

## اثربخشی بازی درمانی فلورتایم بر بهبود تنظیم شناختی هیجان کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی (ADHD)

فرحناز روغنی<sup>۱</sup>، جاوید پیمانی<sup>۲</sup>، محسن جدیدی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکترای روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌الملل کیش، کیش، ایران

<sup>۲</sup> استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرقدس، تهران، ایران

### چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی بازی درمانی فلورتایم بر بهبود تنظیم شناختی هیجان کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی (ADHD) بود. طرح پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی کودکان پسر ۹-۱۱ ساله مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی ویژه کودکان شهر تهران در نیمه اول سال ۱۳۹۷ بود که با توجه به هدف پژوهش، از میان جامعه آماری فوق تعداد ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای به صورت چند مرحله‌ای انتخاب شدند و با جایگزینی تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها عبارت بود از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان - فرم کودکان (CERQ-K-P). پس از اجرای پیش‌آزمون، گروه گواه در انتظار ماند و بازی درمانی فلورتایم برای گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به شیوه گروهی به اجرا گذاشته شد و سپس در پایان مداخلات درمانی، بار دیگر آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و گواه توسط پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل کواریانس تحلیل گردیدند. نتایج نشان داد که بعد از مداخله بین گروه آزمایش و گواه در میزان افزایش راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجان تمرکز مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و میزان کاهش راهبردهای ناسازگاران تنظیم شناختی هیجان تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0/05$ )، ولی تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و گواه از لحاظ راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجان پذیرش، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌پذیری وجود نداشت ( $p > 0/05$ ).

**واژه‌های کلیدی:** بازی درمانی فلورتایم، تنظیم شناختی هیجان، کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی

## مقدمه

اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی<sup>۱</sup> (ADHD)، از شایع‌ترین اختلالات عصب-تحوالی<sup>۲</sup> دوران کودکی است که ناشی از ضعف در بازداری رفتاری است و با سه مشخصه نارسایی توجه<sup>۳</sup>، فزون‌کنشی<sup>۴</sup> و تکانشگری<sup>۵</sup> شناخته می‌شود (چنگ، هونگ، هوانگ، هاتفیلد و هونگ، ۲۰۱۴؛ آمبوابونوس، اوفووی و ایبادین، ۲۰۱۱). نارسایی توجه بزرگترین مشکل این کودکان است (آشرسون، ۲۰۱۷). بی‌توجهی در موقعیت‌های تحصیلی و اجتماعی ظاهر می‌شود و به دلیل عدم توجه به جزئیات، این افراد در انجام تکالیف مدرسه با مشکل مواجه هستند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). فزون‌کنشی ممکن است به صورت بی‌قراری، پیچ و تاب خوردن، فاقد آرامش بودن و پرحرفی بروز کند. تکانشگری، رفتاری بدون تفکر نامیده شده است که به صورت بی‌صبری، ناتوانی در به تأخیر انداختن پاسخ، جواب‌گویی قبل از اتمام شده سؤال، مشکل در منتظر نوبت ماندن و ایجاد مزاحمت برای دیگران ظاهر می‌شود (کورنی و کیتاشیما، ۲۰۱۶). کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی معمولاً نافرمان و به لحاظ اجتماعی بی‌منطق و پرخاشگر هستند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در جریان بازی‌های مساحت‌دار یا سازمان‌یافته که لازم است بنشینند و قواعد را در نظر بگیرند و یا در فعالیت‌هایی که با رهبری معلم انجام می‌شود، اغلب از جای خود بلند می‌شوند و نسبت به همسالان پرخاشگری بیشتری را نشان می‌دهند (ریوس-هرناندز، آدلا، فران-کودینا، فریرا-کارسیا، ازکریدو-پائلیدو، ۲۰۱۷). اغلب کودکان با نارسایی توجه/ بیش‌فعالی به علت، مسئولیت‌ناپذیریشان سرزنش می‌شوند و در تصمیم‌گیری با مشکل مواجه می‌شوند و همچنین به خاطر ویژگی‌هایی که دارند از گروه همسالان طرد می‌شوند، در یادگیری مهارت‌هایی که بتوانند دیگران را در اطراف خود نگه دارند، مشکل دارند. این کودکان در روابط بین فردی‌شان، اشتباهات و مسئولیت‌های اعمال خود را نمی‌پذیرند و به همین دلیل است که سرزنش می‌شوند (ماتزا، ماری، دیل، کیمبرلی و اردر، ۲۰۱۷). پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی شیوع این اختلال را در کودکی ۵ درصد و در بزرگسالی ۲/۵ درصد برآورد کرده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). برای تشخیص این اختلال نشانه‌ها باید برای حداقل شش ماه و حداقل در دو زمینه متفاوت مانند منزل و مدرسه و قبل از هفت سالگی مشاهده شود و به آسیب جدی در حوزه‌های مهم زندگی کودک مانند تعاملات اجتماعی و عملکرد تحصیلی منجر شود (سیدلاوسکیت، سونوگا-بارک، رویز و ویرسما، ۲۰۱۶).

مطالعات نشان داده‌اند که کودکان و نوجوان مبتلا به اختلال‌های برون‌ریزی شده و رفتارهای مخرب همچون پرخاشگری و بیش‌فعالی بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجانی<sup>۶</sup> سازش‌نیافته استفاده می‌کنند و در سازماندهی تجربه‌های هیجانی، ارزیابی هیجان‌های خود و دیگران و ابراز هیجانی به شکل مناسب در روبرو شدن با موقعیت‌های مختلف مشکل دارند و از مهارت‌های

<sup>۱</sup>attention deficit/hyperactivity disorder<sup>۲</sup>neurodevelopmental disorder<sup>۳</sup>attention deficit<sup>۴</sup>hyperactivity<sup>۵</sup>impulsiveness<sup>۶</sup>Chang, Hung, Huang, Hatfield & Hung<sup>۷</sup>Ambuabunos, Ofofwe & Ibadin<sup>۸</sup>Asherson<sup>۹</sup>American Psychiatric Association<sup>۱۰</sup>Chorniy & Kitashima,<sup>۱۱</sup>Ríos- Hernández-Alda, Farran-Codina, Ferreira-García & Izquierdo-Pulido<sup>۱۲</sup>Matza, Mary, Deal, Kimberly & Erder<sup>۱۳</sup>Sidlauskaite, Sonuga-Barke, Roeyers & Wiersema<sup>۱۴</sup>emotion regulation strategies

مثبت راهبردهای تنظیم هیجانی همچون برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد و پذیرش کمتر استفاده می‌کنند (اسپنسر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۱؛ قاسم‌پور و رضانی، ۱۳۹۴) و در بکارگیری راهبردهای تنظیم هیجانی سازش‌یافته دچار نارسایی هستند (بارکلی و فیشر<sup>۶</sup>؛ ۲۰۱۰؛ قاسم‌پور و رضانی، ۱۳۹۴). تنظیم شناختی هیجان به‌عنوان راهبردهای شناختی برای پاسخ به رویدادهای تنیدگی‌زا و مدیریت اطلاعات برانگیزاننده هیجانی تعریف شده است و بخشی از مقابله شناختی محسوب می‌شود (رحمتی و صابر، ۱۳۹۶). افراد در مواجهه با شرایط تنیدگی‌زا از راهبردهای تنظیم هیجانی متنوعی استفاده می‌کنند. از جمله این راهبردها می‌توان به راهبردهای منفی شامل نشخوار فکری، سرزنش خود، سرزنش دیگران، تلقی فاجعه‌آمیز و راهبردهای مثبت شامل تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مثبت مجدد، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، توسعه دیدگاه اشاره کرد (کمالی‌ایگلی و ابوالمعالی‌الحسینی، ۱۳۹۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان مانند سرزنش خود، فاجعه‌سازی، سرزنش دیگران و سرکوب فکر تأثیر مخربی بر سلامت روان و کیفیت زندگی نوجوان‌ها و بزرگسال‌های جوان دارد. تعدادی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که رابطه نیرومندی بین استفاده از راهبردهای شناختی ویژه و آسیب‌شناسی روانی وجود دارد (ایزدپناه، اسچوماچر، آرنس، استوپساک، آلریچ، هنسین<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۶؛ پاتهورف، گارنفسکی، میکلوسی، دامینگور-سانچز، مارتینز<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). در همین راستا شواهد جدید در خصوص اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نشان می‌دهد که اشکال در تنظیم شناختی-هیجان، ممکن است عامل مهمی در ایجاد و تداوم این اختلال باشد (بیدرمن، اسپنسر، لومدیکو، دی، پتی و فاراون<sup>۹</sup>؛ ۲۰۱۲). به‌گونه‌ای که نتایج پژوهش‌های مختلف حاکی از این می‌باشد که کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نسبت به همسالان عادی خود بیشتر از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه استفاده می‌کنند و در تنظیم عواطف و پردازش هیجانات دچار مشکلات اساسی هستند (قاسم‌پور و رضانی، ۱۳۹۴؛ محمدی و موسوی، ۱۳۹۴؛ فورسلند، بروکی، بوهلین، گرنکویتس و اینیجر<sup>۱۰</sup>؛ ۲۰۱۶؛ بیدرمن و همکاران، ۲۰۱۲؛ موسر، بکس، اسپمیت، آبلو و میسل<sup>۱۱</sup>؛ ۲۰۱۲؛ بروتمن، ریچ، گویر، لانسفورد، هورسی، ریسینگ<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۱؛ اسپنسر، فاراون، سورمن، پتی، کلارک، بتچلدر<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۱).

از یافته‌های پژوهش‌های گوناگون می‌توان نتیجه گرفت که استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه از نظریه‌های مهم در پدیدارشناسی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است که با نقص نشانه‌دار در رفتار سازی مشخص می‌شود، از این‌رو در چند دهه‌ی گذشته در حوزه‌ی برنامه‌های آموزشی و درمانی این اختلال به نارسایی در تنظیم شناختی هیجان در جهت کاهش نشانه‌های رفتاری این کودکان توجه ویژه‌ای شده است. در این راستا یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که کیفیت رابطه والد-کودک<sup>۱۴</sup> و پذیرش و طرد توسط والدین بر عملکردهای اجرایی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تأثیرگذار است (قرنجیک، ۱۳۹۰) و همچنین مهارت‌های تنظیم هیجان تحت تأثیر رابطه والد-کودک قرار دارند (الینک، سیچتی، کیم و روگوش<sup>۱۵</sup>؛ ۲۰۰۹) به‌گونه‌ای که مشکل‌های تنظیم هیجان در افراد با سابقه آسیب فردی رایج است (ساموئل، گروگر و ویلسون<sup>۱۶</sup>؛ ۲۰۱۲). این در حالی است رابطه مادر-کودک<sup>۱۷</sup> دارای خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلال

<sup>۵</sup>Spencer<sup>۶</sup>Barkley & Fischer<sup>۷</sup>Izadpanah, Schumacher, Arens, Stopsack, Ulrich, Hansenne<sup>۸</sup>Pothhoff, Garnefski, Miklósi, Ubbiali, Domínguez-Sánchez & Martins<sup>۹</sup>Biederman, Spencer, Lomedico, Day, Petty & Faraone SV.<sup>۱۰</sup>Forslund, Brocki, Bohlin, Granqvist & Eninger<sup>۱۱</sup>Musser, Backs, Schmitt, Ablow & Measelle<sup>۱۲</sup>Brotman, Rich, Guyer, Lunsford, Horsey & Reising<sup>۱۳</sup>Spencer, Faraone, Surman, Petty, Clarke & Batchelder<sup>۱۴</sup>parent-child relationship<sup>۱۵</sup>Alink, Cicchetti, Kim & Rogosch<sup>۱۶</sup>Samuelson, Krueger & Wilson

نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در یک چرخه منفی و توأم با تنیدگی و تعاملات ناکارآمد قرار می‌گیرد (آناستوپولوس، سامر و اسچتر، ۲۰۰۹؛ هابر، ۲۰۱۰؛ گائو و چانگ، ۲۰۱۳) که این امر حاکی از ناتوانی والدین در مدیریت رفتار کودک و در نتیجه تعامل منفی والد-کودک است؛ بنابراین یک گام مهم جهت بهبود تنظیم شناختی هیجان و در نتیجه کاهش نشانه‌های رفتاری این کودکان درگیر کردن خانواده در برنامه‌ی درمانی و طرح‌ریزی و ارائه مداخله در جهت بهبود کیفیت ارتباط والد-کودک است که برای این منظور بازی درمانی می‌تواند روش مناسبی باشد. هرگاه زبان کلامی برای ابراز افکار و احساسات کودکان کفایت نکند، درمانگران از بازی درمانی به منظور کمک به کودکان برای ابراز چیزی که آنها را ناراحت کرده است، استفاده می‌کنند (جیل، ۱۹۹۱). برای این منظور استفاده از روش فلورتایم که به رشد توانایی‌های عاطفی هیجانی کودک توجه ویژه دارد، ویژگی‌های فردی کودکان دارای نیازهای ویژه از نظر اختلالات پردازش حسی را در درمان لحاظ می‌کند و ارتباط والد-کودک یا مراقب-کودک را در نظر می‌گیرد (گرینسپن، دی‌گنجی و ویدر، ۲۰۱۳). مورد علاقه‌ی خاص کاردرمانگران در سراسر دنیاست چرا که محور آن بازی و فعالیت‌های روزمره زندگی است و کاردرمانگر با به کارگیری این رویکرد در درمان خود می‌تواند مشارکت کودک را در این دو حیطه افزایش دهد (دیون و مارتینی، ۲۰۱۳). هدف فلورتایم، ارتقاء رشد کودک با نیازهای خاص از طریق به کارگیری استراتژی‌های خاص در تعاملات دو طرفه با کودک می‌باشد که توسط درمانگر و والدین (یا مراقب اصلی) به صورت مداخله‌ی مستمر انجام می‌گیرد. هدف نهایی فلورتایم افزایش مهارت‌های ارتباطی، هیجانی، تجسمی و بازی است (گرینسپن، دی‌گنجی و ویدر، ۲۰۰۱). در حقیقت این رویکرد برخلاف بسیاری از تحقیقات به جای درمان انفرادی بافت واقعی زندگی کودک را هدف قرار می‌دهد و برخلاف بسیاری از تحقیقات علاوه بر مسائل ارتباطی والد-کودک، تفاوت‌های زیستی و مراحل رشد او را نیز مدنظر قرار می‌دهد در نتیجه به رویکرد رشد یکپارچه انسان ملقب شده است. از این رویکرد در گذشته بیشتر در ارتباط با اتیسم بهره گرفته شده است (دیون و مارتینی، ۲۰۱۱؛ گرینسپن و ویدر، ۱۹۹۷؛ علیزاده‌زارعی و کرمعلی‌اسماعیلی، ۱۳۹۴؛ عالی، امین‌ایزدی، عبدخدایی، چمن‌آباد و محرری، ۱۳۹۳). از آنجایی که بازی درمانی فلورتایم در پژوهش‌های قبلی بیشتر متمرکز بر کودکان اتیسم بوده، بررسی میزان اثربخشی آن در ارتباط با بهبود تنظیم شناختی-هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی اهمیت می‌یابد.

در کشور ما اغلب از درمان‌های دارویی برای کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی استفاده می‌شود. این در حالی است که تعداد رو به ازدیاد اختلالات روانی این کودکان که گاه با سهل‌انگاری نیز با آن برخورد می‌شود، بررسی و اثربخشی مداخلات روانشناختی را نیز می‌طلبد (مفتاق، محمدی، غنی‌زاده، رحیمی و نجیمی، ۱۳۹۰). با این وجود محدودیت‌های پژوهشی در این زمینه هنوز چشمگیر است. با توجه به مبانی نظری و پژوهشی بیان شده بازی درمانی می‌تواند برای این کودکان سودمند باشند و پژوهش حاضر با رویکرد جدیدی به بررسی اثربخشی این روش درمانی می‌پردازد؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی فلورتایم بر بهبود تنظیم شناختی-هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی (ADHD) انجام می‌گیرد تا مشخص گردد چه تأثیر احتمالی بر کودکان مذکور خواهد داشت.

<sup>۱</sup>mother-child relationship

<sup>۲</sup>Anastopoulos, Sommer & Schatz,

<sup>۳</sup>Huber

<sup>۴</sup>Gau & Chang

<sup>۵</sup>Gil

<sup>۶</sup>Greenspan, DeGangi & Wieder

<sup>۷</sup>Dionne & Martini

## روش شناسی

روش پژوهش حاضر از نوع تحقیق نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی کودکان پسر ۹-۱۱ ساله مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی (ADHD) مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی ویژه کودکان شهر تهران در نیمه اول سال ۱۳۹۷ بود. از میان جامعه آماری فوق براساس روش نمونه‌گیری خوشه‌ای به صورت چند مرحله‌ای ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) با رعایت ملاک‌های ورود به پژوهش و با جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه انتخاب شدند. بدین صورت که ابتدا از بین مناطق ۲۲ گانه شهر تهران به صورت تصادفی ۲ منطقه و از هر منطقه ۱ مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی ویژه کودکان انتخاب و از بین کودکان پسر مراجعه‌کننده به آن مراکز به صورت تصادفی تعداد ۳۰ کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی (ADHD) که واجد شرایط لازم برای ورود به پژوهش بودند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: ۱- سن ۹-۱۱ سال، ۲- تشخیص اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی (ADHD) با استفاده از مقیاس مشکلات رفتاری کودکان کانرز- فرم والد و مصاحبه براساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)، ۳- ضریب هوشی بالاتر از ۹۰ در آزمون ریون کودکان، ۴- باسواد بودن حداقل یکی از والدین در حد خواندن و نوشتن و ۴- مصرف قرص ریتالین حداقل به مدت ۲ ماه به‌عنوان درمان دارویی بود. ملاک خروج از پژوهش نیز شامل: داشتن اختلالات همایند همچون اختلال سلوک و اختلال بی‌نظمی خلقی ایذایی بود.

داده‌های پژوهش با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون آماری تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) و تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا تحلیل گردیدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد:

**پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان- فرم کودکان (CERQ-K-P):** این نسخه توسط گارنفسکی<sup>۳۵</sup> و همکاران (۲۰۰۷) از روی نسخه اصلی پرسش‌نامه‌ی نظم‌جویی شناختی هیجان به منظور استفاده در جامعه‌ی کودکان تدوین شده است. نسخه‌ی کودکان این پرسش‌نامه از نظر شیوه‌ی نمره‌گذاری، تعداد سؤال و خرده مقیاس، شبیه نسخه‌ی اصلی است ولی محتوای سئوال‌ها به گونه‌ای طراحی شده‌اند که برای کودکان قابل درک باشند (گارنفسکی، کرایج و اسپیهوون، ۲۰۰۱؛ ۲۰۰۲). نسخه‌ی کودکان پرسش‌نامه‌ی نظم‌جویی شناختی هیجان، یک پرسش‌نامه‌ی چند بعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی کودکان پس از تجربه‌ی وقایع یا رویدادهای منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. بر خلاف سایر پرسشنامه‌های مقابله‌ای که به صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قایل نمی‌شوند، این پرسش‌نامه، افکار فرد را پس از مواجهه با یک تجربه‌ی منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند و یک ابزار خودگزارشی است و دارای ۳۶ ماده می‌باشد. CERQ-K دارای پایه‌ی تجربی و نظری محکمی بوده و از ۹ خرده‌مقیاس تشکیل شده است. خرده‌مقیاس‌های مذکور ۹ راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه-پذیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کنند. دامنه‌ی نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) می‌باشد. هر خرده‌مقیاس شامل ۴ ماده است. نمره‌ی کل هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از طریق جمع نمره‌ی ماده‌ها به دست می‌آید؛ بنابراین دامنه‌ی نمرات هر خرده‌مقیاس بین ۴ تا ۲۰ خواهد بود. نمرات بالا در هر خرده‌مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع تنش‌زا و منفی می‌باشد (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۷). این پرسشنامه مقیاسی است که افکار فرد را پس از یک تجربه‌ی منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. این پرسش‌نامه، ۹ راهبرد متفاوت نظم‌جویی شناختی شامل ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (گارنفسکی، کرایج و اسپیهوون، ۲۰۰۱؛ ۲۰۰۲). این ابزار یکی از معتبرترین ابزارها جهت بررسی فرآیندهای نظم‌جویی شناختی هیجان در حوزه‌ی روان‌شناسی مرضی است و تاکنون به زبان‌های مختلف از جمله فرانسوی، چینی، ترکی اسپانیولی و فارسی ترجمه و ساختار عاملی و اعتبار آن تایید شده است (مشهدی، حسنی و میردورقی، ۱۳۹۱). گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۷) بر مبنای پرسش‌نامه‌ی اصلی نظم‌جویی شناختی

<sup>۳۵</sup>Cognitive emotion regulation questionnaire-Kids-Persian

<sup>۳۶</sup>Garnefski

<sup>۳۷</sup>Garnefski, Kraaij & Spinhoven

هیجان، نسخه‌ی ویژه‌ی کودکان را ایجاد و توسعه دادند. همانند نسخه‌ی بزرگسال، نتایج تحلیل عاملی حاکی از آن بود که نسخه‌ی کودکان این پرسش‌نامه نیز همان ۹ راهبرد نظم‌جویی شناختی هیجانی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و ضریب اعتبار آن در تمام ۹ راهبرد بیش از ۰/۷۰ گزارش شد. مشهودی و همکاران (۱۳۹۱) ضرایب آلفای کرونباخ برای تمام خرده‌مقیاس‌ها و کل مقیاس در هر دو جنس و کل شرکت‌کنندگان از نظر روان‌سنجی، مطلوب گزارش کردند و دامنه‌ی اکثر همبستگی‌های مجموعه‌ی ماده بیشتر از ۰/۴ بود. بررسی ساختار عاملی این پرسش‌نامه با استفاده از روش تحلیل عامل اکتشافی از الگوی ۹ عاملی اصلی CERQ-K حمایت کرد که ۶۸ درصد واریانس را تبیین می‌کرد. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز حاکی از برازش مطلوب و قابل قبول ماده‌ها بود. به علاوه، الگوی ضرایب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها و روایی ملاکی هم‌زمان پرسش‌نامه، با مقیاس اضطراب چندبعدی کودکان و مقیاس افسردگی کودکان، بیانگر روایی خوب این مقیاس بود.

**روش اجرا:** پس از مراجعه به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی ویژه کودکان انتخاب شده با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای به صورت چند مرحله‌ای و انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولان مراکز و کسب اجازه برای انجام پژوهش با همکاری مدیر اجرایی مراکز لیست کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (ADHD) مراجعه‌کننده به آن مراکز تهیه شد. سپس با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده با مراجعه به لیست تهیه شده نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر انتخاب شد؛ به این صورت که ابتدا فهرست اسامی کلیه کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (ADHD) مراجعه‌کننده به مراکز گرفته شد، سپس از این فهرست، نمونه مورد نظر به صورت تصادفی انتخاب گردید، با والدین آنها تماس گرفته شد و پس از توضیح اهداف پژوهش و جلب رضایت آنان، کودکانی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند انتخاب شده و برای شرکت در پژوهش از آنها دعوت به عمل آمد. در مرحله بعدی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (ADHD) انتخاب شده به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند. سپس پرسشنامه‌های مد نظر بر روی آنها اجراء شد و کودکان گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای مداخله بازی درمانی فلورنایم را دریافت نمودند. بعد از اتمام جلسات درمان مجدداً پرسشنامه تنظیم شناختی-هیجانی جهت بررسی پس‌آزمون به روی آنها اجرا شد و نتایج مورد بررسی قرار گرفتند. در زیر به طور خلاصه به ساختار و شرح جلسات بازی درمانی فلورنایم اقتباس شده از پژوهش گرینسپن و ویدر (۲۰۰۷) که طی ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای برگزار شد، اشاره می‌شود:



جدول ۱: ساختار و شرح جلسات بازی درمانی فلور تاپیم

جلسه	شرح جلسات
۱	معارفه درمانگر و والدین، توصیف روند درمان برای والدین، پاسخ به ابهامات و سوالات والدین، انجام پیش‌آزمون مشاهده نوع تعامل مادر-کودک-پدر-کودک، مشخص کردن نقاط ضعف و قوت هر کدام به دست آوردن دیدی واقع‌بینانه از سطح تعامل و ارتباط صمیمانه والد-کودک
۲	فرارگیری درمانگر در نقش والد و انجام عمل تعاملی متناسب با سطوح تحول کودک و بازتوجه به تنظیم حسی-هیجانی کودک اجرای فلور تاپیم در جلسه درمان توسط والدین و تصحیح خطاهای احتمالی و دادن تکلیف انجام فلور تاپیم در منزل توسط والدین متناسب با ریتم حسی-هیجانی-عاطفی کودک و نوع رفتار و درخواستی که کودک دارد ایجاد فضای بازی‌گونه و آزادانه برای کودک و تجربه صمیمیت و تعامل و بازی بدن ساختار با کودک و ثبت واکنش حسی-هیجانی از نوع کپی‌بازدهی یا بیش‌بازدهی حسی یا درنظرگیری شرایط حسی-هیجانی کودک همراه شدن یا او در هر حرکتی که انجام می‌دهد از حرکات درشت تا ظریف به گونه‌ای که تجربه حسی مشترک را در توجه داشته باشد کاری که انجام می‌دهد مورد توجه و پاسخ حداکثری قرار گیرد
۳	به تدریج و گسترش میدلانی که ایجاد می‌شود توجه می‌گردد برای دستیابی به تجربه هیجانی بالاتر در میدانهای هر چند ساده تلاش می‌شود به عبارت دیگر توجه همزمان به تعداد مبادلات دوسویه و عمق تجربه هیجانی
۴	فرصت دادن به کودک که با آزادی هرچه بیشتر در فضای اتاق درمان نمایمی که دارد را نشان دهد، مانند انتخاب مکان نشستن، فاصله‌ای که انتخاب می‌کند و وضعیت بدنی مثلاً خوابیدن و غلتیدن همراهی با او در این حرکات اجازه جستجو و کنجکاوی دادن حتی به صورت و افضای صورت و بدن درمانگر توسط کودک و دقت زیاد در برقراری ارتباط چشمی و انتقال هیجانی و مبادلات چشمی با نزدیک و دور کردن صورت خود و یا صورت کودک
۵	با رعایت فضای شاد و بازی‌گونه و گفتار آهنگین نوازش‌گونه با انگشتان دست کودک بازی کردن در آغوش و بغل گرفتن و به میزان رضایت کودک نگهداشتن
۶	شروع بوسیدن و نوازش انگشتان به سمت سرگردن و صورت و توجه به انتقال و مبادلات غیرکلامی و کلامی متناسب با کاری که انجام می‌شود و حالات حسی-هیجانی کودک
۷	اغراق و بزرگ‌نمایی در حرکات نمادین خوردن و تلقین زدن و حمام کردن و پوشیدن و افتادن برای جلب توجه اشتراک و گفتار متناسب با این حرکات نمادین با حداکثر هیجان تکرار حرکات مشابه حرکتی که انجام می‌دهد همراهی در دویدن، افتادن و استفاده از مبادلات کلامی و غیرکلامی متناسب، ایجاد تجانس و جلب توجه و ارتباط چشمی و خندیدن و صمیمیت بیشتر ایجاد موانع ساده و تمرین حل مسئله در حد حوصله و تحمل کودک
۸	بازی‌های با هدف تحرکات شنیداری و ایجاد لذت شنیداری همراه با کار نمادین صورت می‌گیرد. گفتار آهنگین شاد و بازی‌گونه و تلاش برای مبادلات صوتی-کلامی و تقویت پاسخ‌های مبادلات کلامی طراحی بازی‌های چندمرحله‌ای حرکتی متناسب با میل کودک و جلب مشارکت حداکثری در ترکیب کردن و ساختن و استفاده از اجزا جداگانه و ابزار جداگانه برای رسیدن به هدف و میلی که کودک به دنبال آن است
۹	استفاده از بازی‌های نمادین به کمک ماکت حیوانات و عروسک در انتقال حس گرمسگی فرد و نیاز به کمک و جلب توجه و کمک‌دهی از طرف کودک و طرح‌ریزی چند حرکت قبل از عمل و تکرار کلامی آن و شروع به اقدام کردن به کمک کودک، جلب مشارکت حداکثری کودک
۱۰	تمرین یل زدن بین دو یا چند ایده، بیان کلامی و غیرکلامی با هیجان متناسب و انجام عملی آنها از زبان عروسک‌ها، بیان غلیظ‌ها و دقت در مبادلات دوسویه و ارتباط چشمی-هیجانی و ارتباط صمیمانه مستمر
۱۱	به صورت نمادین و با رعایت ارتباط چشمی و مبادلات هیجانی کلامی-حسی دوسویه جلب توجه و کمک خواستن از کودک، درخواست ماما، درخواست نمادین خوراکی در عین حال سوال و جواب و ایجاد زمینه‌های گفتار متناسب و باز خورد زیاد هیجانی توأم با لذت به کودک، ایفای نقش‌های مادر، پدر، پزشک، راننده توسط کودک و تقاضاهای متناسب از او.
	بررسی پیشرفت کودک با والدین، جمع‌بندی مطالب جلسات گذشته، نتیجه‌گیری و اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

در جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه نشان داده شده است.

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه

ویژگی	گروه مطالعه		گروه آزمایش		گروه گواه
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
سن	۶۰	۱	۶۰	۱	۶۰
تعداد فرزندان	۳۳/۳	۵	۳۳/۳	۲	۲۶/۶۷
	۲۶/۶۷	۴	۳۳/۳۳	۵	تک فرزند

خانواده	۲ فرزند	۷	۴۶/۶۷	۶	۴۰
	۳ فرزند و بیشتر	۳	۲۰	۵	۳۳/۳۳
	فرزند اول	۱۲	۸۰	۱۱	۷۳/۳۳
جایگاه تولد	فرزند دوم	۳	۲۰	۳	۲۰
	سوم و بیشتر	۰	۰	۱	۶/۶۷
	زیر دیپلم	۴	۲۶/۶۷	۳	۲۰
تحصیلات مادر	دیپلم	۷	۴۶/۶۷	۵	۳۳/۳۳
	فوق دیپلم	۳	۲۰	۳	۲۰
	لیسانس	۱	۶/۶۷	۴	۲۶/۶۷
وضعیت اشتغال	شاغل	۵	۳۳/۳۳	۶	۴۰
مادر	خانه دار	۱۰	۶۶/۶۷	۹	۶۰
	زیر دیپلم	۴	۲۶/۶۷	۳	۲۰
	دیپلم	۴	۲۶/۶۷	۳	۲۰
تحصیلات پدر	فوق دیپلم	۳	۲۰	۵	۳۳/۳۳
	لیسانس	۳	۲۰	۲	۱۳/۳۳
	فوق لیسانس و بالاتر	۱	۶/۶۷	۲	۱۳/۳۳
وضعیت اشتغال	شاغل	۱۲	۸۰	۱۱	۷۳/۳۳
پدر	بیکار	۳	۲۰	۴	۲۶/۶۷
	خوب	۴	۲۶/۶۷	۴	۲۶/۶۷
وضعیت اقتصادی	متوسط	۸	۵۳/۳۳	۸	۵۳/۳۳
	ضعیف	۳	۲۰	۳	۲۰

همان طوری که در جدول ۲ ملاحظه می شود در هر دو گروه آزمایش و گواه درصد بیشتری از کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی (ADHD) گروه نمونه ۱۰ سال داشتند. همچنین، اکثریت کودکان در هر دو گروه آزمایش و گواه در خانواده های دو فرزند زندگی می کنند که اکثراً آنان، فرزند اول خانواده نیز بودند. تحصیلات مادر اکثریت کودکان گروه نمونه در هر دو گروه آزمایش و گواه دیپلم بود و در هر دو گروه آزمایش و گواه مادرهای اکثریت کودکان گروه نمونه خانه دار بودند. همچنین تحصیلات پدر اکثریت کودکان گروه نمونه در هر دو گروه آزمایش و دیپلم بود، در حالی که در هر دو گروه پدراهای اکثریت دانش آموزان فوق دیپلم بودند و در هر دو گروه آزمایش و گواه پدراهای اکثریت کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی (ADHD) گروه نمونه شاغل بودند. در نهایت، در هر دو گروه آزمایش و گواه وضعیت اقتصادی خانواده اکثریت کودکان در حد متوسط بود.

جداول ۳ شاخص های توصیفی نمره های راهبردهای تنظیم شناختی هیجان کودکان گروه نمونه به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون را نشان می دهد.

جدول ۳: آمار توصیفی تنظیم شناختی هیجان گروه های آزمایش و گواه در مراحل اندازه گیری

مرحله اندازه گیری				گروه	متغیر
پس آزمون		پیش آزمون			
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۱/۴۱	۸/۲۷	۱/۴۵	۱۶/۶۰	آزمایش	ملاطمت خویش
۲/۴۲	۱۴/۰۷	۲/۸۶	۱۵/۸۰	گواه	
۳/۶۵	۱۲/۸۰	۳/۲۶	۱۱/۴۰	آزمایش	پذیرش
۴/۶۳	۱۲/۴۷	۲/۸۳	۱۲/۲۰	گواه	



۱/۳۵	۹/۳۳	۱/۹۴	۱۴	آزمایش	نشخوارگری
۳/۵۴	۱۳/۱۳	۱/۴۱	۱۴/۲۰	گواه	
۳/۶۴	۱۵/۳۳	۳/۴۰	۱۱/۲۷	آزمایش	تمرکز مجدد مثبت
۲/۵۲	۱۲/۵۳	۳/۱۶	۱۲/۸۰	گواه	
۲/۴۵	۱۷/۶۰	۳/۶۳	۱۱/۸۷	آزمایش	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی
۴/۸۶	۱۲/۸۰	۲/۱۰	۱۲/۳۳	گواه	
۲/۵۲	۱۳/۱۳	۴/۸۸	۱۱/۲۰	آزمایش	ارزیابی مجدد مثبت
۲/۹۲	۱۳/۸۷	۲/۹۹	۱۳/۴۷	گواه	
۳/۷۷	۱۱/۲۷	۳/۱۶	۱۱/۰۷	آزمایش	دیدگاه پذیری
۳/۳۲	۱۲/۲۷	۴/۴۴	۱۲/۶۷	گواه	
۲/۶۰	۸/۰۷	۲/۶۴	۱۶/۳۳	آزمایش	فاجعه سازی
۳/۱۳	۱۴/۹۳	۴/۹۶	۱۵/۲۷	گواه	
۲/۵۲	۹/۱۳	۳/۸۸	۱۳/۲۰	آزمایش	ملامت دیگران
۳/۹۲	۱۲/۸۷	۳/۹۹	۱۲/۴۷	گواه	

همان طور که در جدول ۳ ملاحظه می شود در زمینه راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان میانگین و انحراف معیار ملامت خویش در مرحله پیش آزمون در گروه آزمایش  $16/60 \pm 1/45$  و در گروه گواه  $15/80 \pm 2/86$  می باشد ولی در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار ملامت خویش در گروه آزمایش  $8/27 \pm 1/24$  و در گروه گواه  $14/07 \pm 2/42$  به دست آمد. این کاهش میانگین از مرحله پیش آزمون به پس آزمون در گروه آزمایش در مورد سایر راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان یعنی نشخوارگری، فاجعه سازی و ملامت دیگران نیز صدق می کند. این در حالی است که این تغییرات در گروه گواه دیده نمی شود. همچنین، میانگین و انحراف معیار پذیرش از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان در مرحله پیش آزمون در گروه آزمایش  $11/40 \pm 3/26$  و در گروه گواه  $12/20 \pm 2/83$  می باشد ولی در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار پذیرش در گروه آزمایش  $12/80 \pm 3/65$  و در گروه گواه  $12/47 \pm 4/63$  به دست آمد. این افزایش میانگین از مرحله پیش آزمون به پس آزمون در مورد سایر راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان یعنی تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه پذیری نیز صدق می کند. این در حالی است که این تغییرات در گروه گواه دیده نمی شود.

قبل از اجرای آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری، از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای پژوهش، از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس های متغیرهای پژوهش در جامعه و از آزمون ام. باکس جهت بررسی همگنی ماتریس های واریانس-کواریانس، استفاده شد که نتایج این آزمون ها معنی دار نبود ( $p > 0/05$ )، بررسی همگنی شیب خط رگرسیون نیز از معنی دار نبودن تعامل شرایط و پیش آزمون حمایت نمود ( $p > 0/05$ )؛ همچنین، از آزمون کرویت بارتلت جهت آزمون پیش فرض وجود همبستگی متعارف متغیرهای همپراش یا پیش آزمون ها با یکدیگر استفاده شد که با معنادار شدن شاخص KMO و مقدار مجذور کای محاسبه شده برای آزمون کرویت بارتلت ( $p < 0/05$ ) می توان اظهار داشت که بین متغیرهای همپراش هم خطی چندگانه وجود ندارد و همبستگی همپراش ها با یکدیگر در حد متعارف می باشد. بنابراین، داده ها پیش فرض های استفاده از تحلیل کواریانس را زیر سوال نبرده اند. لذا با توجه به رعایت مفروضه ها، می توان از آزمون تحلیل کواریانس استفاده کرد. جدول ۴ نتایج آزمون های چندمتغیری برای مقایسه کلی گروه ها در متغیرهای پژوهش (راهبردهای تنظیم شناختی هیجان) را نشان می دهد.

جدول ۴: آزمون های چندمتغیری روی میانگین پس آزمون متغیرها گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	p	Eta (اندازه اثر)	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۶۸	۴	۲۱	۱۱/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۲	۴	۲۱	۱۱/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱
آزمون اثر هتلینگ	۲/۱۸	۴	۲۱	۱۱/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۲/۱۸	۴	۲۱	۱۱/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱

همانطوری که در جدول ۴ مشخص است، با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون ها، بیانگر آن هستند که بین گروه های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (راهبردهای تنظیم شناختی هیجان) تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F=11/43$  و  $p<0/001$ ). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام یک از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل کواریانس در متن مانکوا برای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به صورت جداگانه انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول زیر ارائه شده است. جدول ۵ نتایج تحلیل کواریانس در متن مانکوا را برای مقایسه پس-آزمون راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در گروه آزمایش و گروه گواه با کنترل پیش آزمون را نشان می دهد.

جدول ۵: تحلیل کواریانس روی پس آزمون راهبردهای تنظیم هیجان با کنترل پیش آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	Eta (اندازه اثر)	توان آماری
ملاطت خویش	۱۸۲/۵۹	۱	۱۸۲/۵۹	۵۶/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱
پذیرش	۴/۵۰	۱	۴/۵۰	۰/۳۰	۰/۵۸۱	۰/۰۲	۰/۱۲
نشخوارگری	۶۰/۶۰	۱	۶۰/۶۰	۱۴/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۸
تمرکز مجدد مثبت	۲۵/۶۹	۱	۲۵/۶۹	۶/۵۲	۰/۰۴۱	۰/۳۰	۰/۸۸
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۱۱۸/۵۸	۱	۱۱۸/۵۸	۱۲/۱۱	۰/۰۰۳	۰/۴۴	۰/۹۶
ارزیابی مجدد مثبت	۱۰/۳۹	۱	۱۰/۳۹	۳/۲۷	۰/۰۹۱	۰/۱۷	۰/۷۲
دیدگاه پذیری	۰/۰۱	۱	۰/۰۱	۰/۰۰۲	۰/۹۶۵	۰/۰۰۱	۰/۰۵
فاجعه سازی	۲۶۰/۵۹	۱	۲۶۰/۵۹	۳۳/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱
ملاطت دیگران	۸۷/۶۸	۱	۸۷/۶۸	۱۶/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۱

همان طوری که در جدول ۵ مشخص است، با کنترل پیش آزمون بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (به استثنای راهبردهای پذیرش، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه پذیری) تفاوت معنی داری وجود دارد ( $p<0/005$ ). به عبارت دیگر، بازی درمانی فلور تایم با توجه به میانگین راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان در گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان (یعنی ملاطت خود، نشخوارگری، فاجعه سازی و ملاطت دیگران) در گروه آزمایش شده است. این در حالی است که این بازی درمانی با توجه به میانگین راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان تمرکز مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش این راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان در گروه آزمایش شده است. ولی، با کنترل پیش آزمون بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان پذیرش، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه پذیری تفاوت معنی داری وجود ندارد ( $p>0/05$ ).

## بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی بازی درمانی فلورتایم بر بهبود تنظیم شناختی هیجان کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی (ADHD) بود. نتایج نشان داد که بازی درمانی فلورتایم موجب کاهش استفاده کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی (ADHD) از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی و افزایش استفاده آنان از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان شده است. تاکنون پژوهشی که به بررسی اثربخشی بازی درمانی فلورتایم بر بهبود علائم کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی (ADHD) از جمله تنظیم شناختی-هیجانی پرداخته باشد انجام نگرفته است، ولی به طور کلی نتایج پژوهش حاضر قابل مقایسه به نتایج پژوهش های انجام شده در ارتباط با کودکان مبتلا به اوتیسم هست. براین اساس، این یافته به طور کلی با نتایج پژوهش علیزاده زارعی و کرمعلی اسماعیلی (۱۳۹۴) که نشان دادند روش فلورتایم بر بهبود کارکردهای هیجانی نظیر مهارت های ارتباطی، عاطفی و بازی در کودکان با اختلالات طیف اوتیسم مؤثر بوده است، همسو است. همچنین، این یافته به طور کلی با نتایج پژوهش ویسانی، شهنی ییلاق، عالی پور و مهرابی زاده هنرمند (۱۳۹۴) که نشان دادند آموزش روش ارتباط کودک-والد، نشانگان اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی و زیرمقیاس های فقدان توجه و بیش فعالی را به طور معناداری کاهش داده است، همسو است. علاوه براین، این یافته به طور کلی با نتایج پژوهش اصغری نکاح و عابدی (۱۳۹۳) که نشان دادند بازی درمانی مبتنی بر کارکردهای اجرایی بر بهبود بازداری پاسخ، برنامه ریزی و حافظه ی کاری کودکان دارای اختلال نقص توجه/ بیش فعالی مؤثر است، همسو می باشد. درنهایت، این یافته با نتایج پژوهش هانس دوتیر، اینکوارس دوتیر و بچورنسون<sup>۳۷</sup> (۲۰۱۷) که نشان دادند برنامه OutSMARTers به عنوان یک برنامه متمرکز بر آموزش مهارت های اجتماعی-هیجانی کودکان با استفاده از فنون شناختی- رفتاری و آموزش کنش های اجرایی باعث بهبود در نشانه های اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی، تنظیم هیجانات و مهارت های اجتماعی-هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی می شود، همسو است. در تبیین این یافته پژوهش حاضر می توان از نظریه بوم شناسی<sup>۳۸</sup> برون فن برونر<sup>۳۹</sup> (۱۹۷۹؛ به نقل از محسنی، ۱۳۹۰) استفاده کرد. بر اساس این نظریه، محیط طبیعی زندگی، پر قدرت ترین منبع تاثیر گذاری و نفوذ بر رفتار انسانی است و هر گونه خلل در اجرای بهینه نقش ها در محیط طبیعی و ناکارآمدی آن می تواند تاثیرات عمیقی بر زندگی افراد انسانی آن داشته باشد. طبق این نظریه، آموزش والدین و به ویژه مادر به عنوان اولین و نافذترین منبع تاثیر گذاری بر روند رشد کودک، می تواند از شکل گیری بسیاری از مشکلات رفتاری و هیجانی در کودکان جلوگیری کند و یا از شدت آن بکاهد. از این رو، در روش فلورتایم، از طریق بازی به عنوان موثرترین تکنیک تعامل با کودک، به اصلاح و بهبود نحوه ارتباط مادر با کودک پرداخته می شود که می تواند بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان را کاهش دهد. لذا، ترمیم مشکلات کودکان توسط کسی که خود، درون چرخه نگرانی ها قرار دارد، می تواند به نحوی این سیکل معیوب را دچار نوسان و آسیب کند. از آنجا که درمان مورد استفاده در این روش بر بازی که زبان ذاتی و طبیعی ارتباط کودک با جهان پیرامون است تاکید دارد، می تواند بسیاری از مشکلات اجتماعی و هیجانی کودکان، از جمله بیاعتمادی، حرمت خود پایین، پرخاشگری، رفتار تکانشی، گوشه گیر و فقدان توجه را کاهش دهد (کیدرون و لندرت، ۲۰۱۰<sup>۴۰</sup>). علاوه بر این، در روش فلورتایم، پاسخدهی انعکاسی که در آن هیجان ها و احساسات کودک با استفاده از کلام مادر، به خود کودک برگشت داده می شود، باعث افزایش خودآگاهی، شناخت هیجان های خود و تمرین نحوه مقابله با این هیجان ها می شود. خودآگاهی و پذیرش احساسات خود، می تواند علاوه بر کنترل رفتارهای مخربی همچون پرخاشگری و رفتارهای تکانشی، باعث توسعه احساس همدلی و ارزیابی رفتار خود از جنبه های مختلف شود. با توجه به اینکه یکی از مشکلات کودکان پرخاشگر، تکانشی و بیش فعال، فقدان احساس همدلی و ارزیابی رفتار خود از دیدگاه دیگران است، بنابراین در جریان ارتباط کودک-والد از طریق بازی، کودک یاد می گیرد که رفتار خود را از طریق انعکاس احساسات که توسط مادر به کودک ارائه می شود، ارزیابی و نقاط مثبت و منفی این رفتارها را بررسی و نسبت به اصلاح

<sup>۳۷</sup>Hannesdottir, Ingvarsdottir & Bjornsson<sup>۳۸</sup>ecological systems theory<sup>۳۹</sup>Bronfenbrenner<sup>۴۰</sup>Kidron & Landreth

آنها اقدام کند که همه این موارد حاکی از تأثیر است که این روش می تواند بر تنظیم شناختی هیجان کودکان دارای اختلال نقص توجه/ بیش فعالی داشته باشد.

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر این بود که یافته ها فقط قابل به تعمیم به کودکانی است که ملاک های ورود به این پژوهش را دارا بوده اند و برای افرادی که از نظر ویژگی های جمعیت شناختی و ملاک های شمول، متفاوت از آزمودنی های پژوهش حاضر هستند، قابلیت تعمیم ندارد؛ بنابراین برای تحقیقات آتی توصیه می شود که بازی درمانی فلورتایم را در جمعیت های مختلف با حجم نمونه های بالاتری و در مدت زمان طولانی تری آزموده شود تا تعمیم پذیری نتایج افزایش یابد. همچنین، به دلیل محدودیت زمانی، فرصت برگزاری آزمون پیگیری و سنجش ثبات مداخله در فواصل زمانی زیاد فراهم نشد؛ لذا پیشنهاد می گردد در تحقیقات آتی برای بررسی پایداری تأثیرات جلسات آموزشی دوره های پیگیری و به فواصل مختلف برای ارزیابی مجدد اثربخشی بازی درمانی فلورتایم صورت پذیرد. در نهایت، در نظر نگرفتن تأثیرات عوامل فرهنگی و قومی؛ به بیان دیگر کیفیت و چگونگی تأثیر عوامل فرهنگی و قومی که قطعاً در بروز مشکلات و نارسایی ها اگر نگوئیم دخیل حداقل بسترساز می باشند لحاظ نگردیده است حال آنکه توجه به این مهم شاید جهت تحقیق را به نوبه خود متحول می ساخت.

با توجه به اثربخش بودن بازی درمانی فلورتایم در بهبود تنظیم شناختی هیجان کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی (ADHD) به مشاوران و معلمان کودکان استثنایی و روانشناسان و روانپزشکان مراکز و کلینیک های روان درمانی پیشنهاد می شود که این روش درمانی را در برنامه های مداخله ای برای کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی (ADHD) گنجانده و از این روش های در مراکز و کلینیک های مشاوره تخصصی کودک و نوجوان به ویژه برای کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی (ADHD) استفاده شود.

#### منابع

- اصغری نکاح، سیدمحسن و عابدی، زهره (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر کارکردهای اجرایی بر بهبود بازداری پاسخ، برنامه ریزی و حافظه ی کاری کودکان دارای اختلال نقص توجه/ بیش فعالی. *فصلنامه روانشناسی شناختی*، ۱(۱)۲، ۴۱-۵۳.
- رحمتی، فاطمه و صابر، سوسن (۱۳۹۶). مقایسه تنظیم شناختی هیجان و تاب آوری در دانش آموزان معتاد به اینترنت و دانش آموزان عادی. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی کاربردی*، نسخه پیش از انتشار.
- عالی، شهربانو، امین ایزدی، سیدامیر، عبدخدایی، محمد، سعید، چمن آباد، علی و محرری، فاطمه (۱۳۹۳). طراحی درمان ترکیبی خانواده محور مبتنی بر مدل تحول یکپارچه انسان و مقایسه اثر بخشی آن با بازی درمانی فلورتایم بر کارکرد تحولی خانواده و تحول هیجانی-کارکردی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. *مجله ی اصول بهداشت روانی*، ۱۷(۲)، ۸۷-۹۷.
- علیزاده زارعی، مهدی و کرمعلی اسماعیلی، سمانه (۱۳۹۴). بررسی تأثیر روش فلورتایم بر کارکردهای هیجانی کودکان با اختلالات طیف اوتیسم. *مجله علمی پژوهشی توانبخشی نوین- دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۹(۱)، ۹-۱۶.
- قاسم پور، عبدالله و رضانی، ولی اله (۱۳۹۴). مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تکانشگری در نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی و بهنجار. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۲(۱۳۷)، ۹-۱۸.
- قرنجیک، عبدالخلیل (۱۳۹۰). *رابطه بین استرس والدینی و کیفیت رابطه والد - کودک با عملکرد اجرایی کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه، بیش فعالی/تکانشگری*. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان.
- کمالی ایگلی، سمیه و ابوالمعالی الحسینی، خدیجه (۱۳۹۵). تبیین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر اساس فرایندهای ارتباطی خانواده و کمال گرایی در نوجوانان دختر. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی کاربردی*، ۱۰(۳۹)، ۲۹۱-۳۱۰.
- محمدی، حاتم و موسوی، سید ولی الله (۱۳۹۴). مقایسه تنظیم هیجان و خودمهارگری در کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه- فزونکنشی. *فصلنامه تحول روانشناختی کودک*، ۲(۲)، ۲۱-۳۴.
- مشهدی، علی، حسینی، جعفر و میردورقی، فاطمه (۱۳۹۱). بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی نسخه ی فارسی پرسشنامه ی نظمجویی شناختی هیجان- فرم کودکان. *مجله ی اصول بهداشت روانی*، ۴(۳)، ۲۴۶-۲۵۹.

- مفتاق، سید داوود، محمدی، نواله، غنی زاده، احمد، رحیمی، چنگیز و نجیمی، آرش (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی روش های مختلف درمان در اختلال نقص توجه- بیش فعالی کودکان. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۲۹(۱۴۸)، ۹۶۵-۹۷۶.
- ویسانی، مختار، شهینی ییلاق، منیجه، عالی پور، سیروس و مهربابی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۹۴). اثربخشی روش ارتباط کودک-والد بر شدت نشانگان اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی. *روانشناسی خانواده*، ۲(۱)، ۲۹-۳۸.
- Alink, L.R.A, Cicchetti, D., Kim, J., Rogosch, F.A. (2009). Mediating and moderating processes in the relation between maltreatment and psychopathology: Mother-child relationship quality and emotion regulation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 831-843.
- Ambuabunos, E.A., Ofovwe, E.G., Ibadin, M.O. (2011). Community survey of attention-deficit/hyperactivity disorder among primary school pupils in Benin City, Nigeria. *Annals of African Medicine*, 10(2), 91-96.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fifth Edition) (DSM-5). Washington, DC: APA.
- Anastopoulos, A. D., Sommer, J. L., & Schatz, N. K. (2009). ADHD and family functioning. *Current Attention Disorders Reports*, 1(4), 167-170.
- Asherson, P. (2017). ADHD across the lifespan. *Medicine*, 44 (11), 683-686.
- Barkley, R.A., Fischer, M. (2010). The Unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49(5), 503-513.
- Brotman, A., Rich, A., Guyer, E., Lunsford, R., Horsey, E., Reising, M., et al. (2011). Amygdala Activation During Emotion Processing of Neutral Faces in Children With Severe Mood Dysregulation Versus ADHD or Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry*, 167(1), 61-9.
- Chang, Y.K., Hung, C.L., Huang, C.J., Hatfield, B.D., Hung, T.M. (2014). Effects of an aquatic exercise program on inhibitory control in children with ADHD: A preliminary study. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 29(3), 217-23.
- Chorniy, A., Kitashima, L. (2016). Sex, drugs, and ADHD: The effects of ADHD pharmacological treatment on teens' risky behaviors. *Labour Economics*, 43, 87-105.
- Dionne, M., Martini, R. (2011). Floortime play with a child with autism: A single-subject study. *Can J Occup Ther*, 78, 196-203.
- Forslund, T., Brocki, K., Bohlin, J., Granqvist, P., Eninger, L. (2016). The heterogeneity of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and conduct problems: Cognitive inhibition, emotion regulation, emotionality, and disorganized attachment. *British Journal of Developmental Psychology*, 34(3), 371-87.
- Garnefski, N., Kraaij, V., Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Individ Dif*, 30, 1311-27.
- Garnefski, N., Kraaij, V., Spinhoven, P. (2002). *CERQ: Manual for the use of cognitive emotion regulation questionnaire*. Leiderdorp, Netherlands: DATEC.
- Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Terwogt, M.M., Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year-old children: The development of an instrument. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 16, 1-9.



- Gau, S. S. F., & Chang, J. P. C. (2013). Maternal parenting styles and mother-child relationship among adolescents with and without persistent attentiondeficit/hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 34(5), 1581-1594.
- Gil, E. (1991). *Healing power of play working with abused children*. New York: the Guilford press.
- Greenspan, S.I., DeGangi, G., Wieder, S. (2001). The Functional Emotional Assessment Scale for Infancy and Childhood, *FEAS. Bethesda, MD: Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders*, 3-57, 167-187.
- Hannesdottir, D.K., Ingvarsdottir, E., Bjornsson, A. (2017). The OutSMARTers Program for Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 21(4), 353-364.
- Huber, J, S. (2010). *The medical effect of sibling warmth on parental stress in families with children who have attention deficit hyperactivity disorder*. Ph.D. thesis in psychology. The Floridastate University. College of Human Sciences.
- Izadpanah, S., Schumacher, M., Arens, E. A., Stopsack, M., Ulrich, I., Hansenne, M., Grabe, H. G., Barnow, S. (2016). Adolescent harm avoidance as a longitudinal predictor of maladaptive cognitive emotion regulation in adulthood: The mediating role of inhibitory control. *Journal of Adolescence*, 52(2), 49-59.
- Kidron, M., & Landreth, G. (2010). Intensive child-parent relationship therapy with Israeli parents in Israel. *International Journal of Play Therapy*, 19, 64-78.
- Knouse, L.E., Barkley, R.A., Murphy, K.R. (2013). Does executive functioning (EF) predict depression in clinic-referred adults? EF tests vs. rating scales. *Journal of Affective Disorders*, 145(2), 270-275.
- Matza, L. M., Mary, K., Deal, L., Kimberly, F., & Erder, H. (2017). Challenges of Developing an Observable Parent-Reported Measure: A *Qualitative Study Of Functional Impact Of ADHD In Children*. *Journal Value in Health*, 20, 828 – 833.
- Milton, H. (2010). Effects of a Computerized Working Memory Training Program On Attention, Working Memory, and Academics, In *Adolescents with Severe ADHD/LD*. *Psychology journal*, 1(14), 120–122.
- Musser, E., Backs, W., Schmitt, F., Ablow, J., Measelle, R., Nigg, J. (2012). Emotion Regulation via the Autonomic Nervous System in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *J Abnorm Child Psychol*, 39(6), 841–52.
- Potthoff, S., Garnefski, N., Miklósi, M., Ubbiali, A., Domínguez-Sánchez, F. J., Martins, E. C., Witthöft, M., Kraai, V. (2016). Cognitive emotion regulation and psychopathology across cultures: A comparison between six European countries. *Personality and Individual Differences*, 98(1), 218-224.
- Ríos-Hernández, A., Alda, J. A., Farran-Codina, A., Ferreira-García, E., & Izquierdo-Pulido, M. (2017). The Mediterranean diet and ADHD in children and adolescents. *Pediatrics*, 139(2), 2016-2027.
- Samuelson, K. W., Krueger, C. E., & Wilson, C. (2012). Relationships between maternal emotion regulation, parenting, and children's executive exposed to intimate functioning in families partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 27 (17), 3532–3550.
- Sidlauskaite, J., Sonuga-Barke, E., Roeyers, H., Wiersema, J.R. (2016). Default mode network abnormalities during state switching in attention deficit hyperactivity disorder. *Psychological Medicine*, 46(3), 519-28.
- Spencer, T., Faraone, S.V., Surman, C., Petty, C., Clarke, A., Batchelder, H., et al. (2011). Towards defining deficient emotional self-regulation in youth with attention deficit hyperactivity disorder using the child behavior check list: A controlled study. *Postgrad Med*, 123(5), 50–9.

Spencer, T., Faraone, S.V., Surman, C., Petty, C., Clarke, A., Batchelder, H., Wozniak, J., et al. (2011). Towards defining deficient emotional self-regulation in youth with attention deficit hyperactivity disorder using the child behavior check list: A controlled study. *Postgrad Med J*, 123(5), 50–59.

