

## 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

Shiva Akhavan 

PhD Candidate in General Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Ahmad Abedi \*

Associate Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Sheida Jabalameli 

Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

### Abstract

The present study was conducted to investigate the effectiveness of play therapy based on the parent-child relationship on emotional self-regulation of primary school children with sluggish cognitive tempo. The present study was quasi-experimental with a pretest, posttest, control group, and two-month follow-up period design. The statistical population of the present study included primary school children with sluggish cognitive tempo in the city of Isfahan in the spring of 2021. 35 children with Sluggish Cognitive Tempo were selected through a multi-stage clustered sampling method and they were randomly accommodated into experimental and control groups (17 children in the experimental group and 18 children in the control group). The experimental group received eight seventy-five-minute play-therapy sessions based on parent-child relationship interventions for one month. The applied questionnaires in this study included a sluggish cognitive tempo questionnaire (McBurnet et al, 2014) and an emotional self-regulation questionnaire (Shields & Cicchetti, 1998). The data from the study were analyzed through Mixed ANOVA via SPSS23 software. The results showed

\* Corresponding Author: a.abedi@edu.ui.ac.ir

**How to Cite:** Marzieh, M., Marzieh, M., Marzieh, M. (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, *Journal of Psychology of Exceptional Individuals*, 12(45), 193-23.

that play therapy based on the parent-child relationship has a significant effect on the emotional self-regulation of primary school children with sluggish cognitive tempo ( $p<0.001$ ). According to the findings of the present study, it can be concluded that play therapy based on the parent-child relationship can be applied as an efficient method to increase the emotional self-regulation of primary school children with sluggish cognitive tempo through employing Empathetic and intimate reflection of the child's feelings, encouragement and strengthening of parents and making communication problems with children natural.

**Keywords:** Sluggish Cognitive Tempo Disorder, Emotional Self-Regulation, Play Therapy Based on the Parent-Child Relationship



## اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک بر خودتنظیمی هیجانی کودکان دبستانی با ضرب آهنگ شناختی کند

دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

شیوا اخوان

دانشیار گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

احمد عابدی \*

استادیار گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

شیدا جبل عاملی

### چکیده

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک بر خودتنظیمی هیجانی کودکان دبستانی با ضرب آهنگ شناختی کند انجام گرفت. پژوهش حاضر آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کودکان دبستانی با ضرب آهنگ شناختی کند شهر اصفهان در فصل بهار سال ۱۴۰۰ بود. در این پژوهش تعداد ۳۵ کودک دبستانی با اختلال ضرب آهنگ شناختی کند با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۷ کودک در گروه آزمایش و ۱۸ کودک در گروه گواه). گروه آزمایش مداخله بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک را طی یک ماه در ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه ضرب آهنگ شناختی کند (مک‌برنت و همکاران، ۲۰۱۴) و پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی (شیلد و کیکتی، ۱۹۹۸) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس آمیخته با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS<sub>۲۳</sub> مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک بر خودتنظیمی هیجانی کودکان دبستانی با ضرب آهنگ شناختی کند تأثیر معنادار دارد ( $p < 0.001$ ). بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک با بهره‌گیری از

\* نویسنده مسئول: a.abedi@edu.ui.ac.ir

۱۹۶ | روان‌شناسی افراد استثنایی | سال دوازدهم | شماره ۴۵ | بهار ۱۴۰۱

انعکاس همدلانه و صمیمی احساسات کودک، تشویق و تقویت والدین و طبیعی جلوه دادن مشکلات ارتباطی با فرزندان می‌تواند به‌عنوان یک روش کارآمد جهت بهبود خودتنظیمی هیجانی کودکان دبستانی با ضرب‌آهنگ شناختی کند مورد استفاده گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** ضرب‌آهنگ شناختی کند، خودتنظیمی هیجانی، بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک.

## مقدمه

دوران دبستان دوره مهمی از نظر بررسی و تشخیص مشکلات روان‌پزشکی و رفتاری کودکان به شمار می‌رود و تشخیص و درمان مناسب این مشکلات می‌تواند در آینده‌ی زندگی خانوادگی، اجتماعی، تحصیلی و شغلی کودکان بسیار مؤثر واقع شود (کیو، وانگ، تانگ، وو، ژانگ و سانگ<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). در میان همه سطوح آموزش و پرورش، مرحله دبستانی حساسیت و اهمیت ویژه‌ای دارد. در این دوره بنیان‌های فکری و ذهنی کودکان برای یادگیری مفاهیم گوناگون و پرورش ابعاد مختلف جسمی، اجتماعی، روانی، شناختی و استعداد‌های گوناگون گذاشته می‌شود؛ به عبارت دیگر آموزش و پرورش دبستانی سنگ‌بنا و اساس فعالیت‌های آموزش و پرورش کودکان برای سطوح بعد است (والن، سیلوستر و لابی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). وجود بعضی مشکلات شناختی و یا روان‌شناختی می‌تواند فرایند تحولی کودکان را در این دوره سنی متأثر سازد. ضرب‌آهنگ شناختی کند<sup>۳</sup> از جمله مشکلاتی است که می‌تواند آسیب‌های فراوانی را بر پردازش کارآمد شناختی و روان‌شناختی کودکان وارد سازد (کریکیو و ویلکات<sup>۴</sup>، ۲۰۲۱). ضرب‌آهنگ شناختی کند، بیانگر مجموعه‌ای از نشانه‌هایی است که برای توصیف شرایط نوع خاصی از اختلال توجه، تمرکز حواس و کندی در پردازش اطلاعات مورداستفاده قرار می‌گیرد. ضرب‌آهنگ شناختی کند با وجود مشابهت در بعضی از علائم، با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی<sup>۵</sup> تفاوت دارد. این مجموعه از مشکلات به دلایل متعدد از جمله تشخیص، طبقه‌بندی و درمان برای متخصصان حوزه اختلال‌های تحولی چالش‌برانگیز بوده و باعث به وجود آمدن بحث‌های زیادی در کنار اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی شده است (بکر<sup>۶</sup>، ۲۰۲۱). بکر، لابی و جويس<sup>۷</sup> (۲۰۱۵) طی یک پژوهش فراتحلیل، سیزده نشانه ضرب‌آهنگ شناختی کند

1. Qu ,Wang ,Tang ,Wu ,Zhang ,Sun
2. Whalen ,Sylvester ,Luby
3. sluggish cognitive tempo
4. Creque ,Willcutt
5. Attention Deficit and Hyperactivity Disorder
6. Becker
7. Becker, Luebbe, Joyce

به دست آوردند که با نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی متفاوت است. این سیزده نشانه عبارت‌اند از: بی‌اعتنایی، بی‌انگیزگی، خیال‌پردازی، به‌آسانی گیج شدن، مات و مبهوت بودن، کم کردن مسیر فکر یا فقدان تنظیم شناختی، گم‌شدن در افکار، کندی، خواب‌آلودگی و کسلی و پردازش تفکر کند، خیالاتی بودن، خیره شدن، خستگی و غیرفعال/ کندی حرکت.

ارتباط معناداری بین ضرب‌آهنگ شناختی کند و نشانه‌های اختلال‌های درون‌نمود<sup>۱</sup> مثل اضطراب و افسردگی وجود دارد (بثرا<sup>۲</sup>، ۲۰۲۱). پژوهش‌ها نشان داده است که ضرب‌آهنگ شناختی کند به‌طور منحصربه‌فردی با عملکرد ضعیف‌تر در زمینه‌های گوناگون فعالیت‌های مهم زندگی، مثل مشکلات تحصیلی (شامل سازمان‌دهی ضعیف، مشکل در انجام تکالیف و سطح پایین‌تر از میانگین)، مشکلات اجتماعی (شامل انزوا و کناره‌گیری از همسالان و عدم تنظیم هیجانی) ارتباط دارد (بارنس، بکر، سرورا، برناد و گارسیا-بندا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). باوجود اینکه ضرب‌آهنگ شناختی کند هم با مشکلات اجتماعی و هم نشانه‌های افسردگی و اضطراب ارتباط دارد، بنابراین عجیب نیست که با مشکلات خودتنظیمی هیجانی<sup>۴</sup> نیز مرتبط باشد (فلانری، بکر و لابی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶). مطالعه تحول خودتنظیمی هیجانی نشان داده است که این مقوله در دوران کودکی دارای اهمیتی حیاتی است؛ چراکه در طول این دوره، کودکان باید درکی از راهبردهای خودتنظیمی هیجانی داشته باشند و یاد بگیرند از آن برای مدیریت هیجان‌های خود استفاده کنند (مگریا، آل-اتیاه، مصطفی و حسنین<sup>۶</sup>، ۲۰۲۰). اکثر پژوهشگران خودتنظیمی هیجانی را به‌عنوان یک سازه که دربرگیرنده چندین مؤلفه می‌باشد، مورد توجه قرار داده‌اند. این مؤلفه‌ها عبارت‌اند از: ابعاد درونی درک و شناسایی هیجان‌های خود و تعدیل یا مقابله‌ی مناسب با آن‌ها؛

- 
1. Internalized disorders
  2. Beyer
  3. Burns, Becker, Servera, Bernad, García-Banda
  4. emotional self-regulation
  5. Flannery, Becker, Luebbe
  6. Megreya, Al-Attayah, Moustafa, Hassanein

مؤلفه اجتماعی درک و شناسایی حالت هیجانی همسالان و اعضای خانواده؛ و مؤلفه رفتاری که دربرگیرنده پاسخ‌دهی مناسب در موقعیت‌های بین فردی است (استراس، کیویتی و هاپرت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹). بنفر، باردین و کلامس<sup>۲</sup> (۲۰۱۸) بر این باور است که خودتنظیمی هیجانی شامل فرآیندهای درونی و برونی است که مسئول نظارت، ارزیابی و تغییر واکنش‌های هیجانی، به‌خصوص ویژگی‌های شدت و زمان در رسیدن به اهداف است. خودتنظیمی هیجانی یک مفهوم بسیار پیچیده و گسترده می‌باشد که دامنه وسیعی از پاسخ‌های شناختی، هیجانی، رفتاری و فیزیولوژیکی را در برمی‌گیرد و می‌تواند به صورت هوشیار یا ناهوشیار، خودکار یا تلاشمند انجام شود (اندروی، ناکتیلی، مانسینی، رجیانی و ترومینی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). این سازه شامل مهارت‌ها و راهبردهایی برای نظارت، ارزشیابی و تغییر واکنش‌های هیجانی است. راهبردهای خودتنظیمی هیجانی نه تنها شدت و فراوانی حالت‌های هیجانی را کاهش می‌دهد، بلکه باعث ایجاد و حفظ هیجان‌ها نیز می‌گردد؛ بنابراین فرآیندهای خودتنظیمی هیجانی نه تنها بر هیجان‌های منفی بلکه بر هیجان‌های مثبت نیز متمرکز است (ماسر، گالوی-لانگ، فریچ و نیگ<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳).

روان‌شناسان حوزه کودک برای پیشگیری از مشکلات اجتماعی، رفتاری، روان‌شناختی و هیجانی کودکان روش‌های مختلفی را طراحی کرده‌اند. برخی از روش‌ها بر خود کودک، برخی بر والدین و برخی بر محیط آموزشی و خانواده متمرکز بوده است. یکی از روش‌های درمانی مبتنی بر والدین، بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک<sup>۵</sup> است که نتایج پژوهش‌های عدیلی، کلانتری و عابدی (۱۳۹۴)؛ عابدی، سیدقلعه و بهرامی‌پور (۱۳۹۶)؛ عاشوری و کریم‌نژاد (۱۳۹۸)؛ سلطانی و فرهادی (۱۳۹۸)؛ جعفری رنگچی و فرهادی (۱۳۹۸)؛ عدیلی، میرزایی و عابدی (۱۳۹۸)؛ کریمی و دشت‌بزرگی

- 
1. Strauss, Kivity, Huppert
  2. Benfer, Bardeen, Clauss
  3. Andrei, Nuccitelli, Mancini, Reggiani
  4. Musser, Galloway-Long, Frick, Nigg
  5. play therapy based on parent-child relationship

(۱۳۹۹)؛ کوپر، براون و یو<sup>۱</sup>؛ لیندو<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۶)؛ اکانر، شفر و براورمان<sup>۳</sup> (۲۰۱۶)؛ براتون، اپیلا و دافو<sup>۴</sup> (۲۰۱۵) نشان داده است که این روش کارآیی بالینی لازم جهت بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی، رفتاری و هیجانی کودکان را دارا است. این در حالی است که به شکل کلی نتایج پژوهش مختلف نشان داده است که بازی‌درمانی منجر به بهبود عملکرد روان‌شناختی، هیجانی، رفتاری و عاطفی کودکان می‌شود (استرال ماکر و ری<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵؛ دنیل<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹؛ ولت، بندریا و ایهاچر<sup>۷</sup>، ۲۰۲۰؛ علیمزادی، قربان شیرودی، خلعتبری و رحمانی، ۱۳۹۷؛ پیرعباسی و صفرزاده، ۱۳۹۷؛ ابراهیمی، اصلی پور، خسروجاوید، ۱۳۹۸؛ کریمی لیچاهی، آذریان و اکبری، ۱۳۹۸؛ رضایی مقدم، بابایی و رجب‌زاده، ۱۳۹۸). بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک توسط گورنی به‌عنوان برنامه‌ای درمانی برای کودکان مبتلا به مشکلات هیجانی پایه‌گذاری شد. او سال‌ها شاهد این مسئله بود که بسیاری از مشکلات کودکان ناشی از خطاهای والدین است و این خطاها ریشه در فقدان دانش والدین در حوزه والدگری و نوع ارتباط با کودکان دارد. او به رابطه والد و کودک اهمیت بسیاری می‌داد؛ بنابراین این فرضیه را ارائه داد که والدین، می‌توانند با برقراری جلسات بازی با فرزند خود به عاملان درمانی در زندگی آن‌ها تبدیل شوند (جعفررنگچی و فرهادی، ۱۳۹۸). در بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک، درمانگر اصول و مهارت‌هایی مانند انعکاس، گوش کردن، بازشناسی و پاسخ به احساسات کودک و سرخ‌های رفتاری را به والدین آموزش می‌دهد و بر عملکرد آن‌ها نظارت می‌کند تا بیاموزند چگونه جلسات بازی غیر هدایت‌کننده‌ای با کودکان خود داشته باشند. هنگامی که ظرفیت اعتماد به خود والدین در جلسات هفتگی افزایش یافت، این جلسات بازی به محیط خانه منتقل می‌شوند (لیندو و همکاران، ۲۰۱۶). بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک

- 
1. Cooper, Brown, Yu
  2. Lindo
  3. O'Connor, Schaefer, Braverman
  4. Bratton, Opiola, Daffoe
  5. Stulmaker & ray
  6. Daniel
  7. Woollett ,Bandeira ,Hatcher



سه مرحله دارد. مرحله نخست، پذیرش است، در این مرحله باید با والدین کار کرد و بهتر است هر دو والد باشند. پذیرش یعنی به والدین کمک کنیم تا بفهمند کودک یا محیط مشکل ندارد؛ بلکه رابطه مناسب نیست. مرحله دوم، پذیرش فرزند است؛ یعنی کودکان آسیب پذیرند و زود آسیب می بینند؛ ولی این مزیت را دارد که علائم آن را زود بروز می دهند. پس باید آن را بپذیریم و مشکل را با رابطه خوب حل کنیم. مرحله سوم، غنی کردن رابطه است که این کار از طریق بازی کردن با کودک آغاز می شود (توفام و ونفلت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). این شیوه مداخله، روشی کوتاه مدت و ترکیبی از بازی درمانی و خانواده درمانی است و از بنیان های نظری گوناگونی شکل گرفته است که از میان آن ها می توان به رویکردهای رشد، شیوه های روان پویشی، رفتار درمانی، آموزش اجتماعی، شناخت درمانی و سیستم های حل مشکلات بین فردی و خانوادگی اشاره کرد (کرنِت و براتون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴).

در مورد ضرورت انجام پژوهش حاضر می توان گفت، با توجه به این که وجود آسیب های شناختی همانند ضرب آهنگ شناختی کند می تواند آسیب های هیجانی و روان شناختی دیگری را همچون بدکارکردی خودتنظیم هیجانی را در پی داشته باشد، ضروری است که به چنین مشکلاتی توجه شده و استفاده از روش های آموزشی و درمانی مناسب مدنظر قرار گیرد. از طرفی با در نظر گرفتن این نکته که ضرب آهنگ شناختی کند با ایجاد اختلال در فرایند توجه و پردازش هیجانی مناسب کودکان، آینده تحصیلی کودک را نیز با آسیب جدی مواجه می سازد، این کودکان نیازمند مداخله ای کارآمد هستند. بر این اساس احساس می گردد بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک بتواند دارای اثرگذاری مناسبی باشد. این در حالی است که در راستای اجرای مداخله بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک برای کودکان با ضرب آهنگ شناختی کند خلأ پژوهشی وجود دارد. علاوه بر این در حیطه کودکان با ضرب آهنگ شناختی کند به طور جدی خلأ پژوهشی احساس می شود، چراکه این مشکل شناختی در طی سالیان اخیر مورد شناسایی قرار گرفته و انجام پژوهش های مرتبط می تواند به برطرف نمودن خلأ پژوهشی، نظری و کاربردی یاری

---

1. Topham, VanFleet  
2. Cornett, Bratton

رساند؛ بنابراین با توجه به موضوعات مطروحه و پژوهش‌های انجام‌یافته در مورد اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک و از سوی دیگر با توجه به خلأ پژوهشی حاضر به دلیل عدم انجام پژوهشی مشابه، هدف انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر خودتنظیمی هیجانی کودکان با ضرب‌آهنگ شناختی کند است.

## روش

طرح پژوهش حاضر، از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کودکان دبستانی با ضرب‌آهنگ شناختی کند شهر اصفهان در فصل بهار سال ۱۴۰۰ بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد. بدین صورت که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از بین نواحی شش‌گانه آموزش و پرورش شهر اصفهان، یک ناحیه به تصادف انتخاب شد (ناحیه ۵). سپس از بین مدارس ابتدایی این ناحیه، تعداد ۱۲ دبستان نزدیک به هم انتخاب شد. در مرحله بعد از بین کلاس‌های این دبستان‌ها، تعداد ۲۰ کلاس به تصادف انتخاب و از معلمان این کلاس‌ها درخواست شد دانش‌آموزانی را که دارای علائم ضرب‌آهنگ شناختی کند نظیر: بی‌اعتنایی، بی‌انگیزگی، خیال‌پردازی، به‌آسانی گیج شدن، مات و مبهوت بودن، کم کردن مسیر فکر یا فقدان تنظیم شناختی، گم شدن در افکار، کندی، خواب‌آلودگی و کسلی و پردازش تفکر کند، خیالاتی بودن، خیره شدن، خستگی و غیرفعال/کندی حرکت هستند، معرفی نمایند. در این مرحله ۸۹ دانش‌آموز معرفی شد. سپس پرسشنامه ضرب‌آهنگ شناختی کند (مک‌برانت، ویلوداس، بارنس، هینشاو، بیالیو و پیفنر، ۲۰۱۴) به معلمان این دانش‌آموزان ارائه شد تا با پاسخگویی به آن یقین حاصل شود که کودکان معرفی‌شده دارای ضرب‌آهنگ شناختی کند هستند. پس از اجرای پرسشنامه ضرب‌آهنگ شناختی کند، از بین دانش‌آموزانی که تشخیص

اثر بخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک بر...؛ اخوان و همکاران | ۲۰۳

ضرب آهنگ شناختی کند را دریافت نمودند (۷۳ دانش آموز)، تعداد ۴۰ دانش آموز به تصادف انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند (۲۰ دانش آموز در گروه آزمایش و ۲۰ دانش آموز در گروه گواه). لازم به ذکر است که جهت تشخیص افتراقی کودکان دارای ضرب آهنگ شناختی کند با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی و ناتوانی یادگیری مصاحبه تشخیصی بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی صورت پذیرفت. سپس دانش‌آموزان حاضر در گروه‌های آزمایش و یکی از والدین آنان مداخله مربوط به بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک را در طی یک‌ماه به صورت گروه‌های پنج نفره دریافت نمودند. این در حالی است که دانش‌آموزان حاضر در گروه گواه آموزشی دریافت نکردند. لازم به ذکر است که دانش‌آموزان مدارس نزدیک به هم تشکیل گروه‌های پنج نفر دادند تا از جابه‌جایی دانش‌آموزان جلوگیری شود. پس از شروع مداخلات تعداد ۳ نفر در گروه آزمایش و تعداد ۲ نفر در گروه گواه، از ادامه دریافت مداخله انصراف دادند. بر این اساس تعداد نهایی نمونه پژوهش حاضر ۳۵ نفر بود (۱۷ کودک در گروه آزمایش و ۱۸ کودک در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل کسب نمره بالاتر از ۶۱ و بالاتر در پرسشنامه ضرب آهنگ شناختی کند، داشتن سن ۷-۱۱ سال (حضور در پایه اول تا چهارم دبستان)، رضایت کودک و والدین جهت شرکت در پژوهش و نداشتن بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان) بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود. یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که دانش‌آموزان حاضر در پژوهش دارای سن ۷ تا ۱۱ سال بودند که میانگین سن دانش‌آموزان در گروه آزمایش ۸/۲۵ و در گروه گواه ۹/۱۰ سال بود. همچنین میانگین سنی والدین حاضر در گروه آزمایش ۳۷/۲۵ و گروه گواه ۳۹/۵۵ سال بود.

در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌های زیر استفاده شده است:

### پرسشنامه ضرب‌آهنگ شناختی کند<sup>۱</sup>

پرسشنامه ضرب‌آهنگ شناختی کند توسط مک‌برانت، ویلوداس، بارنس، هینشاو، بیالیو و پیفنر<sup>۲</sup> (۲۰۱۴) برای دانش‌آموزان ۷ تا ۱۳ ساله طراحی شده است و مشتمل بر ۴۴ گویه و طیف لیکرت ۴ تایی می‌باشد که به صورت ۰ (صفر) تا ۳ (بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. سؤالات ۱ تا ۱۴ مربوط به خرده‌مقیاس رؤیایپردازی و نوسانات هوشیاری، سؤالات ۱۵ تا ۲۵ مربوط به خطاهای حافظه کاری، سؤالات ۲۶ تا ۲۹ مربوط به پردازش کند، سؤالات ۳۰ تا ۳۵ مربوط به رفتار و حرکات کند و ۳۶ تا ۴۴ مربوط به نوآوری پایین است. دامنه نمرات این پرسشنامه بین صفر تا ۱۳۲ است. کسب نمرات بالاتر از ۶۱ نشان‌دهنده وجود ضرب‌آهنگ شناختی کند است. این پرسشنامه توسط والد و یا معلم تکمیل می‌شود. مک‌برانت و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود پایایی مقیاس را با روش همسانی درونی و ضریب بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۲ مناسب ارزیابی کردند. همچنین نتایج تحلیل عاملی در پژوهش آن‌ها نشان داده است که ضرب‌آهنگ شناختی کند ساختاری ۵ بعدی (رؤیایپردازی، خطاهای حافظه فعال، پردازش کند، رفتار و حرکات کند و نوآوری پایین) دارد. در ایران ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه ضرب‌آهنگ شناختی کند توسط شمسی، قرمانی و صمدی (۱۳۹۶) بررسی شد. روایی محتوایی پرسشنامه از طریق نظرخواهی از صاحب‌نظران و متخصصین روان‌شناسی و تطابق گویه‌ها با مفاهیم مرتبط با ضرب‌آهنگ شناختی کند احراز شد. همچنین روایی سازه مقیاس با شیوه تحلیل عوامل بررسی شد که نتایج گویای وجود ۵ عامل با ارزش ویژه بزرگ‌تر از یک (رؤیایپردازی، خطاهای حافظه فعال، پردازش کند، رفتار و حرکات کند و نوآوری پایین) مشابه با نسخه اصلی بود. جهت محاسبه پایایی پرسشنامه ضرب‌آهنگ شناختی کند، سؤالات آزمون روی نمونه‌ای مشتمل ۳۲۰ نفر از دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر اصفهان اجرا شد و پس از آن همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن به دست آمد. آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ و ضریب

1. Sluggish Cognitive Tempo Questionnaire (SCTQ)

2. McBurnett, Villodas, Burns, Hinshaw, Beaulieu, Piffner

پایایی آزمون به شیوه دو نیمه کردن برابر با ۰/۹۱ احراز گردید. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد.

### پرسشنامه خودتنظیمی هیجان<sup>۱</sup>

پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی فرم کودک و نوجوان مقیاسی دارای ۲۴ آیتم است که توسط والدین پاسخ داده می شود و توسط شیلد و کیکتی<sup>۲</sup> (۱۹۹۷) ساخته شده است. این آیتم ها، به بررسی هسته اصلی خودتنظیمی هیجانی و هیجان پذیری اختصاص دارند، از جمله شایستگی عاطفی، توان عاطفی، انعطاف پذیری، شدت و تناسب موقعیتی تظاهرات هیجانی. هر آیتم شامل یک مقیاس ۴ درجه ای لیکرت است (۱= تقریباً همیشه تا ۴ هرگز). دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۴ تا ۹۶ است. کسب نمره بالاتر نشان دهنده خودتنظیمی هیجانی بیشتر است (شیلد و کیکتی، ۱۹۹۷). شیلد و کیکتی (۲۰۰۱) این چک لیست توسط اسماعیلیان، دهقانی و فلاح (۱۳۹۵) ترجمه و هنجاریابی شد. در هنجاریابی نسخه فارسی، تعداد ۴ سؤال حذف شد و بر این اساس تعداد سؤالات نهایی پرسشنامه ۲۰ سؤال با ۵ زیرمقیاس بی ثباتی هیجانی، خودآگاهی هیجانی، تظاهرات هیجانی، مدیریت هیجانان منفی و انعطاف پذیری هیجانی بود. سؤالات مربوط به زیرمقیاس بی ثباتی هیجانی (۲، ۶، ۸، ۱۳، ۱۸ و ۱۹) و همچنین سؤالات ۱۰، ۱۲ و ۲۰ به شکل معکوس نمره گذاری می شود. دامنه نمرات نسخه فارسی پرسشنامه بین ۲۰ تا ۸۰ است. روایی محتوا با بررسی همبستگی این چک لیست با پرسشنامه های اضطراب، خشم و افسردگی کودکان تأیید شد. برای بررسی پایایی چک لیست تنظیم هیجان نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. ضرایب آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس های بی ثباتی هیجانی، خودآگاهی و ابراز هیجان، تظاهرات هیجانی، مدیریت هیجانان منفی، انعطاف پذیری هیجانی و نمره کل تنظیم هیجان محاسبه شد به ترتیب عبارت اند از: ۰/۸۰، ۰/۹۳، ۰/۸۷، ۰/۸۱، ۰/۸۴ و ۰/۸۶. برای محاسبه همسانی درونی این پرسش نامه از روش همبستگی خرده مقیاس ها با کل

1. Emotion Self-Regulation questionnaire (ESRQ)

2. Shields & Cicchetti

پرسش‌نامه استفاده شد. جهت بررسی اعتبار همگرا و واگرای پرسش‌نامه خودتنظیمی هیجانی کودکان و نوجوانان، همبستگی موجود بین خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه و پرسش‌نامه‌های اضطراب، افسردگی و خشم بررسی شده است. در پژوهش خلقی، آقایی و فرهادی (۱۳۹۸) نیز همسانی درونی این پرسش‌نامه به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسش‌نامه به وسیله ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های بی‌ثباتی هیجانی، خودآگاهی و ابراز هیجان، تظاهرات هیجانی، مدیریت هیجانات منفی، انعطاف‌پذیری هیجانی و نمره کل خودتنظیمی هیجانی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۰، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۳ و ۰/۸۶ محاسبه شد.

### شیوه اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم از اداره کل آموزش و پرورش شهر اصفهان و آموزش و پرورش ناحیه ۵ در این پژوهش ابتدا با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای، نمونه پژوهش جمع‌آوری شد. سپس طی جلسه آموزشی روند اجرای پژوهش و اهداف بسته درمانی برای والدین کودکان شرکت‌کننده در پژوهش توسط پژوهشگر شرح داده شد تا این افراد آگاهی و رضایت لازم جهت شرکت در پژوهش را اعلام نمایند. در گام بعد همه افراد دو گروه (گروه آزمایشی و گروه گواه) به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. سپس افراد گروه آزمایش پس از انتصاب تصادفی در گروه‌ها، بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک را در ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای در طی یک‌ماه به صورت هفته‌ای دو جلسه دریافت کردند. پس از شروع مداخلات تعداد ۳ نفر در گروه آزمایش و تعداد ۲ کودک در گروه گواه، از ادامه دریافت مداخله انصراف دادند. بر این اساس تعداد نهایی نمونه پژوهش حاضر ۳۵ نفر بود (۱۷ کودک در گروه آزمایش و ۱۸ کودک در گروه گواه). جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت کودکان و والدین آنان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. هم‌چنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام

نیست. در پژوهش حاضر از پروتکل بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک لیندو و همکاران (۲۰۱۶) استفاده شده است که اعتبارسنجی این بسته آموزشی در ایران و برای جامعه آماری کودکان با استفاده از اعتبار محتوایی در پژوهش عاشوری و کریم‌نژاد (۱۳۹۸) مورد بررسی و مورد تأیید قرار گرفته که بر اساس آن اجرای این پروتکل برای جامعه کودکان ایرانی مناسب تشخیص داده شده است. پروتکل حاضر توسط نویسنده اول پژوهش که در زمینه بازی درمانی به فعالیت مشغول است، صورت پذیرفت.

جدول ۱. خلاصه مداخله بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک (لیندو و همکاران، ۲۰۱۶؛ به

نقل از عاشوری و کریم‌نژاد، ۱۳۹۸)

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	معرفی خود، خانواده و شرح ویژگی‌های فرزند خویش، شرح اهداف توسط پژوهشگر، تشویق و تقویت والدین و طبیعی جلوه دادن مشکلات ارتباطی با فرزندان، تأکید بر حساسیت فرزندان و دادن پاسخ همدلانه، معرفی هیجان‌های شادی، غم، خشم و ترس در کودک و پاسخ‌های انعکاسی تکلیف: تکمیل کاربرگ هیجان‌ها و پاسخ انعکاسی
جلسه دوم	آموزش اصول بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک (کودک به‌عنوان هدایت‌گر بازی؛ توجه به احساس کودک از طریق حالت چهره، بدن، لحن صدا و کلام او، انعکاس ادراک خود به کودک، قاطعیت و هدفمندی)، بردن مادران به اتاق بازی و معرفی اسباب‌بازی‌ها و آماده کردن مادر برای نخستین جلسه بازی در خانه تکلیف: تکمیل کاربرگ اسباب‌بازی‌های مربوط به زندگی واقعی، پرور خشم، مهارت‌های اجتماعی و خلاقیت.
جلسه سوم	آموزش بایدها و نبایدهای بازی بایدها: بازی در مکان و زمان مشخص، چیدن یکسان اسباب‌بازی‌ها، هدایت و مسئولیت بازی بر عهده کودک، توصیف بازی، قاطعیت، تعیین محدودیت‌ها، تقویت تلاش کودک؛ نبایدها: سرزنش و انتقاد و هدایت و تحسین نکردن، قطع نکردن بازی، ارائه نکردن اطلاعات و آموزش). تکلیف: تکمیل کاربرگ شرح جلسات بازی با تأکید بر بایدها و نبایدها.
جلسه چهارم	گزارش والدین از جلسات بازی، نشان دادن فیلم‌های والدین و نقد و بررسی آن، آموزش مراحل سه‌گانه محدودیت شامل انعکاس همدلانه و صمیمی احساسات کودک، بیان محدودیت در قالب جملات کوتاه و واضح، ارائه جایگزین پذیرفته‌شده و بیان دلایل محدودیت‌های تکلیف: تکمیل کاربرگ شرح جلسات بازی با تأکید بر مراحل سه‌گانه محدودیت.
جلسه پنجم	گزارش جلسات بازی و فیلم‌های آموزش نحوه صحبت با کودک، اهمیت شناخت احساسات خود، فهرست مهارت‌های بازی نظیر حفظ ساختار، همدلی، پیروی، پرهیز از سؤال و رهنمود دادن، شرکت در بازی، پذیرش واقعی نقش تخیلی، تطابق لحن صدا و حالت چهره با حالت کودک تکلیف:

جلسه	شرح جلسه
	تکمیل کاربرگ شرح جلسات بازی با تأکید بر مهارت‌ها.
جلسه ششم	نقد و بررسی بازی‌ها، آموزش مهارت‌های حق انتخاب (حق انتخاب به صورت ساده و قدرت بخشی به کودک، حق انتخاب به عنوان پیامد مثبت و حق انتخاب برای تعیین قوانین خانه و محروم کردن، آموزش ایجاد و افزایش اعتماد به نفس در کودک. تکلیف: تکمیل کاربرگ شرح جلسات بازی با تأکید بر حق انتخاب، محرومیت و اعتماد بخشی.
جلسه هفتم	آموزش روش ترغیب به جای تحسین، محدودیت به شیوه پیشرفته با تکنیک حق انتخاب بازی ایفای نقش مادران در موقعیت‌های مختلف با تمرکز بر آموزش مهارت‌های جدید، پاسخ به نگرانی‌های مادران و مشکلات بحرانی و طولانی مدت آن‌ها. تکلیف: تکمیل کاربرگ شرح جلسات بازی با تأکید بر ترغیب و آموزش مهارت‌های جدید.
جلسه هشتم	مرور اصول بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک، بازگویی تجربه و نحوه تغییر در خود و فرزند برای سایر مادران، تشویق مادران به پذیرش نقش تعمیم اصول به زندگی واقعی تکلیف: تکمیل کاربرگ شرح گزارش کلی جلسات بازی.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو- ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موچلی جهت بررسی پیش فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم افزار آماري SPSS۲۳- مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد خودتنظیمی هیجانی در دو گروه آزمایش و گواه

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
نمره کل خودتنظیمی هیجانی	گروه آزمایش	۶/۸۸	۴۲/۷۶	۶/۵۷	۴۹/۷۶	۵/۵۰
	گروه گواه	۵/۹۹	۴۳/۶۶	۵/۰۴	۴۱/۸۳	۵/۳۳



پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون		گروه‌ها	مؤلفه‌ها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۲/۳۸	۱۵/۷۶	۲/۲۶	۱۶/۴۱	۲/۳۵	۱۳/۸۲	گروه آزمایش	زیرمقیاس‌های خودتنظیمی هیجانی
۲/۶۴	۱۴/۳۸	۲/۸۴	۱۴/۳۳	۲/۸۷	۱۴/۸۸	گروه گواه	
۲/۷۴	۱۳/۹۴	۲/۵۳	۱۴/۸۸	۲/۹۰	۱۲	گروه آزمایش	
۲/۸۰	۱۱/۲۷	۲/۸۷	۱۱	۲/۱۱	۱۱/۶۶	گروه گواه	
۱/۱۳	۶/۱۷	۱/۳۲	۶/۳۵	۱/۵۴	۶	گروه آزمایش	
۱/۰۹	۵/۳۸	۱/۳۱	۵/۲۷	۱/۱۲	۵/۷۲	گروه گواه	
۱/۹۴	۶/۴۷	۱/۲۹	۶/۹۴	۱/۳۴	۴/۹۴	گروه آزمایش	
۱/۰۳	۴/۹۴	۱/۱۸	۵/۱۱	۱/۴۳	۵/۲۲	گروه گواه	
۱/۴۶	۷/۴۱	۱/۵۱	۷/۹۴	۱/۴۱	۶	گروه آزمایش	
۱/۰۴	۵/۸۳	۱/۳۷	۵/۶۱	۱/۴۶	۶/۱۶	گروه گواه	

نتایج حاصل از یافته توصیفی نشان داد که میانگین نمرات خودتنظیمی هیجانی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه افزایش یافته است. قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس آمیخته، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک موردسنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو و ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیر خودتنظیمی هیجانی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برقرار است ( $p > 0/05$ ). همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین موردسنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها در متغیر خودتنظیمی هیجانی رعایت شده است ( $p > 0/05$ ). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت نمره‌های پیش آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیر وابسته (خودتنظیمی هیجانی) معنادار نبوده است ( $p > 0/05$ ). این در حالی بود که نتایج آزمون موجلی نیز بیانگر آن بود که پیش فرض کرویت داده‌ها در متغیر خودتنظیمی هیجانی رعایت شده است ( $p > 0/05$ ).

جدول ۳. تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی برای خودتنظیمی هیجانی و زیرمقیاس‌های آن

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
خودتنظیمی هیجانی	مراحل	۲	۹۲/۰۸	۱۹/۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷	۱
	گروه‌بندی	۱	۷۸۴/۰۱	۳۰/۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۹
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۲۸۳/۸۰	۶۰/۵۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵	۱
بی‌ثباتی هیجانی	مراحل	۲	۹/۵۵	۱۸/۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶	۱
	گروه‌بندی	۱	۱۶/۶۳	۱۳/۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۸
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۲۳/۸۰	۴۶/۷۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸	۱
خودآگاهی هیجانی	مراحل	۲	۱۱/۳۰	۲۸/۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۱
	گروه‌بندی	۱	۱۳۷/۹۱	۱۴/۴۷	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹	۰/۹۹
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۲۸/۴۳	۷۰/۷۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸	۱
تظاهرات هیجانی	مراحل	۲	۰/۰۵۴	۰/۰۵	۰/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۰۶
	گروه‌بندی	۱	۱۳/۳۵	۳/۱۵	۰/۱۱	۰/۱۱	۰/۴۷
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۱/۴۲	۱/۳۰	۰/۲۸	۰/۰۴	۰/۲۷
مدیریت هیجان‌ات منفی	مراحل	۲	۸/۰۷	۱۸/۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶	۱
	گروه‌بندی	۱	۲۷/۵۶	۱۲/۱۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۷
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۱۱/۳۸	۲۶/۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۱
انعطاف‌پذیری هیجانی	مراحل	۲	۴/۶۳	۸/۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۲۲	۰/۹۶
	گروه‌بندی	۱	۴۰/۸۰	۸/۶۳	۰/۰۰۰۶	۰/۲۰	۰/۹۵
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۱۴/۳۴	۲۷/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۱

نتایج آزمون واریانس آمیخته نشان می‌دهد بر اساس ضرایب F محاسبه‌شده، عامل زمان یا مرحله ارزیابی تأثیر معناداری بر نمرات خودتنظیمی هیجانی، بی‌ثباتی هیجانی، خودآگاهی و ابراز هیجان، مدیریت هیجان‌ات منفی و انعطاف‌پذیری هیجانی کودکان با ضرب‌آهنگ شناختی کند داشته است ( $P > 0/001$ ). اندازه اثر نشان می‌دهد عامل زمان به ترتیب ۳۶، ۳۶، ۲۲ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات خودتنظیمی هیجانی، بی‌ثباتی هیجانی، خودآگاهی و ابراز هیجان، مدیریت هیجان‌ات منفی و انعطاف‌پذیری هیجانی را

تیین می کند. علاوه بر این، بر اساس ضریب F محاسبه شده، تأثیر عامل عضویت گروهی (بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک) هم بر نمرات خودتنظیمی هیجانی، بی ثباتی هیجانی، خودآگاهی و ابراز هیجان، مدیریت هیجانات منفی و انعطاف پذیری هیجانی کودکان با ضرب آهنگ شناختی کند معنادار است ( $p < 0.001$ ). اندازه اثر نشان می دهد عضویت گروهی (بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک) به ترتیب ۴۸، ۳۴، ۳۹، ۳۲ و ۲۰ درصد از تفاوت در نمرات خودتنظیمی هیجانی، بی ثباتی هیجانی، خودآگاهی و ابراز هیجان، مدیریت هیجانات منفی و انعطاف پذیری هیجانی را تبیین می کند. در نهایت نتایج بیان گر آن است که اثر متقابل نوع درمان و عامل زمان هم بر نمرات بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک معنادار است ( $p < 0.001$ )؛ بنابراین نتیجه گرفته می شود نوع درمان دریافتی در مراحل مختلف ارزیابی هم بر خودتنظیمی هیجانی، بی ثباتی هیجانی، خودآگاهی و ابراز هیجان، مدیریت هیجانات منفی و انعطاف پذیری هیجانی کودکان با ضرب آهنگ شناختی کند به میزان ۶۵، ۵۸، ۶۸، ۴۵ و ۴۶ درصد تأثیر معنادار داشته است. توان آماری هم حاکی از دقت آماری بالا و کفایت حجم نمونه می باشد.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک بر خودتنظیمی هیجانی کودکان دبستانی با ضرب آهنگ شناختی کند انجام گرفت. نتایج نشان داد که بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک بر خودتنظیمی هیجانی کودکان دبستانی با ضرب آهنگ شناختی کند تأثیر معنادار داشته و توانسته منجر به بهبود خودتنظیمی هیجانی این کودکان شود. یافته حاضر با نتایج پژوهش عدیلی، کلانتری و عابدی (۱۳۹۴) مبنی بر تأثیر بازی درمانی به شیوه فیلیال بر مهارت های اجتماعی - هیجانی دختران پیش دبستانی؛ با یافته عدیلی، میرزایی و عابدی (۱۳۹۸) مبنی بر اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر روابط والد و کودک بر کیفیت تعاملات والد- فرزند و کیفیت زندگی کودکان دارای مشکلات رفتاری و هیجانی؛ با گزارش عاشوری و کریم نژاد (۱۳۹۸) مبنی بر تأثیر آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک بر مشکلات رفتاری

کودکان؛ با یافته جعفری رنکچی و فرهادی (۱۳۹۸) مبنی بر تأثیر فیلپال‌تراپی بر مهارت‌های اجتماعی و پرخاشگری در کودکان دارای اختلال یادگیری؛ با گزارش ابراهیمی، اصلی‌پور و خسروجاوید (۱۳۹۸) مبنی بر تأثیر بازی‌درمانی گروهی بر رفتارهای پرخاشگرانه و مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی؛ و با نتایج پژوهش علیم‌رادی و همکاران (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی بازی‌درمانی بر خودتوانمندسازی اجتماعی و ناگویی هیجانی دانش‌آموزان دختر همسو بود. علاوه بر این کوپر، براون و یو (۲۰۲۰) و لیندو و همکاران (۲۰۱۶) در نتایج پژوهش خود نشان داده‌اند که بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک منجر به بهبود سلامت روان و مهارت اجتماعی و هیجانی کودکان می‌شود.

در تبیین یافته حاضر باید گفت بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک می‌تواند مهارت‌های والدین و به دنبال آن، کودکان را افزایش دهد. در فرایند این آموزش، والدین می‌توانند به درک و پذیرشی مطلوب در زمینه رفتار و شرایط روانی و شناختی کودک دست یابند. این مسئله سبب بهبود سبک‌های والدگری و ترمیم روابط عاطفی میان والدین و کودک می‌شود. در نتیجه بسیاری از رفتارها از قبیل اضطراب، تکانشگری و پرخاشگری در کودک کاهش می‌یابد (لیندو و همکاران، ۲۰۱۶) که این فرایند می‌تواند با کاهش آسیب‌های روان‌شناختی، بهبود در خودتنظیمی هیجانی را در کودکان با ضرب‌آهنگ شناختی کند در پی داشته باشد. این در حالی است که ایجاد جوی غیرقضاوتی، پذیرنده و همراه با درک متقابل برای کودک در جریان بازی منجر به بهبود رابطه با والدین و کاهش تنش‌های روانی مخرب کودک می‌گردد. این روند نیز سبب می‌شود تا مهارت روانی، شناختی و هیجانی کودک افزایش یافته و بر اساس آن، خودتنظیمی هیجانی نیز در آنان بهبود یابد. در تبیینی دیگر می‌توان بیان نمود کودکان با ضرب‌آهنگ شناختی کند، اغلب در بیان احساسات و هیجانات، پردازش و مدیریت کردن آن دارای مشکل هستند (فلانری، بکر و لابی، ۲۰۱۶)، بنابراین کودک در فرایند بازی می‌تواند احساسات و هیجانات خود را بیان کند. این مسئله نقش مهمی در افزایش خودتنظیمی هیجانی دارد. همچنین می‌توان گفت در بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر شناسایی احساسات و هیجانات


کودک (غم، شادی، خشم و ترس) تأکید زیادی می‌شود (کوپر، براون و یو، ۲۰۲۰). بر این اساس کودکان با ضرب‌آهنگ شناختی کند، هیجانات مختلف خود را شناخته و زمینه‌های بروز آن و همچنین شیوه مدیریت کردن این هیجانات را فرا می‌گیرند. بهبود این مهارت‌ها با افزایش توان خودتنظیمی هیجانی در این کودکان همراه است. نحوه برخورد با کودک (انعکاس کلامی و غیرکلامی و همدردی با کودک) در خلال بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک نیز منجر به یادگیری ابراز صحیح احساسات و هیجانات در کودک می‌شود. ابراز صحیح هیجانات نیز می‌تواند بی‌ثباتی هیجانی کودکان با ضرب‌آهنگ شناختی کند را کاهش داده و با بهبود خودآگاهی و ابراز هیجان، مدیریت هیجانات و انعطاف‌پذیری هیجانی، خودتنظیمی هیجانی این کودکان را افزایش دهد. یکی دیگر از تأکیدات بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک ترغیب کردن است. ترغیب کردن منجر به شکل‌گیری احساسات و هیجانات مثبت در کودکان می‌شود، چراکه کودکان با ضرب‌آهنگ شناختی کند به دلیل ناتوانی در کنترل هیجانات و رفتارهای منشعب از آن، مکرراً مورد سرزنش قرار می‌گیرند. این روند سبب می‌شود تا بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک بتواند با کاهش هیجانات منفی و افزایش خودآگاهی هیجانی، مدیریت و ابراز صحیح هیجانات را در این کودکان افزایش داده و سبب می‌شود آنان بتوانند ابراز هیجانی مناسبی را از خود در مواجهه با چالش‌های محیطی، تحصیلی و خانوادگی نشان دهند.

محدود بودن دامنه پژوهش به کودکان دبستانی با ضرب‌آهنگ شناختی کند شهر اصفهان و عدم مهارت‌های اثرگذار محیطی، خانوادگی و اجتماعی (همانند شرایط خانوادگی و ویژگی‌های والدینی والدین این کودکان، شیوه فرزندپروری والدین، شرایط مدرسه و ...) بر خودتنظیمی هیجانی این کودکان از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری، در سطح پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، کودکان دیگر مقاطع و اختلال‌های روان‌شناختی دیگر همانند کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال نارسایی توجه /

بیش‌فعالی، اختلال رفتار درون‌نمود و برون‌نمود و مهار عوامل ذکر شده اجرا شود. با توجه به اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر خودتنظیمی هیجانی کودکان دبستانی با ضرب‌آهنگ شناختی کند، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود با تهیه بروشور و کتابچه‌ای علمی، بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک به مشاوران مراکز مشاوره آموزش و پرورش ارائه داده شود تا با به‌کارگیری محتوای این مداخله، جهت بهبود خودتنظیمی هیجانی کودکان دبستانی با ضرب‌آهنگ شناختی کند گامی عملی بردارند.

#### ORCID

Shiva Akhavan

 <https://orcid.org/>

Ahmad Abedi

 <https://orcid.org/>

Sheida Jabalameli

 <https://orcid.org/>

## منابع

- ابراهیمی، ط.، اصلی پور، ع.، خسروجاوید، م. (۱۳۹۸). تأثیر بازی‌درمانی گروهی بر رفتارهای پرخاشگرانه و مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی، *فصلنامه سلامت روانی کودک*، ۶(۲)، ۴۰-۵۲.
- اسماعیلیان، ن.، دهقانی، م؛ و فلاح، ص. (۱۳۹۵). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی چک‌لیست تنظیم هیجانی کودکان و نوجوانان، *مجله دستاوردهای روان‌شناسی بالینی*، ۲(۱)، ۳۴-۱۵.
- پیرعباسی، ز.، صفرزاده، س. (۱۳۹۷). اثربخشی بازی‌درمانی گروهی بر مشکلات رفتاری و عملکرد حافظه دانش‌آموزان دبستانی دختر دارای اختلال یادگیری خاص، *مجله روان‌پرستاری*، ۶(۲)، ۶۱-۷۰.
- جعفری رنگچی، ص.، فرهادی، ه. (۱۳۹۸). تأثیر فیلیال‌تراپی مجازی مادران بر مهارت‌های اجتماعی و پرخاشگری در کودکان دارای اختلال یادگیری: کارآزمایی بالینی تصادفی، *مجله پژوهش در علوم توان‌بخشی*، ۱۵(۵)، ۲۳-۳۶.
- خلقی، ز.، آقای، ا.، فرهادی، ه. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش والدین با رویکرد آدلر-درایکورس بر تنظیم هیجان و تعامل والد-فرزند کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، *نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۱۰(۴)، ۳۷-۴۹.
- رضایی مقدم، م.، بابایی، ع.، رجب‌زاده، ز. (۱۳۹۸). تأثیر آموزش تکنیک‌های بازی‌درمانی گروهی بر درمان اختلال ریاضی دانش‌آموزان دوم و سوم دبستان، *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۲(۱)، ۱۱۳-۱۱۹.
- سلطانی، م.، فرهادی، ه. (۱۳۹۸). اثربخشی فیلیال‌تراپی (بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک) بر اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای و پرخاشگری در کودکان پیش‌دبستانی، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، انتشار آنلاین در سال ۱۳۹۸.
- شمسی، ع.، قمرانی، ا.، صمدی، م. (۱۳۹۶). بررسی کارایی ضرب آهنگ شناختی کند در پیش‌بینی مشکلات توجه. نخستین کنگره ملی دانشجویی پژوهش‌های نوین در روان‌شناختی.

عابدی، ا.ر.، سیدقلعه، ا.، بهرامی‌پور، م. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی فیلیال‌تراپی و روش والد‌گری بارکلی بر کاهش اضطراب و علائم نقص توجه / بیش‌فعالی کودکان، فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۷(۳)، ۱۱۱-۱۲۰.

عاشوری، م.، کریم‌نژاد، ر. (۱۳۹۸). تأثیر آموزش بازی‌درمانی با مدل فیلیال‌تراپی بر مشکلات رفتاری کودکان شنا و تاب‌آوری مادران ناشنوی آن‌ها، پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت، ۲۵(۲)، ۱۱-۲۵.

عدیلی، ش.، کلانتری، م.، عابدی، ا. (۱۳۹۴). تأثیر بازی‌درمانی به شیوه فیلیال بر مهارت‌های اجتماعی - هیجانی دختران پیش‌دستانی ۵ تا ۶ ساله شهر اصفهان، فصلنامه روان‌شناسی بالینی و شخصیت، ۱۳(۲)، ۹۷-۱۰۴.

عدیلی، ش.، میرزایی، ر.، عابدی، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر روابط والد و کودک بر کیفیت تعاملات والد-فرزند و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان دارای مشکلات رفتاری و هیجانی، فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۹(۱)، ۲۵-۳۷.

علیمرادی، م.، قربان شیرودی، ش.، خلعتبری، ج.، رحمانی، م.ع. (۱۳۹۷). اثربخشی بازی‌درمانی بر خودتوانمندسازی اجتماعی و ناگویی هیجانی دانش‌آموزان دختر با اختلال یادگیری خاص، مطالعات ناتوانی، ۸(۱)، ۱۰-۲۱.

کریمی لیچاهی، ر.، آذریان، آ.، اکبری، ب. (۱۳۹۸). اثربخشی بازی‌درمانی بر عملکرد خواندن، مهارت‌های سازشی و مشکلات رفتاری دانش‌آموزان نارساخوان، فصلنامه سلامت روان کودک، ۶(۳)، ۲۰۰-۲۱۴.

کریمی، ا.، دشت‌بزرگی، ز. (۱۳۹۹). اثربخشی فیلیال‌تراپی بر تعامل مادر با کودک و مشکلات رفتاری کودکان با ناتوانی هوشی، مجله مطالعات ناتوانی، ۱۰(۱)، ۳۲-۴۱.

## References

- Andrei, F., Nuccitelli, C., Mancini, G., Reggiani, G.M., Trombini, E. (2019). Emotional intelligence, emotion regulation and affectivity in adults seeking treatment for obesity. *Psychiatry Research*, 269: 191-198.
- Becker, S.P. (2021). Systematic Review: Assessment of Sluggish Cognitive Tempo Over the Past Decade. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(6), 690-709.
- Becker, S.P., Luebke, A.M., Joyce, A.M. (2015). The Child Concentration Inventory (CCI): Initial validation of a child self-report measure of sluggish cognitive tempo. *Psychological Assessment*, 27(3), 1037-



1041.

- Benfer, N., Bardeen, J.R., Clauss, K. (2018). Experimental manipulation of emotion regulation self-efficacy: Effects on emotion regulation ability, perceived effort in the service of regulation, and affective reactivity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 10: 108-114.
- Beyer, D.L. (2021). *Dimensions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Sluggish Cognitive Tempo as Predictors of Executive Functioning, Depression, Anxiety, Substance Use, and Convergence Insufficiency*. The University of North Dakota, ProQuest Dissertations Publishing.
- Bratton, S. C., Opiola, K., & Dafoe, E. (2015). *Child-parent relationship therapy: A 10-session filial therapy model*. In: D. A. Crenshaw & A. L. Stewart (Eds.), *Play therapy: A comprehensive guide to theory and practice* (pp. 129-140). New York, NY: Guilford.
- Burns, G.L., Becker, S.P., Servera, M., Bernad, M.D., García-Banda, G. (2017). Sluggish cognitive tempo and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) inattention in the home and school contexts: Parent and teacher invariance and cross-setting validity. *Psychological assessment*, 29(2), 209.
- Cooper, J., Brown, T., & Yu, M.-I. (2020). A retrospective narrative review of filial therapy as a school-based mental health intervention. *International Journal of Play Therapy*, 29(2), 86–95.
- Cornett, N., & Bratton, S. C. (2014). Examining the impact of child parent relationship therapy (CPRT) on family functioning. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(3), 302-318.
- Creque, C.A., Willcutt, E.G. (2021). Sluggish Cognitive Tempo and Neuropsychological Functioning, *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 49, 1001–1013.
- Daniel, S. (2019). Loops and Jazz Gaps: Engaging the Feedforward Qualities of Communicative Musicality in Play Therapy with Children with Autism. *The Arts in Psychotherapy*, 65, 101-105.
- Flannery, A.J., Becker, S.P., Luebke, A.M. (2016). Does Emotion Dysregulation Mediate the Association Between Sluggish Cognitive Tempo and College Students' Social Impairment? *Journal of Attention Disorders*, 20(9), 802-812.
- Lindo, N. A., Opiola, K., Ceballos, P. L., Chen, S. Y., Meany-Walen, K. K., Cheng, Y. J. Barcenas, G., Reader, E., & Blalock, S. (2016). The impact of supervised filial therapy training on attitude, knowledge, and skills. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 24(3), 239-246.
- McBurnett, K., Villodas, M., Burns, G. L., Hinshaw, S. P., Beaulieu, A., & Pfiffner, L. J.

- (2014). Structure and validity of sluggish cognitive tempo using an expanded item pool in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 42(1), 37-48.
- Megreya, A.M., Al-Attayah, A.A., Moustafa, A.A., Hassanein, E.E.A. (2020). Cognitive emotion regulation strategies, anxiety, and depression in mothers of children with or without neurodevelopmental disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 76, 101-105.
- Musser, E.D., Galloway-Long, H.S., Frick, P.J., Nigg, J.T. (2013). Emotion Regulation and Heterogeneity in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(2), 163-171.
- O'Connor, K. J., Schaefer, C. E., & Braverman, L. D. (2016). *Handbook of play therapy. Second edition*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Qu, G., Wang, L., Tang, X., Wu, W., Zhang, J., Sun, Y. (2020). Association between caregivers' anxiety and depression symptoms and feeding difficulties of preschool children: A cross-sectional study in rural China. *Archives de Pédiatrie*, 27(1), 12-17.
- Shields, A., Cicchetti, D. (1997). Emotion Regulation among school-age children: The developmental and validation of a new criterion Q-short scale. *Developmental Psychology*, 33(6): 906-916.
- Shields, A., Cicchetti, D. (2001). Parental Maltreatment and Emotion Dysregulation as Risk Factors for Bullying and Victimization in Middle Childhood. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30: 349-363.
- Strauss, A.Y., Kivity, Y., Huppert, J.D. (2019). Emotion Regulation Strategies in Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder. *Behavior Therapy*, 50(3), 659-671.
- Stulmaker, H.L., Ray, D.C. (2015). Child-centered play therapy with young children who are anxious: a controlled trial. *Children youth serv review*, 57:127-33.
- Topham, G. L. & VanFleet, R. (2011). Filial therapy: A structured and straight forward approach to including young children in family therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32, 144-158.
- Whalen, D.J., Sylvester, C.M., Luby, J.L. (2017). Depression and Anxiety in Preschoolers: A Review of the Past 7 Years. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26(3), 503-522.

اثر بخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک بر...؛ اخوان و همکاران | ۲۱۹

Woollett, N., Bandeira, M., IHatcher, A. (2020). Trauma-informed art and play therapy: Pilot study outcomes for children and mothers in domestic violence shelters in the United States and South Africa. *Child Abuse & Neglect*, 107, 104-109.

**استناد به این مقاله:** اخوان، شیوا، عابدی، احمد، جبل عاملی، شیدا. (۱۴۰۱). اثر بخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک بر خودتنظیمی هیجانی کودکان دبستانی با ضرب آهنگ شناختی کند، روان شناسی افراد استثنایی، ۱۲(۴۵)، ۱۹۳-۲۱۹.

DOI: 10.22054/JPE.2022.62505.2355



Psychology of Exceptional Individuals is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

