

اثربخشی بازی درمانی با روی‌آورد فیلیال‌تراپی بر رفتار اجتماعی و خودمهارگری کودکان دبستانی با ضرب آهنگ شناختی کند

The Effectiveness of Play Therapy with a Filial Approach on Social Behavior and Self-Control of Primary School Children with Sluggish Cognitive Tempo

Shiva Akhavan
PhD Candidate in General
Psychology, Najafabad Branch,
Islamic Azad University

Ahmad Abedi, PhD
Isfahan University

احمد عابدی*
دانشیار گروه روان‌شناسی و علوم
تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

شیوا اخوان

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

Sheida Jabalameli, PhD
Najafabad Branch, Islamic Azad University

شیدا جبل‌عاملی

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

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه کودک والد (فیلیال‌تراپی) بر رفتار اجتماعی و خودمهارگری کودکان دبستانی با ضرب آهنگ شناختی کند انجام شد. این پژوهش تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه و جامعه آماری کودکان دبستانی شهر اصفهان در فصل بهار سال ۱۴۰۰ بود. در این پژوهش تعداد ۴۰ کودک دبستانی با اختلال ضرب آهنگ شناختی کند با روش نمونه‌برداری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۲۰ کودک) و به پرسشنامه‌های تصادفی ضرب آهنگ شناختی کند (مک‌برنت و دیگران، ۲۰۱۴)، مهارت اجتماعی (ماتسون، روتینوری و هلسل، ۱۹۸۳) و خودمهارگری (کندال و ویلکاکس، ۱۹۷۹) پاسخ دادند. گروه آزمایش مداخله بازی درمانی مبتنی بر رابطه کودک والد را طی یک ماه در ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت کرد. نتایج تحلیل واریانس آمیخته نشان داد بازی درمانی مبتنی بر رابطه کودک والد بر رفتار اجتماعی و خودمهارگری کودکان دبستانی با ضرب آهنگ شناختی کند تأثیر معنادار دارد و این اثربخشی در مرحله پیگیری نیز پایدار است. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که بازی درمانی با روی‌آورد فیلیال‌تراپی با بهره‌گیری از انعکاس همدلانه و صمیمی احساس‌های کودک، تسویق و تقویت والدین و طبیعی جلوه دادن مشکل‌های ارتباطی با فرزندان می‌تواند به عنوان یک روش کارآمد جهت بهبود رفتار اجتماعی و خودمهارگری کودکان دبستانی با ضرب آهنگ شناختی کند مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: بازی درمانی با روی‌آورد فیلیال‌تراپی، درمانگری مبتنی بر رابطه کودک والد خودمهارگری، رفتار اجتماعی، ضرب آهنگ شناختی کند

Abstract

The present study was conducted to investigate the effectiveness of play therapy with a filial approach on social behavior and self-control of primary school children with sluggish cognitive tempo. The present study was quasi-experimental with pretest, posttest, control group and two-month follow-up period design. The statistical population of the present study included the primary school children with sluggish cognitive tempo in the city of Isfahan in the In the spring of 2021. 40 children with Sluggish Cognitive Tempo were selected through multi-stage random sampling method and they were randomly accommodated into experimental and control groups (each group of 20 children). The experimental group received eight seventy-five-minute play therapy with a filial approach interventions. The applied questionnaires in this study included sluggish cognitive tempo questionnaire (McBurnet et al, 2014), social skills questionnaire (Matson, Rotatori, Helsel, 1983) and self-control questionnaire (Kendal, Wilcox, 1979). The data from the study were analyzed through Mixed ANOVA via SPSS-23 software. The results showed that play therapy with the filial approach has significant effect on the social behavior and self-control of primary school children with sluggish cognitive tempo ($p < 0.001$) and this effectiveness has been stable in the follow-up phase. According to the findings of the present study it can be concluded that play therapy with a filial approach can be applied as an efficient method to increase the social behavior and self-control 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: play therapy with a filial approach, child-parent relationship therapy, self-control, social behavior, sluggish cognitive tempo

received: 02 August 2021

accepted: 10 April 2022

دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۱۱

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۱۰

*Contact information: a.abedi@edu.ui.ac.ir

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

مقدمه

بررسی مشکل‌های روان‌پزشکی و رفتاری کودکان در دوران دبستان بسیار حائز اهمیت است و تشخیص و درمان به موقع این مشکل‌ها می‌تواند بر زندگی تحصیلی، شغلی، خانوادگی و اجتماعی کودکان در سال‌های آینده تأثیر به‌سزایی داشته باشد (سیاهانا و ایلسکا، ۲۰۲۱). مرحله دبستانی در بین سطوح آموزش و پرورش، از حساسیت و اهمیت ویژه‌ای برخوردار است زیرا که در این دوره با پرورش ابعاد مختلف روانی، شناختی، جسمی، اجتماعی و بنیان‌های فکری و ذهنی کودکان برای یادگیری مفاهیم گوناگون، استعدادهای نهفته آن‌ها شکوفا می‌شود (کیو و دیگران، ۲۰۲۰). به بیانی دیگر آموزش و پرورش دبستانی، اساس و سنگ‌بنای فعالیت‌های آموزشی و تربیتی کودکان برای سطوح بعدی به‌شمار می‌رود (والن، سیلوستر و لابی، ۲۰۱۷) و فرایند تحول کودکان در این دوره می‌تواند بر اساس برخی مشکل‌های شناختی یا روان‌شناختی تحت تأثیر قرار گیرد (شکری، صالحی‌فردری، فتح‌آبادی، نجانی و ذبیح‌زاده، ۲۰۲۱). ضرب‌آهنگ شناختی‌کُند در زمره مشکلاتی است که می‌تواند به پردازش کارآمد شناختی و روان‌شناختی کودکان، آسیب‌های فراوانی بزند (کرپیکو و ویلکات، ۲۰۲۱). اختلال ضرب‌آهنگ شناختی‌کند، عنوان مجموعه‌ای از نشانه‌هاست که برای تشریح شرایط نوع خاصی از کُندی در پردازش اطلاعات، اختلال توجه و تمرکز حواس به‌کار می‌رود. ضرب‌آهنگ شناختی‌کُند با وجود تشابهاتی که با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی دارد، با آن متفاوت است. این دسته از مشکل‌ها به دلایلی چون تشخیص، طبقه‌بندی و درمان برای کارشناسان و متخصصان حوزه اختلال‌های تحولی چالش ایجاد کرده و بحث‌های زیادی را در کنار اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی برانگیخته است (بکر، ۲۰۲۱). بکر، لابی و جویس (۲۰۱۵) در خلال یک پژوهش فراتحلیل، سیزده نشانه ضرب‌آهنگ شناختی‌کُند را شناسایی کرده‌اند که با نشانه‌های اختلال نارسایی

توجه/فزون‌کنشی متفاوت بود. این سیزده نشانه عبارت بودند از: بی‌انگیزگی، بی‌اعتنایی، خواب‌آلودگی، کسلی، خستگی، خیال‌پردازی، مات و مبهوت بودن، به آسانی گیج شدن، گم کردن مسیر فکر یا فقدان تنظیم شناختی، گم شدن در افکار، پردازش‌کُند به هنگام تفکر، خیره شدن، غیرفعال بودن و کُندی حرکت. بین ضرب‌آهنگ شناختی‌کُند و نشانه‌های اضطراب و افسردگی ارتباط معناداری وجود دارد. شواهد تجربی نشان می‌دهد ضرب‌آهنگ شناختی‌کُند به‌طور ویژه با مشکل‌های مهمی همچون مسائل تحصیلی (ضعف در سازماندهی، دشواری در انجام تکالیف و پیشرفت تحصیلی پایین‌تر از میانگین)، مشکل‌های اجتماعی (انزوا و کناره‌گیری از همسالان و ناتوانی در نظم‌جویی هیجانی) مرتبط است (بارنس، بکر، سرور، برناد و گارسیا-بندا، ۲۰۱۷؛ فلانتری، بکر و لابی، ۲۰۱۶). همچنین پژوهش یانگ، لای، چان، انجی و چان (۲۰۲۱) نیز ارتباط مثبت بین نشانه‌های ضرب‌آهنگ شناختی‌کُند و مشکل‌های اجتماعی را نشان داده است. پژوهش بکر (۲۰۱۴) نیز نشان‌دهنده آن است که نشانه‌های ضرب‌آهنگ شناختی‌کُند، پیش‌بینی‌کننده بروز مشکلات با همسالان در طول سال‌های مدرسه است. به علاوه برخی پژوهشگران مشاهده کرده‌اند عملکرد اجتماعی کودکان دارای اختلال ضرب‌آهنگ شناختی‌کُند در مقایسه با سایر کودکان در حوزه‌هایی خاص ضعیف‌تر از حد معمول است (مک‌برنت و دیگران، ۲۰۱۴) که این فرایند حکایت از ضعف این کودکان در مهارت و رفتار اجتماعی دارد. رفتار اجتماعی هر عمل عمده را شامل می‌شود که نتیجه‌ای مثبت و مفید برای دریافت‌کننده دارد، بدون در نظر گرفتن این‌که آن اقدام برای اعطا کننده پرهزینه باشد. اجتماعی شدن یا جامعه‌پذیری، در رشد و پیشرفت فرد و جامعه نقش اساسی دارد. اجتماعی‌شدن حاصل فرایند اصلی روانی اجتماعی تحول شخصیت است و دو روند بنیادین این فرایند یادگیری و درونی کردن است. سلسله مراتب مهارت

مشکلات بیشتری را تجربه می‌کنند و در درازمدت با آسیب‌های روان‌شناختی مزمن روبرو می‌شوند (ژانگ، کیو، لی، لیو و زی، ۲۰۲۱).

روان‌شناسان حوزهٔ کودک برای پیشگیری از مشکل‌های روان‌شناختی، هیجانی، اجتماعی و رفتاری کودکان روش‌های مختلفی را ابداع کرده‌اند. برخی از روش‌های مداخله، کودک، والدین، محیط آموزشی و یا خانواده را مورد توجه قرار داده است. پژوهش‌های زیادی اثربخشی و کارایی بازی‌درمانگری را در بهبود عملکرد روان‌شناختی، هیجانی، رفتاری و عاطفی کودکان نشان داده است (ابراهیمی، اصلی پور و خسروجاوید، ۲۰۱۹؛ استرالماکر و ری، ۲۰۱۵؛ پیرعباسی و صفرزاده، ۲۰۱۸؛ ذبیل، ۲۰۱۹؛ علیمردادی، قربان شیرودی، خلعتبری و رحمانی، ۲۰۱۸؛ رضایی مقدم، بابایی و رجب‌زاده، ۲۰۱۹؛ کریمی لیجاهی، آذربان و اکبری، ۲۰۱۹؛ ولت، بندریا و ایهاچتر، ۲۰۲۰). کارایی بالینی بازی‌درمانی با روی آورد فیلیال تراپی^۲ نیز که مبتنی بر رابطهٔ کودک والد است، آشکار شده است (اکتر، شفر و براورمان، ۲۰۱۶؛ براتون، اپیلا و دافو، ۲۰۱۵؛ جعفری رنگچی و فرهادی، ۲۰۱۹؛ سلطانی و فرهادی، ۲۰۲۱؛ عابدی، سیدقلعه و بهرامی‌پور، ۲۰۱۸؛ عاشوری و کریم‌نژاد، ۲۰۲۰؛ عدیلی، ۲۰۱۶؛ عدیلی، میرزایی و عابدی، ۲۰۲۰؛ کریمی و دشت‌بزرگی، ۲۰۲۰؛ کوپر، براون و یو، ۲۰۲۰؛ لیندو و دیگران، ۲۰۱۶).

بازی درمانی به شیوه فیلیال، توسط گورنی^۳ به‌عنوان برنامهٔ درمانی برای کودکان مبتلا به مشکلات هیجانی بنا شده است. از نظر گورنی بسیاری از مشکلات کودکان، از اشتباهات والدین در والدگری نشأت می‌گیرد و این خطاها ناشی از کمبود دانش والدین در نوع ارتباط با کودک و حوزهٔ والدگری است. برای او رابطهٔ کودک و والد اهمیت بسیاری دارد و والدین می‌توانند با بازی کردن با فرزند خود به صورت عاملان درمانی در زندگی آن‌ها درآیند (جعفررنگچی و فرهادی، ۲۰۱۹). در بازی‌درمانی با

اجتماعی، بر اساس مدل سه‌گانه‌ای شکل گرفته که شامل ارتباط‌های اجتماعی، رفتار اجتماعی و کارکرد اجتماعی است (خلق، آقایی و فرهادی، ۲۰۲۱). مهارت و رفتار اجتماعی از جمله عوامل مهمی است که تحول شخصیت کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (آگایر، آگایر، کادیمما، کوریا و فیالهو، ۲۰۱۹).

نارسایی مهارت‌ها و رفتارهای اجتماعی کودکان با ضرب‌آهنگ شناختی کند، خودمهارگری^۱ را تحت تأثیر قرار می‌دهد چرا که رفتارهای اجتماعی نسنجیده این کودکان با تخریب پردازش شناختی، به تدریج موجب نقصان سطح خودمهارگری آنان می‌شود (بکر، گرنر، تام، آنتونینی و اپستین، ۲۰۱۹). خودمهارگری یا خویش‌داری بر توانایی مهار رفتار برانگیخته از طریق بازداری امیال فوری کوتاه مدت اطلاق می‌شود (فریزر و هافمن، ۲۰۰۹) و به منزلهٔ توانایی و ظرفیت طبیعی افراد در تغییر دادن تمایل‌ها در پاسخ به محرک‌های محیطی یا نادیده‌گرفتن آن‌ها تعریف می‌شود. درک این نکته که فرد عامل علی یک رفتار است به او کمک می‌کند تا بتواند رفتارش را مهار کند و توجه داشته باشد که رفتار و پیامد آن نتیجهٔ عملی است که می‌تواند تا حدی آن را مهار کند (ژیا، چنا و هوانگ، ۲۰۲۰). بنابراین، نقص در خودمهارگری نشانگر ناتوانی شناختی در مرتبط‌دانستن رفتار و پیامد آن است و عدم تأمل کافی در مورد پیامد رفتار و انجام عمل بر اساس خشنودی آنی، امکان پیش‌بینی رفتار را میسر نمی‌سازد. سطوح پایین خودمهارگری با مشکلات مختلف مانند اعتیاد به الکل، مواد مخدر، دزدی، و معضل‌های مشابه رابطه دارد (ژیا و دیگران، ۲۰۲۰). به بیانی دیگر خودمهارگری ضعیف یا ناپسندیده ممکن است با پیامدهای منفی برای سلامت روانی افراد همراه باشد. پژوهش‌ها بیانگر آن است افرادی که مشکل‌های روانی دارند، سطح خودمهارگری پایین‌تری نسبت به افراد عادی دارند، و افرادی که توانایی کمتری بر مهار هیجان‌های خود دارند

در نظر گرفتن این نکته که ضرب آهنگ شناختی کند با ایجاد اختلال در فرایند اجتماعی شدن مناسب کودکان، آینده تحصیلی کودک را نیز با آسیب جدی مواجه می‌سازد، این کودکان نیازمند مداخلاتی کارآمد هستند و بازی‌درمانی با روی آورد فیلبال‌تراپی می‌تواند اثرگذاری مناسبی داشته باشد. این در حالی است که در راستای اجرای مداخله بازی درمانی با روی آورد فیلبال‌تراپی برای کودکان با ضرب آهنگ شناختی کند خلأ پژوهشی وجود دارد. بنابراین، هدف این پژوهش تعیین اثربخشی بازی‌درمانی با روی آورد فیلبال‌تراپی بر رفتار اجتماعی و خودمهارگری کودکان با ضرب آهنگ شناختی کند است.

روش

این پژوهش تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دو ماهه و جامعه آماری کودکان دبستانی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ بود. در این پژوهش از روش نمونه‌برداری چندمرحله‌ای استفاده شد؛ از بین نواحی شش‌گانه آموزش و پرورش شهر اصفهان، ناحیه ۵ به تصادف انتخاب و از بین مدارس ابتدایی این ناحیه، تعداد ۱۲ دبستان 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 نشانه‌های ضرب آهنگ شناختی کند مانند بی‌اعتنایی^۱، بی‌انگیزشی^۲، خیال‌پردازی^۳، گیجی^۴، میهوت بودن^۵، فقدان نظم‌جویی شناختی^۶، گمشدگی در افکار^۷، کندی، خواب‌آلودگی^۸، پردازش تفکر کند^۹، خیره شدن^{۱۰} و کندی حرکت^{۱۱} را داشتند، مشخص کنند. در این مرحله ۸۹ دانش‌آموز معرفی و به پرسشنامه ضرب آهنگ شناختی کند پاسخ دادند. پس از اجرای پرسشنامه، از بین دانش‌آموزانی که تشخیص ضرب آهنگ شناختی کند را دریافت کردند

روی آورد فیلبال‌تراپی، درمانگر اصول و مهارت‌هایی نظیر گوش کردن، انعکاس دادن، بازشناسی و پاسخ به احساسات کودک و توجه به سرنخ‌های رفتاری را به والدین آموزش می‌دهد و سپس با نظارت بر عملکرد آنها، سعی در هدایت و خودکفایی آنان در برگزاری جلسه‌های بازی با کودکان‌شان را دارد. هنگامی که سطح اعتماد به خود و مهارت تعامل والدین در جلسه‌های هفتگی ارتقا پیدا می‌کند، جلسه‌های بازی به محیط خانه انتقال می‌یابد (لیندو و دیگران، ۲۰۱۶). نخستین مرحله فیلبال‌تراپی پذیرش است. در این مرحله باید به والدین آگاهی داد و بهتر آن است که هر دو والد حضور داشته باشند. پذیرش یعنی به والدین کمک کنیم تا درک کنند که کودک با محیط مشکل ندارد؛ بلکه این نوع رابطه با فرزند است که آسیب‌زا است. مرحله دوم، پذیرش فرزند و درک این نکته است که کودکان آسیب‌پذیرند و زود لطمه می‌بینند اما این ویژگی را دارند که نشانه‌های آن را به سرعت آشکار سازند. مرحله سوم، غنی‌سازی رابطه است که این اقدام از طریق بازی کردن با کودک آغاز می‌شود (توفام و ون‌فلت، ۲۰۱۱). این شیوه مداخله کوتاه‌مدت، ترکیبی از بازی درمانی و خانواده درمانی است و بر اساس بنیان‌های نظری گوناگون شکل گرفته که می‌توان به شناخت درمانی، رفتار درمانی، روی آوردهای تحولی، روان‌پویشی و سیستم‌های حل مشکل‌های بین فردی و خانوادگی و آموزش اجتماعی اشاره کرد (کرنست و براتون، ۲۰۱۴).

با توجه به این‌که وجود آسیب‌های شناختی مانند ضرب آهنگ شناختی کند می‌تواند آسیب‌های هیجانی و اجتماعی دیگری همچون ضعف در مهارت و رفتار اجتماعی را در پی داشته باشد، ضروری است که به چنین مشکل‌هایی توجه شود و از روش‌های آموزشی و درمانی مناسب استفاده شود. از طرفی با

1 - indifference

2 - lack of motivation

3 - imagination

4 - confused

5 - to be startled

6 - lack of cognitive regulation

7 - lost in thoughts

8 - drowsiness

9 - slow thinking processing

10 - gazing

11 - slow movement

ماده‌های ۳۰ تا ۳۵ با رفتارهای کند^۱ و ماده‌های ۳۶ تا ۴۴ با نوآوری پایین^۲ مرتبط است. دامنه نمره‌های این پرسشنامه بین صفر تا ۱۲۲ است. نمره‌های بالاتر از ۶۱ نشان‌دهنده اختلال ضرب آهنگ شناختی کند است. این پرسشنامه توسط والد یا معلم تکمیل می‌شود. مک‌برنت و دیگران (۲۰۱۴) ضریب اعتبار این پرسشنامه را با روش همسانی درونی و بازآزمایی با فاصله زمانی دو هفته ۰/۸۳ و ۰/۸۲ به دست آورده‌اند. همچنین نتایج تحلیل عاملی در پژوهش آن‌ها حاکی از آن بود که ضرب آهنگ شناختی کند دارای ساختار ۵ بعدی (رویاپردازی، خطاهای حافظه فعال، پردازش کند، رفتار و حرکت‌های کند و نوآوری پایین) است. شمسی، قمرانی و صمدی (۲۰۱۷) ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه ضرب آهنگ شناختی کند و روایی محتوایی آن را براساس نظر صاحب‌نظران و متخصصان روان‌شناسی و تطبیق ماده‌ها با مفاهیم مرتبط با ضرب آهنگ شناختی کند را در ایران بررسی کرده‌اند. نتایج بررسی روایی سازه پرسشنامه با شیوه تحلیل عاملی نیز وجود ۵ عامل با ارزش ویژه بزرگتر از یک (مشابه با نسخه اصلی) را نشان داد. همچنین ضرایب اعتبار پرسشنامه ضرب آهنگ شناختی کند با روش آلفای کرونباخ و دونیمه کردن در نمونه‌های شامل ۲۲۰ نفر از دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهر اصفهان به ترتیب برابر ۰/۹۵ و ۰/۹۱ به دست آمد. اعتبار این پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد.

پرسشنامه مهارت اجتماعی^۳ (ماتسون، روتیتوری و هلسل، ۱۹۸۳). این پرسشنامه برای سنجش مهارت اجتماعی کودکان و نوجوانان ۴ تا ۱۸ سال تهیه شده و دارای سه فرم والد، مربی و دانش‌آموز است (خلقی و دیگران، ۲۰۲۱). در این پژوهش از فرم والد استفاده شده است. فرم والد مشتمل بر ۵۶ ماده و دارای زیرمقیاس‌های مهارت‌های اجتماعی مناسب^۴، رفتارهای غیراجتماعی^۵، پرخاشگری^۶، برتری‌طلبی^۷،

(۷۳ دانش‌آموز)، ۴۰ دانش‌آموز به تصادف انتخاب به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند (۲۰ دانش‌آموز در گروه آزمایش و ۲۰ دانش‌آموز در گروه گواه). سپس دانش‌آموزان گروه آزمایش و یکی از والدین آن‌ها مداخله مربوط به بازی درمانی با روی آورد فیلیال تراپی را در طی یک‌ماه به صورت گروه‌های پنج نفری دریافت کردند و گروه گواه آموزشی دریافت نکرد. با شروع مداخله ۳ نفر از گروه آزمایش و ۲ نفر از گروه گواه از ادامه دریافت مداخله انصراف دادند. ملاک‌های ورود به پژوهش کسب نمره بالاتر از ۶۱ در پرسشنامه ضرب آهنگ شناختی کند، داشتن سن ۷-۱۱ سال و پایه اول تا چهارم، رضایت کودک و والدین جهت شرکت در پژوهش و نداشتن بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن دیگر با توجه به پرونده سلامت و مشاوره آنان بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند پژوهش بود. یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد میانگین سن دانش‌آموزان در گروه آزمایش ۷/۳۶ ± ۸/۲۵ و در گروه گواه ۷/۳۳ ± ۹/۱۰ سال، ۲۱ کودک (۶۰ درصد) دختر و ۱۴ کودک (۴۰ درصد) پسر بودند. بیشتر کودکان در پایه دوم دبستان مشغول تحصیل بودند. همچنین میانگین سن والدین گروه آزمایش ۳۷/۳۹ ± ۳۷/۲۵ و گروه گواه ۳۷/۱۴ ± ۳۹/۵۵ سال بود.

پرسشنامه ضرب آهنگ شناختی کند^۱ (مک‌برنت و دیگران، ۲۰۱۴). پرسشنامه ضرب آهنگ شناختی کند را برای دانش‌آموزان ۷ تا ۱۳ ساله طراحی شده و ۴۴ ماده دارد و بر اساس طیف لیکرت چهار درجه‌ای (اصلا=۰، کمی=۱، تا حدودی=۲ و خیلی زیاد=۳) نمره‌گذاری می‌شود. ماده‌های ۱ تا ۱۴ با رویاپردازی و نوسانات هشیاری^۲، ماده‌های ۱۵ تا ۲۵ با خطاهای حافظه فعال^۳، ماده‌های ۲۶ تا ۲۹ با پردازش کند^۴،

- 1 - Sluggish Cognitive Tempo Questionnaire
- 2 - dreaming and fluctuations of consciousness
- 3 - active memory errors
- 4 - slow processing
- 5 - slow behavior

- 6 - low innovation
- 7 - Social Skills Questionnaire
- 8 - unsocial behaviors
- 9 - aggression
- 10 - Supremacy

اطمینان زیاد به خود^۱ و رابطه با همسالان^۲ است. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت (از هرگز=۱ تا همیشه=۵ صورت می‌گیرد) ماتسون و بويسجولی، (۲۰۰۸). دامنه نمره‌های این پرسشنامه ۵۶ تا ۲۸۰ و نمره‌های بیشتر نشان‌دهنده مهارت اجتماعی بالاتر است. یوسفی و خیر (۲۰۰۱) نقل از خلقی و دیگران، (۲۰۲۱) مقادیر ضریب آلفای کرونباخ و دومیه کردن را برای کل پرسشنامه یکسان و برابر با ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. این مؤلفان با روش تحلیل عاملی، روایی پرسشنامه را بررسی و ۵ زیرمقیاس را در قالب پنج عامل جداگانه شناسایی کردند. هم‌چنین ضرایب آلفای کرونباخ نسخه معلم برای رفتارهای اجتماعی مناسب ۰/۷۳، رفتارهای غیراجتماعی ۰/۷۱، پرخاشگری و رفتار برانگیخته ۰/۷۶، برتری‌طلبی و اطمینان زیاد به خود ۰/۶۸ و رابطه با همسالان ۰/۸۰ و ضرایب آلفای کرونباخ نسخه والد برای رفتارهای اجتماعی مناسب ۰/۸۲، رفتارهای غیراجتماعی ۰/۷۶، پرخاشگری و رفتار برانگیخته ۰/۸۷، برتری‌طلبی و اطمینان زیاد به خود ۰/۸۰ و رابطه با همسالان ۰/۷۶ گزارش شد. اعتبار این پرسشنامه در پژوهش خلقی و دیگران (۲۰۲۱) نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به‌دست آمده است. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به‌دست آمد.

پرسشنامه خودمهارگری^۳ (کندال و ویلکاکس، ۱۹۷۹). این پرسشنامه شامل ۳۳ ماده است که ۱۰ ماده

آن به خودمهارگری، ۱۳ ماده آن به برانگیختگی^۴ و ۱۰ ماده آن نیز به برانگیختگی - خودمهارگری اختصاص دارد. ماده‌های این پرسشنامه به صورت مثبت و منفی و نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای است که نمره «یک» در ماده‌های مثبت، نشان‌دهنده حداکثر خودمهارگری و نمره «هفت»، حداقل خودمهارگری است و در ماده‌های منفی کاملاً برعکس است. دامنه نمره‌ها از ۳۳ تا ۳۳۱ است که هرچه نمره کودک به ۳۳۱ نزدیک‌تر باشد خودمهارگری پایین‌تری دارد. ضریب اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۸ و با روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۳ هفته ۰/۸۴ محاسبه شده و در حد قابل قبول است (کندال و ویلکاکس، ۱۹۷۹). اعتبار و روایی محتوایی این پرسشنامه توسط موری (۲۰۰۲) نیز ۰/۸۱ و ۰/۸۶ و اعتبار آن در پژوهش یغمایی، ملک‌پور و قمرانی (۲۰۱۹) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش شد. اعتبار این پرسشنامه در این پژوهش با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به‌دست آمد.

پروتکل بازی درمانی با روی آورد فیلیال‌تراپی^۵ (لیندو و دیگران، ۲۰۱۶). اعتبارسنجی این بسته آموزشی در ایران برای جامعه آماری کودکان با استفاده از روایی محتوایی در پژوهش عاشوری و کریم‌نژاد (۲۰۲۰) بررسی و تایید شد و اجرای آن برای جامعه کودکان ایرانی مناسب تشخیص داده شده است. خلاصه جلسه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱

خلاصه مداخله بازی درمانی با روی آورد فیلیال‌تراپی (لیندو و دیگران، ۲۰۱۶ نقل از عاشوری و کریم‌نژاد، ۲۰۲۰)

جلسه	شرح جلسه
اول	معرفی خود، خانواده و شرح ویژگی‌های فرزند خویش، شرح اهداف توسط پژوهشگر، تسویق و تقویت والدین و طبیعی جلوه‌دادن مشکل‌های 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
دوم	آموزش اصول فیلیال‌تراپی (کودک به عنوان هدایت‌گر بازی؛ توجه به احساس کودک از طریق حالت چهره، بدن، لحن صدا و کلام او، انعکاس ادراک خود به کودک، قاطعیت و هدف‌مندی)، دعوت مادران به اتاق بازی و معرفی اسباب‌بازی‌ها و آماده کردن مادر برای نخستین جلسه بازی در خانه، تکلیف: تکمیل کاربرگ اسباب بازی‌های مربوط به زندگی واقعی، پیروز خشم، مهارت‌های اجتماعی و خلاقیت
سوم	آموزش پایدها و نیابدهای بازی. پایدها: بازی در مکان و زمان مشخص، چیدن یکسان اسباب‌بازی‌ها، هدایت و مسئولیت بازی بر عهده کودک، توصیف بازی، قاطعیت، تعیین محدودیت‌ها، تقویت تلاش کودک؛ نیابدها: سرزنش و انتقاد و هدایت و تحسین نکردن، قطع نکردن بازی، ارائه نکردن اطلاعات و آموزش. تکلیف: تکمیل کاربرگ شرح جلسه‌های بازی با تأکید بر پایدها و نیابدها

- 1 - high self-confidence
- 2 - relationship with peers
- 3 - Self Control Questionnaire

- 4 - impulsiveness
- 5 - Protocol Filial Play Therapy

چهارم	گزارش والدین از جلسه‌های بازی، نشان دادن فیلم‌های والدین و نقد و بررسی آن، آموزش مراحل سه‌گانه محدودیت شامل انکاس همدلانه و صمیمی احساس‌های کودک، بیان محدودیت در قالب جمله‌های کوتاه و واضح، ارائه جایگزین پذیرفته‌شده و بیان دلایل محدودیت‌ها، تکلیف: تکمیل کاربرگ شرح جلسه‌های بازی با تأکید بر مراحل سه‌گانه محدودیت
پنجم	گزارش‌های بازی و فیلم‌های آموزش نحوه صحبت با کودک، اهمیت شناخت احساس‌های خود، فهرست مهارت‌های بازی نظیر حفظ ساختار، همدلی، پیروی، برهیز از سوال، شرکت در بازی، پذیرش واقعی نقش تخیلی، تطابق لحن صدا و حالت چهره با حالت کودک، تکلیف: تکمیل کاربرگ شرح جلسه‌های بازی با تأکید بر مهارت‌ها
ششم	نقد و بررسی بازی‌ها، آموزش مهارت‌های حق انتخاب (حق انتخاب به صورت ساده و قدرت‌بخشی به کودک)، حق انتخاب به عنوان پیامد مثبت و حق انتخاب برای تعیین قوانین خانه و محروم کردن، آموزش ایجاد و افزایش اعتماد به خود در کودک، تکلیف: تکمیل کاربرگ شرح جلسه‌های بازی با تأکید بر حق انتخاب، محرومیت و اعتمادبخشی
هفتم	آموزش روش ترغیب به جای تحسین، محدودیت به شیوه پیشرفته یا تکنیک حق انتخاب، بازی ایفای نقش مادران در موقعیت‌های مختلف با تمرکز بر آموزش مهارت‌های جدید، پاسخ به نگرانی‌های مادران و مشکل‌های بحرانی و طولانی مدت آن‌ها، تکلیف: تکمیل کاربرگ شرح جلسه‌های بازی با تأکید بر ترغیب و آموزش مهارت‌های جدید
هشتم	مرور اصول فیلیال‌تراپی، 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 جلسه‌های بازی

واریانس‌ها و همچنین از تحلیل واریانس آمیخته برای

بررسی فرضیه پژوهش استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول

۲ ارائه شده است.

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از آزمون

شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع

متغیرها، آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌ها،

آزمون موچلی جهت بررسی پیش‌فرض کرویت

داده‌ها، آزمون M باکس جهت بررسی یکسانی ماتریس

جدول ۲

میانگین و انحراف استاندارد رفتار اجتماعی و خودمهارگری در دو گروه آزمایش و گواه

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		SD	M	SD	M	
رفتار اجتماعی	گروه آزمایش	۲۱/۹۶	۱۶۴/۱۷	۲۳/۷۱	۱۶۲/۶۴	۲۳/۱۱
	گروه گواه	۲۶/۷۵	۱۴۳/۷۷	۲۶/۰۶	۱۴۴/۱۶	۲۶/۴۶
خودمهارگری	گروه آزمایش	۶/۷۸	۳۰/۱۷	۶/۶۷	۳۰/۸۸	۶/۱۱
	گروه گواه	۵/۲۹	۳۱/۱۶	۸/۳۰	۳۰/۹۴	۵/۱۲

همگنی واریانس‌ها در متغیرهای رفتار اجتماعی

($F=0/۷۱, P=0/۸۴$) و خودمهارگری ($F=0/۶۳, P=0/۴۳$)

رعایت شده است. نتایج آزمون t نیز نشان داد که

تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش

و گروه گواه در متغیرهای وابسته (رفتار اجتماعی و

خودمهارگری) معنادار نبوده است ($P>0/05$). نتایج

آزمون موچلی نیز بیانگر آن بود که پیش‌فرض

کرویت داده‌ها در متغیرهای رفتار اجتماعی ($P=0/۵۸$ ،

$Mauchly's W=0/۹۳$) و خودمهارگری ($P=0/۳۳$ ،

$Mauchly's W=0/۸۶$) رعایت شده است. در

نهایت نتایج آزمون M باکس نشان داد که شرط

یکسانی ماتریس واریانس‌ها رعایت شده و آزمون F

با محدودیتی مواجه نیست. در جدول ۳ نتایج تحلیل

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین نمره‌های

رفتار اجتماعی و خودمهارگری گروه آزمایش نسبت به

گروه گواه از مرحله پیش‌آزمون به مراحل پس‌آزمون

و پیگیری افزایش یافته است. قبل از ارائه نتایج

آزمون تحلیل واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌های

آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت.

بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو-ویلک بیانگر

آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای

داده‌ها در متغیرهای رفتار اجتماعی ($F=0/۱۱, P=0/۲۰$)

و خودمهارگری ($F=0/۱۷, P=0/۱۸$) در گروه‌های

آزمایش و گواه برقرار است. همچنین نتایج آزمون

لون برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس

معنادار نبود که این یافته نشان داد پیش‌فرض

برای رفتار اجتماعی و خودمهارگری ارائه شده است.

واریانس آمیخته برای بررسی اثرات درون و بین گروهی

جدول ۳

نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی اثرات درون و بین گروهی برای رفتار اجتماعی و خودمهارگری

متغیرها	SS	df	MS	F	اندازه اثر	توان آزمون
رفتار اجتماعی	۱۲۸۵/۵۹	۲	۶۴۲/۷۹	۳۶/۱۹*	۰/۵۲	۱
عضویت گروهی	۴۸۱۹/۵۸	۱	۴۸۱۹/۵۸	۳۰/۳۲*	۰/۴۸	۱
تعامل مراحل و عضویت گروهی	۱۸۳۲/۲۲	۲	۹۱۶/۱۱	۵۱/۵۸*	۰/۶۱	۱
خطا	۱۱۷۲/۰۴	۶۶	۱۵/۷۵			
خودمهارگری	۱۹۱/۸۷	۲	۹۵/۹۳	۳۹/۸۰*	۰/۵۵	۱
عضویت گروهی	۱۴۵/۴۲	۱	۱۴۵/۴۲	۱۵/۱۵*	۰/۴۰	۰/۹۹
تعامل مراحل و عضویت گروهی	۲۳۳/۴۷	۲	۱۱۶/۷۳	۴۸/۴۴*	۰/۵۹	۱
خطا	۱۵۹/۰۶	۶۶	۲/۴۱			

* $P < .001$

به ترتیب ۴۸ و ۴۰ درصد از تفاوت در نمره‌های رفتار اجتماعی و خودمهارگری را تبیین می‌کند. در نهایت نتایج بیان‌گر آن است که اثر تعاملی عضویت گروهی و عامل زمان هم بر نمره‌های رفتار اجتماعی و خودمهارگری است. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود نوع درمان دریافتی در مراحل مختلف ارزیابی هم بر رفتار اجتماعی و خودمهارگری کودکان با ضرب آهنگ شناختی‌کند به میزان ۶۱ و ۵۹ درصد تأثیر معنادار داشته است. توان آماری هم، حاکی از دقت آماری بالا و کفایت حجم نمونه است. در جدول ۴، مقایسه زوجی میانگین نمره‌های رفتار اجتماعی و خودمهارگری آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی ارائه می‌شود.

نتایج تحلیل واریانس آمیخته نشان می‌دهد عامل زمان یا مرحله ارزیابی تأثیر معناداری بر نمره‌های رفتار اجتماعی و خودمهارگری کودکان با ضرب آهنگ شناختی‌کند داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد عامل زمان به ترتیب ۵۲ و ۵۵ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمره‌های رفتار اجتماعی و خودمهارگری را تبیین می‌کند. علاوه بر این، بر اساس مقدار F محاسبه شده، تأثیر عامل عضویت گروهی (بازی درمانی با روی آورد فیلیال تراپی) هم بر نمره‌های رفتار اجتماعی و خودمهارگری کودکان با ضرب آهنگ شناختی‌کند معنادار است. اندازه اثر نشان می‌دهد عضویت گروهی (بازی درمانی با روی آورد فیلیال تراپی)

جدول ۴

مقایسه زوجی میانگین نمره‌های رفتار اجتماعی و خودمهارگری آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین‌ها	SE	P
رفتار اجتماعی	پیش‌آزمون	۷/۶۹-	۱/۲۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	۷/۱۲-	۱/۲۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۷/۶۹	۱/۲۲	۰/۰۰۱
خودمهارگری	پیش‌آزمون	۲/۹۸	۰/۴۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲/۳۴	۰/۴۰	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲/۹۸-	۰/۴۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۲۴	۰/۲۲	۰/۸۵

می‌شود و رفتارهای نامطلوب کودک را کاهش می‌دهد. با آموزش شناخت احساس و همدلی، کودک قادر خواهد بود که تعامل‌های اجتماعی سازنده‌تری را با دیگر کودکان برقرار کرده و رفتارهای اجتماعی بهتری را به نمایش گذارد. از آنجایی که عدم آگاهی والدین از والدگری صحیح عامل بسیاری از مشکل‌های کودکان به‌شمار می‌رود، و با توجه به این‌که در بازی درمانی با روی‌آورد فیلیال‌تراپی، درمانگر با آگاهی دادن به والدین در زمینه ایجاد محیطی سرشار از پذیرش و بدون قضاوت با بهبود ارتباط والد-کودک، زندگی کودک را در مسیر تحول و حرکت به سمت خودشکوفایی فردی و اجتماعی قرار می‌دهد. این روند نیز باعث می‌شود کودکان با ضرب‌آهنگ شناختی‌کند، با اعتماد به خود بیشتر در محیط‌های اجتماعی کودکانه حضور یابند و رفتارهای اجتماعی بهتری را از خود نمایان سازند. همچنین می‌توان گفت که در این پژوهش به علت مطرح کردن تفاوت‌های فردی کودکان برای والدین و توجه‌شان به این موضوع، زمینه تحریک بهینه و متناسب با آن ویژگی‌ها برای کودکان دارای اختلال فراهم شد. از سوی دیگر تأکید بر ارتباط‌های هیجانی، ایجاد و تداوم بخشیدن به آن در جریان بازی روزانه با کودک و مشاهده آن از سوی درمانگر و ارائه پسخوراند لازم به مادر و اصلاح آن، امکان شکل‌گیری تعامل بهتر والد-فرزند را میسر می‌سازد؛ همچنین دنبال کردن میل و خواسته کودک در جریان بازی به جای مهار و هدایت وی، احساس نزدیکی کودک با مادر و صمیمیت بین آن‌ها افزایش یافته است که در مجموع همه این عوامل دست‌به‌دست هم داده و با تقویت رفتار سازنده والد-کودک، زمینه را برای بهبود رفتار اجتماعی کودک مهیا ساخته‌اند.

همچنین اثربخش بودن بازی درمانی با روی‌آورد فیلیال‌تراپی بر خودمهارگری کودکان دبستانی با ضرب‌آهنگ شناختی‌کند با نتایج پژوهش عاشوری و کریم‌نژاد (۲۰۲۰) و عدیلی و دیگران (۲۰۲۰) همسو است. علاوه بر این لیندو و دیگران (۲۰۱۶) نیز در نتایج پژوهش خود نشان داده‌اند که بازی درمانی با

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد بین میانگین نمره‌های مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای رفتار اجتماعی و خودمهارگری تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معناست که بازی درمانی با روی‌آورد فیلیال‌تراپی توانسته است به شکل معناداری نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری رفتار اجتماعی و خودمهارگری کودکان با ضرب‌آهنگ شناختی‌کند را نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر دهد. یافته دیگر این جدول نشان می‌دهد بین میانگین نمره‌های مرحله پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد و نمره‌های رفتار اجتماعی و خودمهارگری کودکان با ضرب‌آهنگ شناختی‌کند در طول دوره پیگیری ثبات خود را حفظ کرده است.

بحث

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی بازی درمانی با روی‌آورد فیلیال‌تراپی بر رفتار اجتماعی و خودمهارگری کودکان دبستانی با ضرب‌آهنگ شناختی‌کند انجام شد. نتایج نشان داد بازی درمانی با روی‌آورد فیلیال‌تراپی بر رفتار اجتماعی و خودمهارگری کودکان دبستانی با ضرب‌آهنگ شناختی‌کند تأثیر معنادار داشته و منجر به بهبود رفتار اجتماعی و خودمهارگری این کودکان شده است. این یافته با نتایج پژوهش ابراهیمی و دیگران (۲۰۱۹)، جعفری‌رنگچی و فرهادی (۲۰۱۹)، عدیلی (۲۰۱۶) و علیمردی و دیگران (۲۰۱۸) همسو بود. کوپر و دیگران (۲۰۲۰) نیز در پژوهش خود نشان داده‌اند که بازی درمانی با روی‌آورد فیلیال‌تراپی منجر به بهبود مهارت اجتماعی و هیجانی کودکان می‌شود. در تبیین این یافته مبنی بر اثربخشی بازی درمانی با روی‌آورد فیلیال‌تراپی بر رفتار اجتماعی کودکان دبستانی با ضرب‌آهنگ شناختی‌کند باید اشاره کرد که حضور والدین در فضای مداخله به همراه شناخت و پذیرش احساس‌های کودک و تلاش برای درک و پذیرش احساس‌ها و عدم قضاوت در مورد آن‌ها، در خلال بازی درمانی مبتنی بر روی‌آورد فیلیال‌تراپی (عدیلی و دیگران، ۲۰۲۰)، موجب از بین رفتن سد ارتباطی و چرخه معیوب تعامل والد-کودک

روی‌آورد فیلیال‌تراپی به بهبود سلامت روانی کودکان می‌انجامد. در تبیین این یافته مبنی بر اثربخشی بازی درمانی با روی‌آورد فیلیال‌تراپی بر خودمهارگری کودکان دبستانی با ضرب‌آهنگ شناختی‌کُند می‌توان بیان کرد که بازی درمانی فرصتی را به شیوه قابل قبول برای تخلیه هیجان‌های ناخوشایند مانند خشم، نفرت و اندوه برای کودک فراهم می‌سازد. همچنین کودکان در خلال بازی روش‌های مناسب مهار یا بروز پرخاشگری را فرامی‌گیرند (لیندو و دیگران، ۲۰۱۶). از این رو این مدل بازی‌درمانی به افزایش خودمهارگری و کاهش نشانه‌های پرخاشگری کودکان دبستانی با ضرب‌آهنگ شناختی‌کُند منجر شد. می‌توان به این نکته نیز اشاره کرد که این پژوهش با تأکید بر مسائل ارتباطی مانند ارتباط دوطرفه، تجربه لذت و توجه مشترک بین والد-فرزند، به‌وجود آمدن صمیمیت، ایجاد حلقه ارتباطی و گسترش آن، نظارت بر رابطه والد-فرزند و اصلاح آن توانسته چنین پیامدی را رقم بزند. از دیگر پیامدهای مثبت این برنامه حضور والدین در جلسه‌های درمانی است، زیرا آنان از این طریق با مشکل‌های کودکان خود آشنا شده و راهکارهای علمی و مؤثر برخورد با این مشکل‌ها را فرا می‌گیرند. بر اساس آگاهی‌های به‌دست آمده، والدین می‌آموزند با تحسین رفتارهای مثبت کودکان خویش، رفتارهای آنان را تقویت کرده و موجب افزایش وقوع آن‌ها شوند، و از طرفی با آموزش پاسخ‌های سازگانه به این کودکان، کنترل و تسلط بر رفتار آنان را بهبود بخشند. در تبیین احتمالی دیگر باید گفت یکی از هدف‌های اصلی بازی درمانی با روی‌آورد فیلیال‌تراپی، کاهش مشکل‌های رفتاری از طریق تنظیم رفتار کودک است (جعفری‌رنگچی و فرهادی، ۲۰۱۹)؛ مکانیزمی که موجب کاهش مشکل‌های رفتاری کودکان می‌شود آن است که در این نوع بازی درمانی، به فرایند اجتماعی شدن کودکان توجه خاصی می‌شود. در واقع، کودکان می‌آموزند که رفتار خود را بدون شرط و اجبار بیرونی، دستوره‌های کلامی صرف، عاری از هرگونه امر و نهی، تنظیم و بدون نظارت والدین، در رفتارهای

اجتماعی مناسب شرکت کنند. در این اثنا، والدین در محیطی ساختارمند، فرزندشان را به سوی خودمختاری سوق می‌دهند (عاشوری و کریم‌نژاد، ۲۰۲۰). علاوه بر این، با توجه به اینکه استفاده از بازی درمانی با روی‌آورد فیلیال‌تراپی مشارکت والدین در امر درمان را می‌طلبد و به‌صورت آگاهانه مشارکت و همکاری آن‌ها را برمی‌انگیزد، والدین علاقه‌مند می‌شوند که ارتباط خوبی با یکدیگر و فرزند خود برقرار کنند. این نوع بازی درمانی تسهیل‌گر رفتار مناسب با کودکان است؛ بنابراین، می‌توان توقع داشت که بازی درمانی با مدل فیلیال‌تراپی مشکل‌های رفتاری کودکان با ضرب‌آهنگ شناختی‌کُند را کاهش و خودمهارگری را در آنان افزایش دهد.

محدود بودن دامنه پژوهش به کودکان دبستانی با ضرب‌آهنگ شناختی‌کُند شهر اصفهان و عدم مهار متغیرهای اثرگذار محیطی، خانوادگی و اجتماعی (همانند شرایط خانوادگی و ویژگی‌های والدینی این کودکان، والدگری، شرایط مدرسه و ...) بر رفتار اجتماعی و خودمهارگری این کودکان از محدودیت‌های این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، کودکان دیگر دوره‌های تحصیلی و اختلال‌های روان‌شناختی دیگر همانند کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، اختلال رفتار درونی و برونی‌سازی شده و مهار عوامل ذکر شده اجرا شود. با توجه به اثربخشی بازی درمانی با روی‌آورد فیلیال‌تراپی بر رفتار اجتماعی و خودمهارگری کودکان دبستانی با ضرب‌آهنگ شناختی‌کُند، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود با تهیه پرشور و کتابچه‌ای علمی، بازی درمانی با روی‌آورد فیلیال‌تراپی به مشاوران مراکز مشاوره آموزش و پرورش ارائه داده شود تا با کاربرد محتوای این مداخله، جهت بهبود رفتار اجتماعی و خودمهارگری کودکان دبستانی با ضرب‌آهنگ شناختی‌کُند گامی عملی بردارند.

- ogy, 48(2), 213-217.
- 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.
- 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., & Garcia-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), 209-214.
- Ciuhana, G. C., & Iliescu, D. (2021). Depression and learning problems in children: Executive function impairments and inattention as mediators. *Acta Psychologica*, 220(1), 1034-1038.
- 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.
- Ebrahimi, T., Aslipoor, A., & Khosrojavid, M. (2019). The effect of group play therapy on aggressive behaviors and social skills in preschool children. *Journal of Childen Mental Health*, 6(2), 40-52. [In Persian].
- Abedi, A., Seyedghale, A., & Bahramipour, M. (2018). Comparison of the effectiveness of filial therapy and Barkley's parent training program in reducing the symptoms of anxiety and ADHD in children. *Journal of Exceptional Children*, 17(3), 111-120. [In Persian].
- Adili, S. (2016). The effectiveness of filial play therapy on social-emotional skills in 5 to 6 year old preschool girls of Isfahan. *Journal of Clinical Psychology and Personality*, 13(2), 97-104. [In Persian].
- Adili, S. H., Mirzaei, R., & Abedi, A. (2020). The effectiveness of filial therapy on the quality of parent-child interactions and health-related quality of life in children with behavioral/emotional problems. *Journal of Exceptional Children*, 19(1), 25-37. [In Persian].
- Aguiar, A. L., Aguiar, C., Cadima, J., Correia, N., & Filhalo, M. (2019). Classroom quality and children's social skills and problem behaviors: Dosage and disability status as moderators. *Early Childhood Research Quarterly*, 49, 81-92.
- Alimoradi, M., Ghorbanshiroudi, S., Khalatbari, J., & Rahmani, M. A. (2018). The effectiveness of play therapy on self-empowerment and alexithymia of female students with specific learning disorder. *Journal of Disability Studies*, 8(1), 60-60. [In Persian].
- Ashori, M., & Karimnezhad, R. (2020). The effect of play therapy training with filial therapy model on behavioral problems of children and resiliency of deaf mothers. *Positive Psychology Research*, 5(2), 11-25. [In Persian].
- Becker, S. P. (2014). Sluggish cognitive tempo and peer functioning in school-aged children: A six-month longitudinal study. *Psychiatry Research*, 30(217), 72-78.
- 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., Garner, A. A., Tamm, L., Antonini, T. N., & Epstein, J. N. (2019). Honing in on the social difficulties associated with sluggish cognitive tempo in children: Withdrawal, peer ignoring, and low engagement. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*

- 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.
- Murray, L. K. (2002). Self-control training in young children. Dissertation Abstracts International Section B, *Sciences & Engineering*, 63, 17-30.
- O'Connor, K. J., Schaefer, C. E., & Braverman, L. D. (2016). *Handbook of play therapy*. Second edition. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Pirabasi, Z., & Safarzadeh, S. (2018). The effectiveness of group play therapy on behavioral problems and memory performance of girl primary school students with special learning disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 6(2), 61-71. [In Persian].
- 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.
- Rezaei Moghadam, M., Babaei, A., & Rajabzadeh, Z. (2019). Impact of group game therapy techniques education on mathematical disorder treatment on second and third grade elementary students. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 62(1), 113-119. [In Persian].
- Shamsi, A., Ghamrani, A., & Samadi, M. (2017). *Evaluation of the efficiency of Sluggish Cognitive Tempo Symptoms in predicting attention problems*. First National Student Congress of New Research in Cognitive Psychology, University of Guilan, Faculty of Literature and Humanities. [In Persian].
- Shokri, O., Salehi Fardadi, J., Fathabadi J., Nejati, V., & Zabihzadeh, A. (2021). Developing and testing the effectiveness of school based social cognition instructional package on proactive aggression among children. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 17(66), 167-180. [In Persian].
- Soltani, M., & Farhadi, M. (2021). The effectiveness of play therapy based on the relationship parent child (Filial Therapy) on addiction to computer games, and aggression in preschoolers. *Knowledge and Research*
- Flannery, A. J., Becker, S. P., & Luebbe, 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.
- Friese, M., & Hofmann, W. (2009). Control me or I will control you: Impulses, trait self control, and the guidance of Behavior. *Journal of Research in Personality*, 43(5), 795-805.
- Jafari Rangchi, S., & Farhadi, H. (2019). Effectiveness of virtual filial therapy for mothers on the social skills and aggression in children with learning disabilities: A randomized clinical trial. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*, 15(5), 23-36. [In Persian].
- Karimi, E., & DashtBozorgi, Z. (2020). The effects of filial therapy on the mother-child interaction and behavioral problems of children with intellectual disability. *Journal of Disability Studies*, 10(1), 186-194. [In Persian].
- Karimi Lichahi, R., Azarian, A., & Akbari, B. (2019). The effectiveness of play therapy on reading performance, adaptive skills and behavioral problems in students with dyslexia. *Journal of Children Mental Health*, 6(3), 200-214. [In Persian].
- Kendall, P.C., & Wilcox, L.E. (1979). Self-control in children: Development of a rating Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(6), 1020-1029.
- Kholqi, Z., Aghaei, A., & Farhadi, H. (2021). The effectiveness of training the parents through Adler- Dreikurs approach on neuropsychological skills and social behavior of the children with attention deficit and hyperactivity disorder. *Journal of Analytical- Cognitive Psychology*, 11(41), 1-13.
- 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.
- Matson, J. L., & Boisjoli, J. A. (2008). Cutoff scores for Matson evolution of social skills for individual with severe retardation for adults with intellectual disability, *Behavior Modification*, 39, 109-120.

- Yaghmaei, S., Malekpour, M., & Ghamarani, A. (2019). Effectiveness of Barkley's parental training on self-control of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Empowering Exceptional Children*, 10(1), 15-27. [In Persian].
- Yung, T. W. K., Lai, C. Y. Y., Chan, J. Y. C., Ng, S. S. M., & Chan, C. C. H. (2021). Examining the role of attention deficits in the social problems and withdrawn behavior of children with sluggish cognitive tempo symptoms. *Child and Adolescent Psychiatry*, 213, 425-430.
- Zhang, R., Qiu, Z., Li, Y., Liu, L., & Zhi, S. (2021). Teacher support, peer support, and externalizing problems among left-behind children in rural China: Sequential mediation by self-esteem and self-control. *Children and Youth Services Review*, 121, 105-111.
- Zhia, K., Chena, Y., & Huang, J. (2020). Children's self-control and family savings for education: An empirical examination from China. *Children and Youth in Applied Psychology*, 22(2), 13-21. [In Persian].
- Stulmaker, H. L., & Ray, D. C. (2015). Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Children and Youth Services Review*, 57, 127-33.
- 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.
- 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 and Neglect*, 107, 104-109.

