۰۵). بطور کلی هدف از این مطالعه بررسی بازی درمانی در کودکان دارای اختلال یادگیری دختر و پسر است که بتوان علاوه بر بررسی بازی درمانی در افزایش این خودکارآمدی به بررسی تفاوت جنسیتی در افزایش این خودکارآمدی در شرایط مشابه بازی درمانی پرداخت.

روش پژوهش

این تحقیق از نوع نیمه آزمایشی است که با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کودکان اختلال یادگیری شهرستان بوشهر بودند که از بین آن‌ها تعداد ۴۴ نفر از طریق نمونه‌گیری تصادفی در دسترس به عنوان حجم نمونه انتخاب شد و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند.

گروه آزمایش تحت آموزش بازی‌درمانی و گروه کنترل بدون آموزش می‌باشد. گروه‌ها به روش کاملاً تصادفی انتخاب شدند و قبل از اعمال مداخله‌های تجربی در مورد گروه‌ها پیش‌آزمونی درباره آن‌ها اجرا شد، سپس روش آموزش بازی‌درمانی به عنوان متغیر مستقل اعمال گردید تا تأثیر آن‌ها بر اعتماد به نفس، رشد اجتماعی و خودکارآمدی به عنوان متغیر وابسته مشخص شود. به همین منظور آموزش بازی‌درمانی طی ۱۰ جلسه منظم آموزش داده شد که بازی‌ها برگرفته از کتاب ۱۰۱ تکنیک بازی‌درمانی و کتاب مشاوره با کودکان با روش بازی‌درمانی می‌باشد. سپس در یک جلسه پس‌آزمون‌ها از گروه آزمایش به عمل آمد. در نهایت تفاوت بین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر گروه از نظر معنی‌دار بودن آماری مورد بررسی قرار گرفت.

جدول (۱) دیاگرام طرح

پس آزمون	متغیر مستقل	پیش آزمون		
T2	X	T1	R	گروه آزمایش
T2	X	T1	R	گروه گواه

برای انتخاب نمونه روش‌های متفاوتی وجود دارد که در این تحقیق از روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس استفاده شد. از بین ۱۹۵ دانش‌آموز مراجعه‌کننده به مرکز اختلالات یادگیری مصاحبه و ارزیابی‌های لازم توسط خود مرکز به عمل آمد و در نهایت تعداد ۹۰ نفر از آن‌ها تشخیص اختلال یادگیری گرفتند که از این میان تعداد ۴۴ نفر از دانش‌آموزان را به‌صورت تصادفی انتخاب شد و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

برای بررسی این موضوع از پرسشنامه شرر و ادامز^۸ (به نقل از نریمانی و احدی، ۱۳۸۹) ساخته شد و یک پرسشنامه مداد کاغذی است این مقیاس خودکارآمدی آزمودنی را در سه سطح میل به آغازگری رفتار، میل به تلاش برای تکمیل رفتار، مقاومت آن‌ها در رویارویی با موانع را می‌سنجد. (شرر و مدوکس، ۱۹۸۲). این عوامل در تحقیق وودراف^{۱۰} (۱۹۹۳) نیز مورد تأیید قرار گرفته است.

این مقیاس ۱۷ آیتم دارد و آزمودنی به هر آیتم بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) پاسخ می‌دهد شیوه‌ی نمره‌گذاری این پرسشنامه به این صورت خواهد که در هر کدام از سؤالات (۱-۳-۸-۹-۱۳-۱۵) (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) به ترتیب (۱ تا ۵ نمره) و در بقیه سؤالات نمره‌گذاری برعکس خواهد بود. اعتبار این مقیاس در پژوهش عبدی نیا (۱۳۷۷) ۰/۸۵ و در پژوهش اعرابیان و همکاران (۱۳۸۳)، ۰/۹۱، به‌دست‌آمده است (نقل از زاده محمدی و همکاران، ۱۳۸۷) در پژوهش براتی و همکاران، (۱۳۷۵) ضریب آلفای کرونباخ و پایایی باز آزمایی این مقیاس ۰/۸۱ و ۰/۶۷ گزارش شده است. همچنین مهرابی زاده، فرمند، ابوالقاسمی (۱۳۷۹) در پژوهش خود، آلفای کرونباخ و تصنیف این مقیاس را به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ برآورد کرده‌اند.

یافته‌ها

جدول (۲) شاخص‌های توصیفی و مؤلفه‌های آن در آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل به تفکیک مراحل پیش و پس‌آزمون (خودکارآمدی)

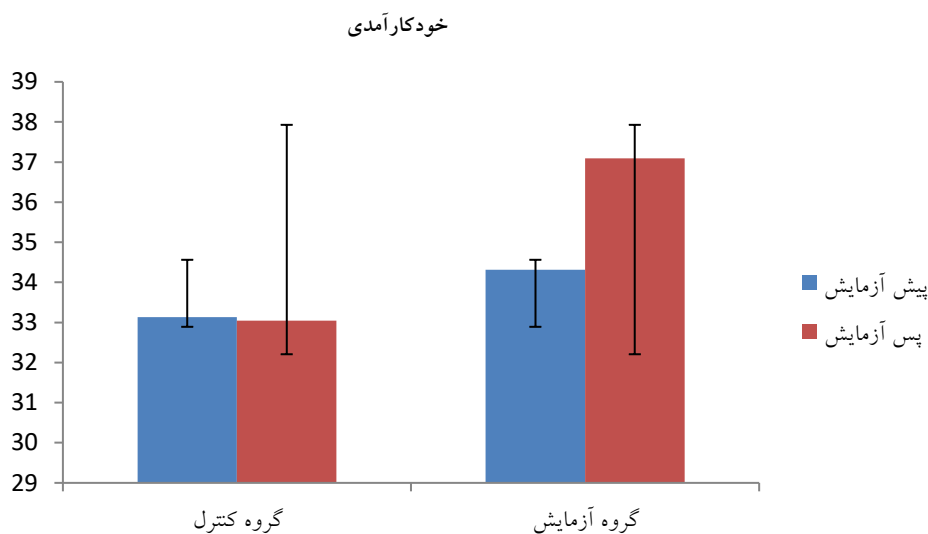
تعداد	پس آزمون		پیش آزمون		آزمون گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۲۲	۰/۲۲۱	۳۷/۳۹	۴/۱۳	۳۴/۳۱	آزمایش
۲۲	۰/۲۲۱	۳۳/۰۵	۴/۶۳	۳۳/۱۴	کنترل

میانگین و انحراف معیار برای هریک از گروه‌ها (کنترل و آزمایش) در جدول ۴-۵ نشان داده شده است.

8. Shere, Adamz

9 - Medoks

10 . Woodruf



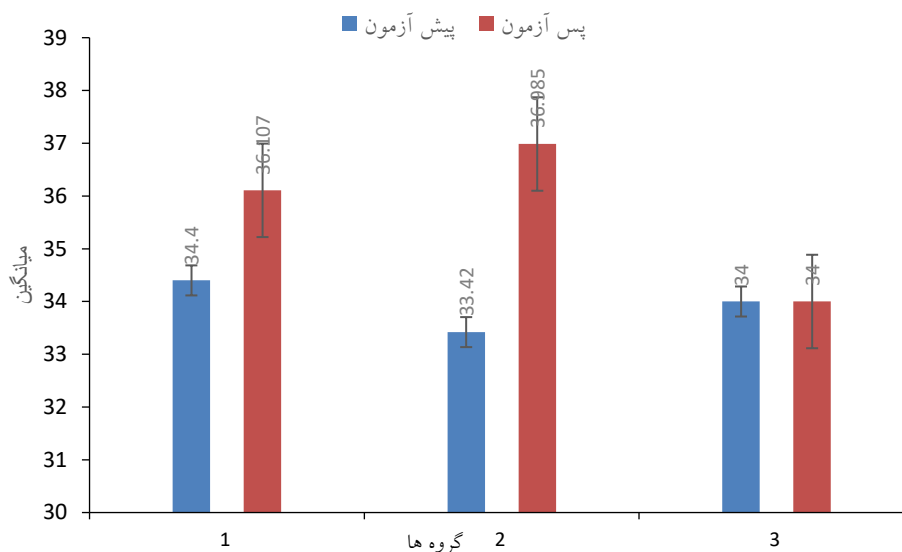
شکل (۱) مقایسه میانگین گروه آزمایش و گروه کنترل در پیش و پس از آزمون (خودکارآمدی)

در نمودار بالا مقایسه میانگین در دو گروه کنترل و آزمایش در پیش و پس از آزمون نشان داده شده است که بیانگر بالاتر رفتن نمرات در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در پس از آزمون و مؤثر بودن بازی درمانی در افزایش خودکارآمدی است.

جدول (۳) شاخص‌های توصیفی و مؤلفه‌های آن در آزمودنی‌های گروه به تفکیک جنسیت در مراحل پیش و پس از آزمون (خودکارآمدی)

تعداد	پس آزمون		پیش آزمون		آزمون گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۱۱	۰/۲۵۱	۳۶/۱۰۷	۵/۰۶	۳۴/۴	پسر
۱۱	۰/۲۵۲	۳۶/۹۸۵	۴/۴۸	۳۳/۴۲	دختر
۱۱	۰/۲۵۱	۳۳/۵۷۵	۴/۹۵	۳۴	کنترل

مقایسه میانگین در هر گروه



گروه ۱ ← پسر گروه ۲ ← دختر گروه ۳ ← کنترل

شکل (۲) مقایسه میانگین گروه به تفکیک جنسیت در پیش و پس از آزمون (خودکارآمدی)

نمودار ۲ نشان داد که میانگین نمرات در پیش و پس از آزمون را در سه گروه پسر، دختر و کنترل متفاوت است.

جدول (۴) خلاصه تجزیه کوواریانس تک متغیره بر روی نمره‌های پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل در متغیر خودکارآمدی

آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری	مجذور اتا
شرر و آدامز	۸۹/۴۸۰	۱	۸۹/۴۸۰	۸۴/۲۱۲	۰/۰۰۰	۰/۶۷۳

نتایج حاصل از کوواریانس یک‌راهه مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که اختلاف معنی‌داری بین گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون وجود دارد ($P < 0.05$).

جدول (۵) میزان درصد فراوانی نمرات کسب‌شده در گروه آزمایش (خودکارآمدی)

طبقه‌بندی نمرات	پیش‌آزمون (درصد)	پس‌آزمون (درصد)
۳۰-۲۵	۲۶/۷	۱۵/۶
۳۵-۳۱	۳۵/۵	۳۳/۳
۴۰-۳۶	۲۲/۲	۲۶/۷
۴۵-۴۱	۱۵/۶	۲۴/۴

در مقایسه عملکرد نمرات در پیش و پس‌آزمون در دو گروه دختر و پسر که در جدول ۵ نشان داده شد.

جدول (۶) خلاصه تجزیه کوواریانس تک متغیره بر روی نمره‌های پس‌آزمون به تفکیک جنسیت

آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری	مجذور اتا
شرر و آدامز	۹۳/۴۳	۲	۴۶/۷۱۸	۴۹/۶۲۴	۰/۰۰۰	۰/۷۰۸

به منظور تحلیل اختلاف بین گروه دختر و پسر و کنترل از آزمون کوواریانس استفاده شد. از آزمون بنفرونی برای گزارش اختلاف بین گروه‌ها استفاده شد.

جدول (۷) مقایسه اختلاف گروه‌ها به تفکیک جنسیت بر اساس آنالیز بنفرونی (خودکارآمدی)

گروه‌ها	P value
دختر-پسر	۰/۱۰۲
پسر-کنترل	۰/۰۲
دختر-کنترل	۰/۰۱

بحث و نتیجه گیری

امروزه مهم‌ترین روش برای خودکارآمدی کودکان، بازی درمانی است که حتی موجب درمان بسیاری از اختلالات روانی در بزرگسالان نیز می‌شود. بازی سالم و متناسب با کودکان می‌تواند به علت دست‌کاری در پدیده‌ها و آزمایش محیط اطراف توسط کودک افزایش رشد عقلانی وی را در پی داشته باشد، چراکه حس کنجکاوی کودک از این طریق برآورده شده و مناسب‌ترین عمل رشد عقلی کودک است (ملایری و همکاران، ۱۳۹۱). از طرفی بازی وسیله است برای بیان احساسات، برقراری روابط، توصیف جزئیات، آشکار کردن آرزوها و خودشکوفایی، فعالیت بازی درواقع تلاش کودک برای کنار آمدن با محیط است که از طریق آن خود را می‌یابد و دنیا را درک می‌کند. مشکلاتی که کودکان تجربه می‌کنند جدای از آن‌هاست، بنابراین بازی درمانی با ساخت درونی پویایی کودک همراه با یک دیدگاه پویایی متناسب با آن سازگار می‌باشد. بازی درمانی روشی است که به وسیله آن، ابزارهای طبیعی بیان حالت کودک، یعنی بازی، به عنوان متد درمانی وی به کار گرفته می‌شوند تا به کودک کمک کند فشارهای احساسی خویش را تحت کنترل قرار دهد. بازی افکار درونی کودک با دنیای خارجی او را ارتباط می‌دهد و باعث می‌شود که کودک بتواند اشیاء خارجی را تحت کنترل خود درآورد بازی به کودک اجازه می‌دهد تجربیات، افکار و تمایلاتی را که برای او تهدیدکننده است نشان دهد (اکبری، ۱۳۹۶).

برای بررسی این موضوع از کوواریانس یا ضریب اطمینان ۹۵ درصد استفاده شد. بر اساس نتایج به دست آمده مشخص شد که اختلاف معنی‌داری بین گروه مورد آزمایش و گروه کنترل در خودکارآمدی وجود دارد ($P < 0.05$) یا به عبارتی دیگر سطح خودکارآمدی در گروه‌های مورد آزمایش به شکل معنی‌داری بیشتر از گروه گواه است و تأثیر بازی درمانی در افزایش خودکارآمدی را نشان می‌دهد. نمودار ۲ تعیین کرد ۱۰ جلسه بازی درمانی باعث شده است که دخترها در پس‌آزمون نمره بالاتری را کسب کنند سپس گروه پسرها و گروه کنترل تفاوتی را نشان نداد. البته بر اساس آنالیز آماری اختلاف معنی‌داری بین گروه پس و دختر وجود ندارد ($P > 0.05$). از تحلیل کوواریانس بین گروه آزمایش و کنترل می‌توان نتیجه گرفت بازی درمانی باعث افزایش خودکارآمدی در کودکان دارای اختلال یادگیری می‌شود. برای بررسی این موضوع از آزمون شرر و آدامز استفاده شد. در جدول ۵ مشخص گردید پس از انجام بازی درمانی میزان نمرات در طبقه‌های بالا افزایش پیدا کرده است و این نشان‌دهنده افزایش خودکارآمدی پس از بازی درمانی است. همچنین در تحلیل آزمون کوواریانس نیز معنی‌دار بودن تأثیر بازی درمانی مشخص بود؛ بنابراین فرضیه فوق مورد تأیید قرار گرفت. نتایج حاصل از کوواریانس یک‌راهه مندرج در جدول ۶ در هر سه آزمون نشان می‌دهد که بین گروه پس‌آزمون در بین گروه پسر و کنترل و بین گروه دختر و کنترل وجود دارد ($P < 0.05$). بر اساس نتایج به دست آمده در جدول ۷ تعیین گردید که در خودکارآمدی بعد از پس‌آزمون نتایج بین گروه دختر و پسر اختلاف معنی‌داری نداشت ($P > 0.05$)؛ و بین گروه دختر و گروه کنترل و گروه پسر و گروه کنترل این اختلاف معنی‌دار بود ($P < 0.05$).

منابع و مراجع

- [۱] اکسلاين، ویرجینیا (۱۳۷۵) بازی درمانی، ترجمه احمد حجاران، تهران: انتشارات کیهان.
- [۲] اکبری، م. دهقانی، ب؛ جعفری، آ (۱۳۹۶) تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان و اضطراب و افسردگی کودکان دیابت نوع یک. فصلنامه‌ایده‌های نوین روانشناسی. دوره ۱. شماره ۲. ص ۴ تا ۵۴.
- [۳] براتی، بختیاری، سیامک (۱۳۷۵) بررسی رابطه‌ی ساده و چندگانه‌ی متغیرهای خودکارآمدی، عزت نفس و خودیابی، با عملکرد تحصیلی در دانش‌آموزان سال سوم نظام جدید متوسطه شهرستان اهواز، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- [۴] ریو، جان مارشال (۱۳۸۵) انگیزش و هیجان ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: انتشارات ویرایش (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۵).
- [۵] زاده محمدی، علی؛ عابدی، علیرضا؛ خانجانی، مهدی (۱۳۸۷) بهبود حرمت خود و خودکارآمدی در نوجوانان، فصلنامه‌ی روانشناسان ایرانی، (۱۵-۴-۲۵۲-۲۴۵).
- [۶] عبدی‌نیا، م (۱۳۷۷) بررسی روابط خودکارآمدی، جهت‌گیری‌های هدفی، یادگیری خودگردان پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان سوم راهنمایی در تهران، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
- [۷] علی‌نیا، کروی، ر (۱۳۸۲) بررسی رابطه‌ی مفهوم خودکارآمدی و سلامت روانی دانش‌آموزان مقطع دبیرستان، پایه‌ی سوم شهر بابل، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
- [۸] مرادی، تاج، ع (۱۳۸۶) بررسی رابطه‌ی خودکارآمدی عمومی و نگرش علمی با پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان رشته‌ی علوم تجربی مقطع پیش‌دانشگاهی در دروس فیزیک و شیمی، زیست‌شناسی، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز.
- [۹] مهرابی زاده هنرمند، مهناز؛ نجاریان، بهمن؛ ابوالقاسمی، عباس؛ شکرکن، حسین (۱۳۹۷) مجله علوم تربیتی و روانشناسی اهواز. شماره ۱ و ۲.
- [۱۰] نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم؛ ابوالقاسمی، عباس؛ احدی، بتول (۱۳۹۲) مقایسه‌ی اثربخشی آموزش پذیرش/تعهد با آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی. ناتوانی‌های یادگیری، ۲ (۳) ۱۷۶-۱۵۴.
- [11] Almeida, P.A. (2011). Critical thinking, questioning and creativity as components of intelligence. *Procedia Soc Beha Sci*. 30, 357-362.
- [12] Baggerly, Jennifer. «The Effects of Child-Centered Group Play Therapy on Self-Concept, Depression, and Anxiety of Children Who Are Homeless. » *International Journal of Play Therapy* 13, no. 2 (2004): 31.
- [13] Bandura, A. (1992). Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. In. R. schwarzer (Ed). *Self-efficacy: Thought control of action* (pp.335-394). Washington, DC: Hemisphere.
- [14] Bandura, A. (1977). Self – efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- [15] Bandura, A. (2006). Adolescent development from and agnatic prespective. Inf.pajares and T.urdan (Eds). *Self-efficacy beliefs of Adole sent*, 5, 143-146.
- [16] Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2004). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376.
- [17] Fintez, J.M. (2012). The Assessment of phonological memory skills in preschool children. *J Educ Psychol*. 65(2): 155-164.
- [18] Lendreth, G. (2002). *Play therapy, the Art of relationship*, New York,. Brunner Routledge press.
- [19] Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B. & Rogers, R.W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.