

تاثیر شن بازی درمانی بر بهبود خودکنترلی، هوش هیجانی و مشکلات- رفتاری کودکان ۶ سال

دکتر خدیجه ابوالمعالی^{۱*}؛ مارال عادل پيله رود^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر، تاثیر شن بازی درمانی بر بهبود خودکنترلی، هوش هیجانی و مشکلات رفتاری کودکان ۶ سال بود.

روش پژوهش: پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش نیمه آزمایشی همراه با پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش آموزان ۶ ساله دبستانی دبستان های منطقه ۳ شهر تهران که در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ مشغول به تحصیل هستند، تشکیل دادند. روش نمونه گیری این پژوهش به صورت تصادفی چند مرحله ای می باشد که به طور تصادفی، ۱۴ نفر از آنها به عنوان نمونه انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه مساوی آزمایش (۷ نفر) و گواه (۷ نفر جایگزین شدند. افراد نمونه، پرسشنامه های خودکنترلی ادراک شده کودکان هامفری (۲۰۰۰)، هوش هیجانی صفت - فرم کودکان (TEIQue-CF) و مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان کوای و پترسون (RBPC) - فرم تجدید نظر شده را تکمیل کردند. محاسبات انجام شده در دو گروه آمار توصیفی و تجزیه و تحلیل آمار استنباطی به وسیله نرم افزار SPSS-۲۱ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: یافته ها نشان داد که F تحلیل کواریانس برای خودکنترلی، و هوش هیجانی و مشکلات رفتاری به دست آمدند. این یافته ها نشان می دهند که در متغیرهای وابسته شامل خودکنترلی، هوش هیجانی و مشکلات رفتاری تفاوت معنی دار دیده می شود. لذا با اطمینان ۹۹٪ می توان ادعا کرد شن بازی درمانی بر بهبود خود کنترلی در کودکان ۶ تا ۸ سال تاثیر دارد.

بحث و نتیجه گیری: نتایج حاصل نشان داد که شن بازی درمانی بر بهبود خود کنترلی بیش از هوش هیجانی و مشکلات رفتاری در کودکان ۶ سال تاثیر دارد.

واژگان کلیدی: شن بازی درمانی، خودکنترلی، هوش هیجانی، مشکلات رفتاری، کودکان ۶ سال.

۱. *دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، ایران. (نویسنده

مسئول: Abolmaali@riau.ac.ir)

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، تهران، رودهن.

مقدمه

تعداد کمی از افراد از تأثیر مهم مشکلات رفتاری در کودکی و اینکه تا چه اندازه می تواند برای رشد در سال های بعدی مخرب باشد آگاه اند. مطالعات نشان می دهد که مشکلات رفتاری دوران کودکی را باید جدی تلقی نمود، چرا که غالباً مشکلات بعدی، از مشکلات دوران کودکی آغاز شده با تداوم می یابد. همچنین مشکلات رفتاری دوران کونکی می تواند تأثیر مخربی بر زمینه های فردی، بین فردی و تحصیلی کودکان داشته باشد (هافارت^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). کرک^۲ و همکاران (۲۰۱۹) و گایگولو^۳ (۲۰۱۶)، در تازه ترین کتاب های خود از واژه ناتوانی های رشدی و هوشی استفاده می کنند و آن را جزو گروه های با شیوع و فراوانی بالا طبقه بندی نموده و براساس آمارهای جهانی میزان آن را ۱ تا ۳ درصد گزارش می نمایند راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5, 2013)^۴، کم توانی ذهنی (ناتوانی عقلانی) را جزو اختلالات عصبی-رشدی می داند که در دوره رشد شروع می شود و با کمبودهایی در توانایی عقلانی کلی، مانند استدلال، حل مسئله، برنامه ریزی، قضاوت، یادگیری تحصیلی و یادگیری از تجربه مشخص می گردد (خدایاری فرد، ۲۰۱۸). مایرباک^۵ و وانتنچر^۶ (۲۰۱۸)، معتقدند که کم توانی ذهنی با مشکلات رفتاری مانند پرخاشگری، رفتار مخرب، بیش فعالی، داشتن رفتارهای کلیشه ای، اجتماعی و جنسی نامناسب همراه است که این مشکلات رفتاری علاوه بر داشتن اثرات منفی بر سلامتی و امنیت شخصی، اطرافیان و مراقبان را نیز تحت تأثیر قرار می دهد. نتایج پژوهش مورای و همکاران^۷ (۲۰۱۸) بیانگر اثربخشی مداخله شناختی سال های باورنکردنی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان می باشد. علاوه بر این، یکی از مشکلات جدی که کودکان مبتلا به اختلال مشکلات رفتاری با آن مواجه هستند، خودکنترلی ضعیف این کودکان است (برجعی و همکاران، ۲۰۱۹؛ پاتروس^۸ و همکاران، ۲۰۱۷). خودکنترلی یک جزء حیاتی برای برخورداری از رفاه اجتماعی کودکان به حساب می آید که فرصت تصمیم گیری های درست و کنترل احساسات، سرخوردگی ها و واکنش های خود را فراهم می کند. این مهارت فکری از اتخاذ تصمیمات و اقدامات نامناسب در رویارویی با موقعیت های مختلف

-
1. Haffort, A
 2. Kirk, S
 3. Gargiulo, R. M
 4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
 5. Myrbakk, E., Tetzner, S
 6. Murray, D. W
 7. Patros, C. H. G

جلوگیری می‌کند. خودکنترلی می‌تواند در مواقع دشوار به واکنش درست فرد کمک کند و از این رو به آموختن این مهارت فکری از دوران کودکی تاکید شده است. پژوهش‌های مختلفی نیز درباره این موضوع در سالهای اخیر بر گروه‌های سنی مختلف صورت گرفته است. خودکنترلی به نوعی ایجاد حالتی است در درون فرد که او را به انجام وظایفش متمایل می‌سازد، بدون آنکه عامل خارجی او را تحت کنترل داشته باشد (کندال^۱، ۲۰۱۹). خودکنترلی را می‌توان انتخاب طبیعی رفتاری پسندیده در مقابل رفتار ناپسند تعریف کرد (آگباریا و نیچر^۲، ۲۰۲۰) و نیز توانایی کنترل احساسات، رفتار و افکار تحریک‌کننده به منظور انطباق با استانداردهای اجتماعی و کسب اهداف بلندمدت است که در رشد مثبت نوجوانان نقش مثبتی دارد (آگباریا و همکاران، ۲۰۲۰؛ ون پروین^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). بررسی جنبه‌های خودکنترلی، موجب گذر نوجوانان از چالش‌های بیولوژیکی و اجتماعی هنجاری، افزایش رفتارهای خطرپذیر و پریشانی عاطفی است (لی^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). ون پروین و همکاران (۲۰۲۱) دو جنبه را برای خودکنترلی از یکدیگر متمایز کرده‌اند: خودکنترلی از جنبه شناختی که با توانایی تغییر و تمرکز بر توجه مشخص می‌شود. خودکنترلی از جنبه رفتاری که با مهار رفتار نامطلوب مشخص می‌شود. برترمز (۲۰۱۶) خودکنترلی را به عنوان یک توانایی دانسته و آن را ظرفیت سرشت افراد در نادیده گرفتن یا تغییر دادن تمایلات در پاسخ به حالت غالب آنها تعریف می‌کند (مک درموت و همکاران، ۲۰۱۹).

بنا بر یافته‌های لیتون و موراو^۵ (۲۰۱۷) خودکنترلی توانایی فرد در شناخت و به کار بستن استعدادها برای کنترل احساسات و هیجان‌ها، رفتار و نیازها در ارتباط با خود و جامعه است. از عامل مرتبط با مشکلات رفتاری در کودکان، می‌توان به هوش هیجانی اشاره کرد. این اصطلاح اولین بار توسط سالووی و مایر در سال ۱۹۹۷ مطرح شد (سالووی و مایر^۶، ۲۰۰۲). هوش هیجانی شامل در دقیق و درس هیجان‌ها، ایجاد و دسترسی به هیجان‌ها به منظور توجه به افکار، در و دانش عاطفی، تنظیم انعطاف پذیر هیجان‌ها در راستای تقویت رشد هیجانی و فکری است (هاشیم و خلیل^۷، ۲۰۱۸).

-
1. Kendall, P. C
 2. Agbaria, Q., Natur, N
 3. van Prooijen, D. L
 4. Li, J. B
 5. Bertrams, A
 6. McDermott, P. A
 7. Layton RL, Muraven M
 8. Salovey, P., Mayer, J. D
 9. Hashim, S.H., Khalil, M. S

به نظر گلن (۱۹۹۵)، هوش هیجانی هم شامل عناصر درونی و هم بیرونی است. عناصر درونی شامل میزان خودآگاهی، خودانگاره، احساس استقلال و ظرفیت خودشکوفایی و قاطعیت، و عناصر بیرونی شامل روابط بین فردی، سهولت درهمدلی و احساس مسئولیت است (پارمحمادی منفرد و همکاران، ۲۰۱۹). کاربرد مناسب هیجان ها در روابط انسانی، در احوال خود و دیگران، خویشتن داری، همدلی با دیگران و استفاده مثبت از هیجان ها در تفکر و شناخت، موضوع هوش هیجانی است (بنی هاشمیان و همکاران، ۲۰۱۹). هوش هیجانی به عنوان زیرمجموعه ای از هوش اجتماعی، به فرد قدرت کنترل احساس های خود و دیگران را می دهد (رنجبر و همکاران، ۲۰۱۸). افراد دارای هوش هیجانی بالا، احساس های خود را به دقت درک کرده و به صورت یکپارچه از آن استفاده می کنند (اوبرادوویکا و همکاران، ۲۰۱۸). یافته ها نشان می دهند که هوش هیجانی پیش بینی کننده مهمی برای برودادهای زندگی است (آستین و همکاران، ۲۰۱۵). بسیاری از محققان معتقدند که هوش هیجانی بالا با عملکرد بهتر در زمینه های خود تنظیمی، ابراز وجود، استقلال، همدردی با دیگران، کنترل، خوش بینی و خودکارآمدی رابطه دارد (ویلیام و همکاران، ۲۰۱۸). هوش هیجانی به عنوان چگونگی درک و جذب و پردازش اطلاعات نسبت احساسات خود و دیگران، بیان درست هیجان و نظم سازگارانه هیجان در جهت افزایش کیفیت زندگی در نظر گرفته می شود (مورون و بیولیک-مورون، ۲۰۲۱). به عبارت دیگر، هوش هیجانی که تأثیر معناداری بر سلامت، روابط و کار و عملکرد تحصیلی افراد دارد، تحت عنوان توانایی شناسایی، ابراز، درک و مدیریت و استفاده از هیجانات تعریف شده (کوتسو و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعات محمودی و همکاران (۲۰۱۷) نشان داده اند که تحول تنظیم هیجان و صلاحیت هیجانی در طی دوران کودکی به طور قابل ملاحظه ای افزایش می یابد. به منظور تأثیر گذاری مشکلات رفتاری در، رویکردهای مختلفی ایجاد شده اند؛ اما کودکان به دلیل پایین بودن سطح تفکر انتزاعی، قادر به بیان هیجانات و احساسات خود نیستند، سرکوب و عدم مهارت در بیان احساسات بویژه از نوع منفی آن بهداشت روانی کودکان را به خطر می اندازد. لذا بازی ابزاری است که کودک به کمک آن خود را ابراز می کند (رای^۷ و همکاران، ۲۰۲۰). دوگرتی (۲۰۱۶) در پژوهشی نشان دادند که بازی درمانی کودک محور با کاهش استرس رابطه

1. Goleman, D.
2. Obradovica, V
3. Astin, E.J
4. William, D.S
5. Moron & Biolik-Moron
6. Kotsou, I
7. Ray, DC
8. Dougherty, J

والد_کودک تأثیر دارد. استولمیکر^۱ و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که کودکانی که بازی درمانی کودک محور دریافت کردند به طور قابل توجهی سطح کلی اضطراب و نگرانی خود را کاهش دادند. به طور کلی، بازی درمانی کودک محور ممکن است یک درمان مناسب رشدی برای کودکان خردسال که مضطرب هستند در نظر گرفته شود. باگرلی و همکاران (۲۰۱۵) و لاندرد^۲ و همکاران (۲۰۱۹) را پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که بازی درمانی گروهی کودک محور یک مداخله رایج برای کودکان دبستانی است که اعتماد به نفس آنها را تسهیل می کند. بازی درمانی استفاده سیستماتیک از یک الگوی نظری به منظور برقراری یک فرایند میان فردی است که در آن با استفاده از قدرت درمانی بازی به پیشگیری و یا رفع مشکلات مراجع و دستیابی به رشد و پرورش مطلوب وی کمک می شود. بازی وسیله ی بیان و ارتباط کودک است و به عقیده ی برخی از پژوهشگران بخش مهمی از فرایند درمانگری را تشکیل می دهد (واتسون^۳ و همکاران، ۲۰۱۷). کودک را با دنیای خارجی او ارتباط می دهد و باعث می شود که کودک بتواند اشیای خارجی را تحت کنترل خود در آورد. بازی به کودک اجازه می دهد تا تجربیات، افکار، احساسات و تمایلاتی را که برای وی تهدیدکننده هستند، نشان دهد (ویتنتون^۴ و همکاران، ۲۰۲۰؛ بانیر^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). بازی درمانی شناختی-رفتاری، در حین عبور کودک از مراحل متعدد درمانی (مرحله آغازین-مرحله ارزیابی، مرحله میانی و مرحله پایانی) انجام می گیرد. بعد از آمادگی، برای بازی درمانی شناختی رفتاری مرحله ارزیابی آغاز می شود؛ درمانگر، در مرحله میانی، نقشه درمان را طراحی می کند و درمان، روی افزایش خودکنترلی کودک، حس پیشرفت و یادگیری پاسخ های سازگارانه تر برای رویارویی با موقعیت های خاص، متمرکز می شود. تعمیم و پیشگیری از عود و بازگشت در مرحله میانی، به کار گرفته می شود تا کودک مهارت های جدیدی در مورد زمینه های گوناگون بیاموزد؛ در مرحله پایانی، کودک و خانواده اش برای خاتمه درمان آماده می شوند (رابرتس^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). رای^۷ و همکاران (۲۰۰۹) دریافتند که کودکانی که در بازی درمانی شرکت کردند نسبت به کودکان که شرکت نکرده اند در حوزه ویژگی های دانش آموزی و در زیرمقیاس های ناتوانی عاطفی و اضطراب/کناره گیری شاخص استرس آموزشی، پیشرفت معنی داری را نشان دادند.

-
- | | | |
|--------------------|--------|---|
| 1. Stulmaker, H | . | L |
| 2. Landreth, GL | | |
| 3. Watson, D | . | L |
| 4. Wethinton, H. R | | |
| 5. Banneyer, K | . | N |
| 6. Raberts, R | | |
| 7. | Ray, B | |

در پژوهشی نشان داده شد که بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان تأثیر دارد (زارع و همکاران، ۲۰۲۰). بازی درمانی بر تنظیم هیجان، افسردگی و اضطراب کودکان مبتلا به دیابت موثر است (اکبری و همکاران، ۲۰۲۰). بازی درمانی بی رهنمود بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش دبستانی موثر است (قدم پور و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین کهریزی و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی شن بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری/بیش فعالی کودکان پیش دبستانی شهرستان کرمانشاه نشان دادند که شن بازی درمانی، اثر معناداری بر کاهش پرخاشگری/بیش فعالی کودکان گروه آزمایشی در مقایسه با کودکان گروه کنترل دارد. منی والن^۱ و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشی نشان دادند که بازی درمانی می تواند در بهبود رفتارهای نامناسب و تعاملات اجتماعی ضعیف کودکان مفید واقع شود.

نسایب مقدم و همکاران (۲۰۲۰) در تحقیق خود نشان دادند که شن بازی می تواند بر کاهش ناگویی هیجانی دانش آموزان نارساخوان در مولفه های کاهش دشواری در بیان احساسات، کاهش دشواری در خیال پردازی، کاهش دشواری در تشخیص احساسات از تغییرات فیزیولوژیکی و کاهش تفکر عینی موثر باشد.

ضرورت و اهمیت این تحقیق در این است که با آموزش به موقع و مداخله به جا، مشکلات حاصل از مشکلات رفتاری کودکان ۶ سال می تواند به حداقل رسیده و از آسیب های طولانی مدت جلوگیری شود. علاوه بر این فرایند توجه به سلامت روان کودکان امری اجتناب ناپذیر است. چرا که این گروه از جامعه در آینده نزدیک، می بایست به ایفای نقش اجتماعی و شغلی بپردازند و آسیب پذیری روانشناختی آنان سبب می شود آنها نتوانند کارکرد اجتماعی، روانشناختی و تحصیلی مناسب را از خود بروز دهند که این فرایند نشان از ضرورت انجام پژوهش حاضر دارد. بنابراین با توجه به موضوعات مطروحه و تحقیقات انجام یافته در مورد تأثیر شن بازی درمانی بر بهبود خودکنترلی، هوش هیجانی و مشکلات رفتاری کودکان ۶ سال، و از سوی دیگر با توجه به خلاء پژوهشی در حوزه انجام پژوهشی با عنوان تأثیر شن بازی درمانی بر بهبود خودکنترلی، هوش هیجانی و مشکلات رفتاری کودکان ۶ سال، هدف پژوهش حاضر تأثیر شن بازی درمانی بر بهبود خودکنترلی، هوش هیجانی و مشکلات رفتاری کودکان ۶ سال است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش نیمه آزمایشی همراه با پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دبستانی دبستان

های منطقه ۳ شهر تهران که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ مشغول به تحصیل بودند را شامل می‌شد که به صورت تصادفی چند مرحله ای و با استفاده از جدول کوهن بر اساس اندازه اثر ۰/۵۰ آلفای ۰/۵۰ و توان آزمون ۰/۹۹ برابر ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه گواه و ۱۵ نفر گروه کنترل) برآورد، شد که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارش شدند. سپس از هر دو گروه پیش آزمون گرفته شده و به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته، درمان شن بازی روی گروه آزمایش اجرا شد. در این مطالعه، مداخله ای که برای گروه آزمایش اجرا شد عبارت بود از مداخله به کمک شن بازی درمانی (بر اساس کتاب راهنمای گام به گام شن بازی درمانی) است. مداخله توسط پژوهشگر به مدت دو ماه و نیم به صورت هفتگی در ۱۰ جلسه (چهل و پنج دقیقه) اجرا شد. در این مطالعه، مداخله ای که برای گروه آزمایش انجام شد عبارت بود از برنامه شن بازی درمانی که توسط بویک و گودوین (۲۰۰۰) تدوین شده است. ملاک های ورود به مطالعه عبارت اند از: کلیه دانش آموزان دبستانی (۶ ساله) مقطع دبستان منطقه ۳ شهر تهران که در حال تحصیل، توانایی ورود به مطالعه را داشتند. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: داشتن اختلال بارز گفتاری، شنوایی، بینایی و حرکتی، استفاده از روش های دیگر درمانی (مشاوره ای و یا پزشکی) می‌شد. افراد نمونه پرسشنامه های خودکنترلی ادراک شده کودکان هامفری (۲۰۰۰)، هوش هیجانی صفت - فرم کودکان (TEIQue-CF) و پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان کوای و پترسون (RBPC) - فرم تجدید نظر شده را تکمیل کردند. برای تجزیه و تحلیل داده ها و فرضیه های پژوهش از تحلیل کوواریانس چند متغیره آزمون شاپیرو و ارنولد لوین استفاده گردید. محاسبات انجام شده در دو گروه آمار توصیفی و تجزیه و تحلیل آمار استنباطی به وسیله نرم افزار SPSS-۲۱ مورد تحلیل قرار گرفت.

مقیاس خودکنترلی ادراک شده کودکان هامفری (۲۰۰۰): پرسشنامه خودکنترلی ادراک شده (CPSC) توسط هامفری (۲۰۰۰) طراحی و روایی سنجی شده است، این پرسشنامه شامل ۱۱ گویه بسته پاسخ بر اساس طیف دو سطحی می باشد، این مقیاس خودکنترلی درون فردی، خودکنترلی میان فردی، و خودسنجی را مورد سنجش قرار می دهد، این پرسشنامه توسط عاصمی (۲۰۱۵) روایی سنجی شده است. در پژوهش عاصمی (۲۰۱۵) پایایی این آزمون، با استفاده از روش همبستگی بازآزمایی با طول مدت ۳ تا ۲ هفته بین اجرای آزمونها، اندازه گیری و تعیین شده است. نمره همبستگی کل ۰/۷۱ و همبستگی خرده مقیاس ها به صورت خودکنترلی فردی (۰/۶۳)، خودکنترلی میان فردی (۰/۶۳)، و خودسنجی (۰/۵۶) گزارش شده است، این پژوهش بهبود نمره کلی

1. Boik, B., Goodwin, E

2. children's perceived self-control scale (CPSC)

خودکنترلی کودک را در نظر دارد. هامفری برای سنجش روایی آزمون نمرات آن را با دیگر پرسشنامه های سنجش ادراک خودکنترلی مقایسه نمود و ضرایب همبستگی گشتاوری پیرسون بین CPSC و دیگر پرسشنامه های مورد نظر را بین ۶۵ تا ۷۱ درصد گزارش کرد. در مطالعه عاصمی (۲۰۱۵) برای بدست آوردن روایی پرسشنامه از نظرات استاد راهنما و چندین تن از دیگر اساتید و متخصصین و کارشناسان استفاده شده است. و از آنها در مورد مربوط بودن سؤالات، واضح بودن و قابل فهم بودن سؤالات و اینکه آیا این سؤالات برای پرسش های تحقیقاتی مناسب است و آنها را مورد سنجش قرار می دهد، نظر خواهی شد و مورد تایید قرار گرفت. عزیزاده و همکاران (۱۳۹۰) در بررسی رابطه سبک های والدینی و مشکلات رفتاری کودکان کانون اصلاح و تربیت شهر مشهد، با استفاده از روش بازآزمایی با فاصله ۱ ماه پایایی آن را ۰/۷۷ و روایی آزمون را با استفاده از مقایسه نتایج سنجه های دیگر خودکنترلی، ۰/۷۱ به دست آورد. در این پژوهش میزان ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۳ و نمره کلی خودکنترلی کودک مد نظر بود.

پرسشنامه هوش هیجانی صفت - فرم کودکان (TEIQue-CF): پرسشنامه هوش هیجانی صفت - فرم کودکان TEIQue-CF توسط ماورولی^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۸ و با اقتباس از پرسشنامه هوش هیجانی صفتی پترایدز و فارنهام^۳ (۲۰۰۱) ساخته شده است. پرسشنامه هوش هیجانی صفت - فرم کودکان CF-TEIQue برای کودکان ۸ تا ۱۲ سال است. این پرسشنامه ۷۵ (در هنجار ایرانی ۶۹ سوال) سوال دارد که شامل ۹ خرده مقیاس انطباق پذیری، آمادگی عاطفی، ادراک هیجانی ابراز هیجانی، تنظیم هیجانی، تکانشی پایین، ارتباط با همسالان، عزت نفس و خودانگیختگی است. دامنه نمرات در این پرسشنامه بین ۶۹ تا ۳۴۵ می باشد. نمره بالا و نزدیک به ۳۴۵ نشان دهنده هوش هیجانی صفت بالا و نمره پایین و نزدیک به ۶۹ نشان دهنده هوش هیجانی صفت پایین در کودکان است. در این پرسشنامه سؤالات ۱-۳-۵-۶-۹-۱۲-۱۵-۱۸-۲۰-۲۱-۲۳-۲۵-۲۹-۳۵-۳۹-۴۲-۴۸-۴۹-۵۴-۵۷-۵۵-۵۸-۶۰-۶۲-۶۵-۶۸ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. نسخه انگلیسی هوش هیجانی صفت فرم کودکان نشان از سطح رضایت بخشی از همسانی درونی ۰/۷۹ و پایایی در یک دوره ۳ ماهه $r = 0.79$ گزارش شده است (ماورولی و همکاران، ۲۰۰۸)؛ همچنین سطح رضایت بخشی از همسانی درونی آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۲ و یک فاصله زمانی سه ماه $r = 0.79$ گزارش شده است (ماورولی و سانچز-روز، ۲۰۱۱). این پرسشنامه در ایران و در پژوهش ناظمی مقدم و همکاران (۱۳۹۶)

-
1. Trait emotional intelligence in children
 2. Mavroveli, S
 3. Petrides, K. V., Furnham, A

مورد بررسی قرار گرفت. نتایج عاملی اکتشافی با روش مؤلفه‌های اصلی، علاوه بر عامل کلی، ۹ عامل به نام‌های انطباق‌پذیری، آمادگی عاطفی، ابزار هیجانی، تنظیم هیجانی، تکانشی پایین، ارتباط با همسالان، عزت نفس و خودانگیختگی را برای این پرسشنامه مورد تأیید قرارداد و پایایی مقیاس بر حسب ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۵۹ تا ۰/۸۹ گزارش شد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بود.

پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان کوای و پترسون (RBPC)^۱ - فرم

تجدید نظر شده: این چک لیست را کوای و پترسون (۱۹۸۷) برای درجه بندی مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان پنج تا ۱۸ ساله تهیه نموده است. این پرسشنامه ۸۸ سوال داشته و هدف آن بررسی مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان (اختلال سلوک، مشکلات توجه- ناپختگی، پرخاشگری اجتماعی، اضطراب- گوشه گیری) می باشد.

این پرسشنامه دارای ۴ بعد بوده که در جدول زیر ابعاد و نیز شماره سوال مربوط به هر بعد ارائه گردیده است:

بعد	سوالات مربوطه
اختلال سلوک	۱-۳۸
مشکلات توجه- ناپختگی	۳۹-۷۱
پرخاشگری اجتماعی	۷۲-۸۰
اضطراب- گوشه گیری	۸۱-۸۸

چک لیست کوای و پترسون دارای ۸۹ گویه و ۶ خرده مقیاس اختلال سلوک (۲۲ گویه)؛ پرخاشگری اجتماعی (۱۷ گویه)؛ مشکلات توجه- ناپختگی (۱۶ گویه)؛ اضطراب- گوشه گیری (۱۱ گویه)؛ رفتار روانپریشی (۶ گویه) و حرکات اضافی (۵ گویه) را شامل می شود.

برای نمره گذاری این پرسشنامه، سه نمره صفر، یک و دو به کار برده می شود. دامنه مشکلات فرد از صفر تا ۱۷۸ نوسان دارد. در ایران شهیم و همکاران (۱۳۸۶) پایایی این آزمون را به روش باز آزمایی بین ۰/۴۹ تا ۰/۸۳ و پایایی درونی آن را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۴ برای شش خرده آزمون به دست آوردند و بیان کردند که روایی ملاکی آزمون نیز قابل قبول می باشد.

با توجه به متغیرهای مورد بررسی و داده های به دست آمده از اندازه گیری آنها و جهت توصیف داده ها از شیوه های مناسب آمار توصیفی مانند درصد، فراوانی، شاخص های گرایش مرکزی، پراکندگی و توزیع استفاده گردید. در انتها جهت تایید یا رد فرضیه های پژوهش، با در نظر داشتن

نوع داده ها، آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده گردید. به این دلیل که طرح هایی که در آن ها چند متغیر مستقل کمی (پارامتریک) و در ارتباط با عامل های کیفی (غیرپارامتریک) بکار گرفته می شوند، طرح های تحلیل کواریانس (ANCOVA) نامیده می شوند. محاسبات انجام شده در دو گروه آمار توصیفی و تجزیه و تحلیل آمار استنباطی به وسیله نرم افزار SPSS-۲۱ مورد تحلیل قرار گرفت.

خلاصه جلسات گام به گام شن بازی درمانی (بر اساس کتاب راهنمای گام به گام شن بازی درمانی (بویک و گودوین، ۲۰۰۰)

جلسات	هدف	شرح
اول	خلق کردن دنیا	الف : معرفی شن بازی به مراجع ایجاد یک فضای ایمن، محافظت شده و آزاد. معرفی دوباره سینی ها و ظروف، اشیاء، فرایند و مراحل انجام کار به مراجع. به کودک بگویند که ما برخی اوقات از شن برای این موضوع استفاده میکنیم که به ما داستانی را بگوید، یا این که با آن درباره چیزی صحبت میکنیم، یا این که با شن تصویری از آن چه درباره آن فکر می کنیم یا احساسی که داریم استفاده می نماییم. قرار دادن خودمان در موقعیتی که مراجع با آن احساس راحتی داشته باشد. به کودک بگویند که در انجام شن بازی هیچ روش و کار اشتباهی برای انجام بازی وجود ندارد. او هر چه بخواهد خلق کند را میتواند با آن درست کند. او می تواند با شن بازی کند و از هر شی و جسمی که روی میز است برای گفتن داستان استفاده نماید. به مراجع بیاآموزید که وقتی کارش تمام شد شما را آگاه کند.
		ب : ساختن دنیا کودک هر صحنه ای را که بخواهد خلق می کند. بدون این که در کار کودک دخالت کنید و یا این که تفسیری برای او انجام دهید، شاهد کار او باشید به او افتخار کنید و به او احترام بگذارید. مراجعان می توانند دنیا را با و یا بدون کمک اشیاء و بسازند. ساکت بمانید و کاملاً متوجه و مراقب اوضاع باشد.
دوم	تجربه کردن و آرایش دوباره دنیا	الف : تجربه کردن شما می توانید بگویید: این تصویر درست مانند یک دنیا است. این تصویر یک مکان خاص و ویژه است، زمان کوچکی را صرف این موضوع کنید که وانمود نمایید شما در این مکان زندگی میکنید. شما می توانید بلند شده و اگر دوست دارید در اطراف آن قدم بزنید و از تمامی جهت های مختلف آن دنیا را ببینید. مراجع را تشویق کنید که کاملاً دنیا را با تمام وجود تجربه نماید. وقتی که مراجع نسبت به آن دنیا واکنش نشان میدهد شما ساکت بنشینید (این زمان همان زمان تجربه کردن عمیق است). به کودک اجازه دهید که اگر خواست هر تغییری را که دوست دارد در دنیای خود ایجاد نماید. به مراجع زمان دهید تا دوباره آن دنیایی را که تغییر یافته است را تجربه کند.
		الف : گردش در دنیا در همان طرفی که مراجع ایستاده است به او ملحق شوید.

جلسات	هدف	شرح
		از کودک پرسیده که آیا می تواند راهنما و یا معلم شما باشد و همه چیز را درباره آن دنیا به شما بگوید یا خیر، یا این که به شما بگوید در آن دنیا چه اتفاقی در حال رخ دادن است. از کودک پرسید آیا ایرادی ندارد وقتی که در حال صحبت کردن در مورد آن دنیا می باشد از او سوالاتی پرسید.
		اگر کودک درباره این مرحله از کار مشکالتی داشت، شما می‌توانید از کودک بخواهید که از تصور و خیال خود استفاده نماید و برای شما هر داستانی را تعریف کند که او می‌خواهد درباره دنیایی که خلق کرده است روی دهد.
		به احساسات کودک درباره آن دنیا واکنش نشان دهید.
		به زبان و نشانه های غیر کلامی در هنگام تعریف کردن داستان توجه کامل داشته باشد.
		مراجع را تشویق کنید که همان احساساتی را که در او بروز می کند نشان دهد.
		ب: مداخله های درمانی :
		سوالاتی درباره آن دنیا پرسید، تنها به همان مواردی واکنش نشان دهید که مربوط به مراجع است و مشتری به آن اشاره می کند.
		تمرکز خود را بر روی اشیاء داخل و بر روی میز (سینی) جلب کنید.
		شما می توانید از اشیای داخل سینی و دنیا نیز بخواهید که با یکدیگر صحبت کنند.
		شما می توانید از کودک بخواهید با استفاده از اشیاء یک تور گردشی برای شما در سینی شن را خلق کند.
		شما می توانید از کودک بخواهید که به شما نشان دهد در آن سینی (دنیا) چه اتفاقی در حال رخ دادن است (آن اتفاقی را که در حال رخ دادن است را بازی کند).
		اگر کسی در داخل آن دنیا و سینی نیاز به کمک داشت، شما می‌توانید از کودک بخواهید که یک شخصیت و یا شی دیگری را وارد آن دنیا کند تا بتواند مانند یک کمک دهنده در آن جا برای آن فرد عمل کند.
		نحوه مداخلات درمانی خود را برای این کار انتخاب کرده و به کار ببرید (برای مثال روش های گشتالت، نمایش اخلاقی و انتقادی، نمایش مصور، ساختار بندی دوباره ادراکی، هنر درمانی).
		الف: تصویربرداری مشتری
سند برداری		اجازه دادن به مراجع برای تصویر برداری از دنیا از هر زاویه ای که خودش بخواهد.
چهارم (مستند سازی)		اگر که این تصویر یک عکس زود ظاهر شونده باشد، مراجع می‌تواند آن را با خود به خانه ببرد. اگر که آن تصویر با یک دوربین دیجیتال گرفته شد، در جلسه بعد آن عکس را به کودک بدهید.
		ب: عکس برداری درمانگر:
		الف: معنا سازی – ساختن
		شما می توانید از کودک بخواهید توضیح دهد که چه طور آن دنیا را ساخته است.
		شما می توانید این طور بگویید: زندگی تو در چه زمانهایی و به چه صورتی شبیه به این بازی و دنیای شنی است.
		شما می توانید بگویید: چه چیزی در این دنیا و بازی شنی وجود دارد که تو بخواهی آن را به یاد بیاوری.
مرحله گذار و پنجم	انتقالا اجازه مراجع	به یاد داشته باشد-که همیشه به دنبال رفتار کودک حرکت کنید.
		ب: ارتباط دادن این بازی و دنیای شنی با زندگی و دنیای واقعی مراجع
		اگر کودک ارتباطاتی را بین بازی شنی و زندگی خودش ایجاد کرد، به کودک کمک کنید تا بتواند آن اتفاقی را که در حال رخ دادن است را درک کند.
		به مراجع کمک کنید که دنیا را به صورتی با معنا تبدیل نماید.
		مراجع را ترغیب-کنید که به این نکته توجه کند که چه طور موارد و مسائل داخل این دنیای شنی در زندگی روزمره او نمود پیدا کرده و نشان داده می شود.

جلسات	هدف	شرح
		از روش های عملی و کاربردی برای مراجع استفاده کنید تا بتواند به وسیله آن ها موقعیت های خطرناک، تهدید کننده و غیر راحت را که برایش رخ میدهد، درک کرده و با آنها کنار بیاید.
		الف: درک کردن دنیا
خراب کردن	پس از این که مراجع اتاق را ترک کرد، دنیای او را کامال تخریب نمایید، مراحل و روند انجام کار با مراجع را گزارش کرده.	
و ویران	ب: پاک کردن دنیا	
ششم	نمودن دنیا	به تغییراتی که رخ داده است توجه نمایید.
		اشیا را در مکان های مناسب بر روی قفسه ها جابجا نمایید.

یافته ها

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد پرسشنامه مشکلات رفتاری و مولفه های آن در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش

آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه ها	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اختلال سلوک	گروه (۱)	۵۳/۴	۸/۷	۵۱/۷	۸/۸
	گروه (۲)	۵۳/۴	۸	۵۲/۳	۸/۱
مشکلات توجه	گروه (۱)	۳۸/۹	۶/۳	۳۷/۲	۶/۳
	گروه (۲)	۳۹	۳/۶	۳۸/۷	۳/۸
پرخاشگری اجتماعی	گروه (۱)	۱۰/۴	۲/۴	۹	۲/۳
	گروه (۲)	۱۰	۱/۴	۱۰/۶	۱/۳
اضطراب و گوشه گیری	گروه (۱)	۸/۸	۱/۵	۷/۷	۱/۴
	گروه (۲)	۸/۷	۱/۶	۸/۹	۱/۴
نمره کل	گروه (۱)	۱۱۱/۶	۱۲/۳	۱۰۵/۶	۱۲/۴
	گروه (۲)	۱۰۹/۹	۹/۵	۱۱۰	۹/۶

اطلاعات مندرج در جدول (۱) مربوط به شاخص های آماری میانگین و انحراف استاندارد نمره

"مشکلات رفتاری و مولفه های آن" در گروه آزمایش و گواه در دو مرحله پیش آزمون- پس

آزمون است. همانطور که ملاحظه می شود میانگین و انحراف استاندارد نمره کل در مرحله پیش

۶۶ فصلنامه سلامت و آموزش در اوان کودکی؛ سال دوم؛ شماره سوم؛ شماره پیاپی (۵)؛ پاییز ۱۴۰۰

آزمون در گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۱۱۱/۶ و ۱۲/۳ در مرحله پس آزمون به ترتیب برابر با ۱۰۵/۶ و ۱۲/۴ است. همچنین در گروه گواه در مرحله پیش آزمون به ترتیب برابر با ۱۰۹/۹ و ۹/۵ و در مرحله پس آزمون به ترتیب برابر با ۱۱۰ و ۹/۶ بدست آمده است. شاخص های آماری مولفه های مشکلات رفتاری در دو گروه گواه و آزمایش در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون ملاحظه می شود.

جدول ۲: آزمون آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیر	شاپیرو ویلک	sig
خودکنترلی	۰/۹۵	۰/۵۷
هوش هیجانی	۰/۹۶	۰/۸۲
مشکلات رفتاری	۰/۹	۰/۱

نتایج جدول (۲) نشان می دهد که مفروضه نرمال بودن توزیع در متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال می باشد. با توجه به آماره حاصل از آزمون شاپیرو-ویلک بیانگر این است که مقادیر آن از ۰/۰۵ بزرگتر است. لذا فرض صفر یعنی نرمال بودن متغیر وابسته تأیید می شود ($p > 0.05$).

جدول ۳: بررسی همگنی واریانس های لوین در متغیرهای وابسته پژوهش در مرحله پیش آزمون

متغیر	F	Df ₁	Df ₂	Sig
خودکنترلی	۰/۹۵	۱	۲۸	۰/۳۳
هوش هیجانی	۰/۵	۱	۲۸	۰/۴۸
مشکلات رفتاری	۰/۲۴	۱	۲۸	۰/۶۲

نتایج جدول (۳) نشان می دهد سطح معناداری F محاسبه شده بیشتر از $P > 0.05$ می باشد. لذا تفاوت واریانس ها از نظر آماری معنی دار نیست و فرض برابری واریانس ها برقرار است. نتایج یافته های جدول نشان دهنده همگنی واریانس ها می باشد که با توجه به نتایج جدول فوق ($p > 0.05$) و عدم معناداری آزمون لوین، اجازه استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس وجود دارد. بدین معنی که گروه های آزمایشی و کنترل قبل از اعمال مداخله آزمایشی (در مرحله پیش آزمون) از نظر واریانس ها همگن بودند.

جدول ۴: همگنی شیب های رگرسیون پیش آزمون های متغیر ها با پس آزمون های آن ها

متغیر	شاخص های آماری	مجموع مجذورات	F	سطح معنی داری
گروه* خودکنترلی	۵/۰۸	۱/۷	۰/۱۷	
گروه* هوش هیجانی	۲/۴	۱/۷۴	۰/۱۲	
گروه* مشکلات رفتاری	۲/۲	۱/۷	۰/۱۵	

بر اساس جدول (۴)، نتایج F گروه × پیش آزمون متغیرهای مشکلات رفتاری و هوش هیجانی و خود کنترلی نشان می دهد شیب های رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون در گروه های آزمایشی و گواه معنی دار نمی باشد ($p > 0/05$). بنابراین، تعامل شیب های رگرسیون متغیرهای با گروه معنی دار نمی باشند و فرض همگنی شیب های رگرسیون تأیید می شود.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس در دو گروه آزمایش - گواه

آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معنی داری
اثر پیلاپی	۰/۸				
لامبدای ویلکز	۰/۲	۳۰/۶	۳	۲۳	۰/۰۱
اثر هتلینگ	۳/۹				
بزرگترین ریشه روی	۳/۹				

همان طور که در جدول (۵) ملاحظه می شود، آزمون های آماری تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) در گروه آزمایش و گواه نشان می دهد که در یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی داری دارند. بنابراین، فرضیه پژوهش تأیید می شود.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس روی نمره های پس آزمون متغیرهای "

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
	خودکنترلی	۵۳/۶	۱	۵۳/۶	۵۲/۸	۰/۰۱	۰/۶۷
گروه	هوش هیجانی	۱۳/۵	۱	۱۳/۵	۶/۶	۰/۰۱	۰/۲۱
	مشکلات رفتاری	۱۴۹/۴	۱	۱۴۹/۴	۵۰/۳	۰/۰۱	۰/۶۶

همان طور که در جدول (۶) ملاحظه می شود نسبت F تحلیل کواریانس برای خودکنترلی $F=52/8$ و $P=0/01$ ، و هوش هیجانی ($F=6/6$ و $P=0/05$) و مشکلات رفتاری ($F=50/3$ و $P=0/01$) به دست آمدند. این یافته ها نشان می دهند که در متغیرهای وابسته شامل خودکنترلی، هوش هیجانی و مشکلات رفتاری تفاوت معنی دار دیده می شود. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش تأیید می شوند. لذا با اطمینان ۹۹٪ می توان ادعا کرد شن بازی درمانی بر بهبود خودکنترلی در کودکان ۶ تا ۸ سال تاثیر دارد. همچنین با اطمینان ۹۹٪ می توان ادعا کرد که شن بازی درمانی بر هوش هیجانی در کودکان ۶ تا ۸ سال تاثیر دارد. و با اطمینان ۹۹٪ می توان ادعا کرد که شن بازی درمانی بر مشکلات رفتاری در کودکان ۶ تا ۸ سال تاثیر دارد. نتایج مقادیر اندازه اثر نشان می دهد که شن بازی درمانی بر بهبود

خود کنترلی با اندازه اثر (۰/۶۷) بیش از هوش هیجانی با اندازه اثر (۰/۲۱) و مشکلات رفتاری با اندازه اثر (۰/۶۶) در کودکان ۶ تا ۸ سال تاثیر دارد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اجرای شن بازی درمانی در کودکان تاثیر دارد و باعث بهبود و افزایش خودکنترلی در کودکان ۶ ساله می شود و این نتیجه ماندگار است. نتیجه پژوهش گلستانه (۱۳۹۹) همسو با نتایج پژوهش حاضر است. او با اجرای این درمان در مورد ۲۱ کودک ۱۰ تا ۱۲ ساله، با هدف ارتقاء خودکنترلی آن ها، نشان داد که این درمان می تواند همه ابعاد خودکنترلی را به طور معناداری افزایش دهد. در پژوهشی که از روش شن بازی درمانی برای کاهش مشکلات و نشانه های رفتاری اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی کودکان استفاده شد، افزایش خودکنترلی، بهبود وضعیت بازداری پاسخ، و افزایش کنش اجرایی، به دست آمد. همچنین بر اساس نتایج سایر پژوهش ها، شن بازی درمانی بر متغیرهایی مانند سازش یافتگی اجتماعی و روانشناختی کودکان (دوگرتی، ۲۰۱۶) رفتار و هیجانات (استولمیکر و همکاران، ۲۰۱۵) پرخاشگری کودکان (باگرلی و همکاران، ۲۰۱۵؛ و لاندروث و همکاران، ۲۰۱۹) تحریک پذیری و رفتار فزون کنشی کودکان با اختلالات ذهنی (رای و همکاران، ۲۰۰۹)، مؤثر بوده است که به لحاظ اثربخشی معنادار، پژوهش انجام شده با نتایج ذکرشده، همسو نیست. نتیجه پژوهشی دیگر (منی والن و همکاران، ۲۰۱۶)، نشان داد که شن بازی درمانی موجب افزایش خودکنترلی در کودکان می شود. در این پژوهش که به صورت آزمایشی تک آزمودنی اجرا شد، تغییرات محسوسی در جلسات اولیه به وجود نیامد اما در جلسه پایانی و پیگیری، ضریب معناداری بالینی، بالاتر از ۵۰ درصد گزارش شد. در این پژوهش نیز، خودکنترلی کودکان تک والد، در طی جلسات، کاملاً بی تاثیر نبوده و روند تدریجی افزایش را نشان داده و پیشرفت هایی هرچند اندک حاصل شده است که این تغییر در جلسات آخر و پیگیری محسوس تر بود، اما معنی داری بالینی نتیجه به دست نیامد. در تبیین این یافته بر اساس نظر گفته شده، می توان گفت که پذیرش، توجه و رفتار ملاطفت آمیز بازی درمانگر و استفاده از استدلال برای کمک به کودک راجع به اینکه بفهمد چرا باید از قواعد و مقررات اطاعت کند، علاوه بر ایجاد امنیت خاطر در فضای درمان، موجب افزایش سطح خودکنترلی در کودک می شود.

همچنین نتایج نشان داد که شن بازی درمانی بر هوش هیجانی در کودکان ۶ ساله تاثیر دارد. در واقع شن بازی درمانی موجب بهبود هوش هیجان در آزمودنی ها می گردد که این نتیجه با نتایج تحقیق محمودی و همکاران (۲۰۱۷)، نساجی زواره و همکاران (۲۰۱۸) و نسایی مقدم و همکاران (۲۰۲۰)

همسو می باشد. در تبیین این فرضیه میتوان گفت کودکان به دلیل پایین بودن سطح تفکر انتزاعی، قادر به بیان هیجانات و احساس خود نیستند، سرکوب و عدم مهارت در بیان احساسات به ویژه از نوع منفی آن بهداشت روانی کودک را به مخاطره میاندازد. اختلال های رفتاری، مشکلات فردی و اجتماعی فراوانی را به وجود می آورد. کودکان مبتلا به این اختلال ها، خانواده، آموزشگاه و اجتماع را با مسایل و دشواری های گوناگونی مواجه می کنند و آنها را نیز در برابر آشفتگی های روانی- اجتماعی دوران نوجوانی و حتی بزرگسالی، آسیب پذیر می سازند. درمانگران از طریق شن بازی به کودکانی که هوش هیجانی یا عاطفی شان ضعیف است رفتارهای سازگارانه تری را می آموزند. شن بازی درمانی برای کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری تدارک دیده شده که شامل به چالش کشیدن باورهای شناختی، آموزش مهارت های اجتماعی و مواجهه رفتاری است. پژوهش های مختلف و همچنین نتایج تحقیق نشان داد که روش ها و مداخله های بازی درمانی در افزایش هوش هیجانی و رفتاری کودکان مؤثر است.

به علاوه نتایج نشان داد که شن بازی درمانی بر مشکلات رفتاری در کودکان ۶ ساله تاثیر دارد. این یافته با نتایج پژوهش های لندرت و همکاران (۲۰۰۹) مبنی بر اثربخشی مثبت شن بازی درمانی بر رفتار و هیجانات کودکان، پژوهش صریحی و همکاران (۲۰۱۶) در خصوص تأثیر شن بازی درمانی گروهی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی، جنتیان و همکاران (۲۰۱۹) در خصوص اثربخشی شن بازی درمانی شناختی رفتاری بر کاهش معنادار مشکلات رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی همخوانی دارد.

در تبیین این یافته که شن بازی درمانی منجر به کاهش مشکلات رفتاری کودکان ۶ ساله شد، می توان گفت که شن بازی درمانی سبب می شود کودکان آگاهی بیشتری نسبت به رفتارها و مشکلات خود پیدا کنند و راه های مناسب تری برای رفع مشکلات بیابند. با توجه به اینکه کودکان در کنترل و پیش بینی رفتارها و واکنش های هیجانی خود از قبیل اضطراب و افسردگی با مشکل مواجه هستند، برای نظم بخشی و مدیریت رفتارهای خویش به برنامه هدفمندی نیاز دارند که هم بر شناخت و تفکر توجه داشته باشد و هم به رفتار جهت دهد. از آنجایی که برنامه شن بازی درمانی اجرا شده این ویژگی ها را داشت، پس دور از انتظار نیست که مشکلات رفتاری آزمودنی ها کاهش یابد. در نتیجه بازی کودک با شن به خاطر تجربه لمسی و جنبشی آن و ترسی در محوطه شنی، موجب برون ریزی و تخلیه هیجانی می شود و از نظر شناختی توانایی شناسایی و حد مشکلات را در او به وجود می آورد و باعث کاهش رفتارهای نادرست می شود.

محدودیت ها و پیشنهادات

این پژوهش دارای محدودیتهایی بود که لازم است به آنها اشاره شود: ۱- نداشتن جلسات پیگیری بعد از درمان؛ ۲- از آنجایی که در این پژوهش ابزارهای مورد استفاده برای اندازه گیری متغیرها مورد مطالعه از نوع پرسشنامه ای بوده لذا ممکن است شرکت کنندگان ناخواسته برای توجه جلوه دادن خود پاسخ هایشان را تحریف کرده باشند. در نهایت می توان گفت که از آنجا که بازی شن درمانی یکی از روش های مؤثر، کارآمد و کم هزینه در درمان مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان است و بر بازی که زبان طبیعی و ذاتی ارتباط کودک با جهان پیرامون اوست تاکید دارد، از اینرو به والدین و درمانگران که با مشکلات رفتاری کودکان دست و پنجه نرم می کنند توصیه می شود که این روش را بکار گیرند. همچنین با توجه به مؤثر بودن روش شن بازی درمانی، بر خودکنترلی، هوش هیجانی و مشکلات رفتاری کودکان ۶ ساله، روانشناسان و مشاوران مراکز خدمات روان درمانی و مشاوره می توانند از رویکرد شناختی- رفتاری استفاده کنند و این دو رویکرد در جهت کاهش اختلالات کودکان استفاده کنند. به علاوه درمانگران و متخصصان کودک در کنار درمانهای پزشکی، از مداخلاتشن بازی درمانی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان استفاده کنند.

ملاحظات اخلاقی: جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، کلیه شرکت کنندگان اطلاعاتی در مورد اهداف پژوهش دریافت کردند، در هر مقطع زمانی، می توانستند مطالعه را ترک کنند. این اطمینان به آنان داده شد که تمام اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند و فقط برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار می گیرد. به منظور رعایت حریم خصوصی، مشخصات آنان ثبت نشد. در پایان از همه آنان رضایت نامه آگاهانه دریافت شد. همچنین بعد از اتمام پژوهش جلسات درمانی به طور فشرده در جهت رعایت اصول اخلاقی بر روی گروه کنترل نیز اجرا گردید.

تعارض منافع: مقاله، استخراج شده از پایان نامه کارشناسی ارشد مارال عادل در دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن است.



منابع

- Agbaria, Q. & Natur, N. (2020). *The relationship between violence in the family and adolescents aggression: The mediator role of self-control, social support, religiosity, and well-being. Children and Youth Services Review*, 91, 447-456.
- Akbari, B. & Rahmati, F.(2015). [The efficacy of cognitive behavioral play therapy on the reduction of aggression in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder (Persian)]. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2(2):93-100.
- Akbari, M. Dehgani, B. Jafari, A.(2020). The Impact of Cognitive-Behavioral Play Therapy on the Regulation of Emotion and Anxiety and Depression in Children with Type 1 Diabetes, *Journal of Modern Psychological Ideas* 1. (2): 45-54.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Asemi, Z.(2015). *Effectiveness of Children of Divorce Intervention Program (CODIP) on externalized and internalized problems in children of divorce*. ijfp.2 (1) :3-14

- Astin, E. J., Saklofske, D.H & Egen, V. (2015). *Correlates of trait emotional intelligence: results from can a dian and Scottish groups*. Edinburgh: University of Edinburgh.
- Azarnioshan, B. Beh-Pajoo, A. Ghobary Bonab, B.(2012). [The effectiveness of cognitive behavior-based play therapy on the behavioral problems among primary students with intellectual disabilities (Persian)]. *Journal of Exceptional Children*. 12(2):5-16.
- Baggerly, J. Parker, M. (2015). Child-centered group play therapy with African-American boys at the elemantary school level. *Journal of Counseling and Development*, 83, 387-396.
- Bagner, D. M., Eyberg, S. M. (2017). Parent– Child Interaction Therapy for Disruptive Behavior in Children with Mental Retardation: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Child Adolesc Psychol.v.* 3(36), 418–429.
- Bani Hashemian, K. Bahrami Ehsan, H. Moazen, M. (2019). Relationship between general health and emotional intelligence of managers and job satisfaction of teachers. *Journal of Behavioral Sciences*, 4 (1), 50-4.
- Banneyer, K. N. Bonin, L. Price, K. Goodman, W. K. Storch, E. A. (2020). Cognitive behavioral therapy for childhood anxiety disorders: a review of recent advances. *Current psychiatry reports*. 2020 Aug 1;20(8):65.
- Bertrams, A. (2016). How minimal grade goals and self-control capacity interact in predicting test grades, *Journal of Learning and Individual Differences*, 22(6), 833-838.
- Borjali, M. Alizadeh, H. Ahadi, H. Farrokhi, N. A. Sohrabi, F. Mohammadi, M. R. (2019). Comparison of the effect of encouraging teaching methods, behavior and medication on self-control skills in children with attention deficit / hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology Studies*, 16 (4), 176-163.
- Boik, B., Goodwin, E. (2000). Sandplay therapy: A sept by step manual for Psychotherapists of diverse orientations. New York: Norton.
- Dougherty, J. L.(2016). Impact of child-centered play therapy on children of different developmental stages. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 34(5): 541-565.
- Farhadi, H. Tabatabai Zavareh, G. (2020). The effectiveness of theater therapy on self-control, adaptive social functioning, and dependence on students' computer games. *Cognitive and Behavioral Sciences Research*. Article10, Volume10, Number1, Serial Issue18:135-156.
- Friese, M., Hofmann, W. (2019). 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.
- Ganji, K. Zabihi, R. Khoda-bakhsh, R. Kraskian, A. (2012). The impact of child-centered play Therapy on reduction of behavioral symptoms of children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Clinical Psychology*. 3(4): 15-26. [Persian].



- Gargiulo, R. M. (2016). *Special education in contemporary society: an introduction to exceptionality* (4th). United States: Sage Publications. pp: 139-143.
- Ghadampour, E. ShahbaziRad, A. Mohammadi, F. Abbasi, M. (2020). The Effectiveness of Unrestricted Game Therapy on Reduction of Behavioral Disorders in Preschool Children. *Journal of Educational Psychology*, 11 (38): 1-15.
- Gillmore, I., Cuskelly, M., Hayes, A. (2013). Self-regulatory behaviors in children with Down syndrome and typically developing children measured using the Goodman Lock Box. *Research in Developmental Disabilities*, 24, 95- 108.
- Goleman, D. (1995). Emotional intelligence. New York, NY: Bantam Books.
- Haffort, A., Sexton, H., Hedley, L. M., Wang, C. E., Holthe, H., Haugum, A., Nordahl, HM., Johan, O. (2015). The structure of maladaptive schema: A Confirmatory analysis and a psychometric evaluation of factor derived scales. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 627-644.
- Hashim, S. H & Khalil, M. S. (2018). Self-efficacy, emotional intelligence and quality of life amongst Saudi sample cancer patients. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*, 9(5), 450-454.
- Higgins, J.P, Thompson, S.G, Deeks, J.J & Altman, D.G. (2003). *Measuring inconsistency in meta-analyses. BMJ*, 6 (7414), 557-560
- Humphrey, J. C. (2000). *Researching disability politics, or, some problems with the social model in practice. Disability & Society*, 15(1), 63-85. <https://doi.org/10.1080/09687590025775>.
- Janatian, S. Nouri, A. Shafti, A. Molavi, H. Samavatyan, H. (2018). [Effectiveness of play therapy on the bases of cognitive behavior approach on severity of symptoms of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Among primary school male students aged 9-11 *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 6(2):109-116. (Persian).
- Jayne, K. M. Ray, D. C.(2016). Child-centered play therapy as a comprehensive school counseling approach: Directions for research and practice. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 15(1):5-18. [DOI:10.1080/14779757.2015.1132757]
- Kahrizi, Somayeh. Moradi, A. Momeni, K. (2019). The effectiveness of play therapy sand on reducing aggression / hyperactivity in preschool children. *Journal of Counseling Culture and Psychotherapy*, 5 (18), 150-127.
- Kendall, P. C. Wilcox, L. E. (2019). Self-control in children: development of a rating scale, *Journal of Consulting and clinical psychology*, 47, 1020-1029.
- Khodayari Fard, M. (2018). *Child and adolescent pathology*. Tehran: University of Tehran.
- Kirk, S., Gallagher, J. J., Coleman, M. R., & Anastasiow, N. (2019). *Educating Exceptional Children* (20th). Boston New York: Houghton Miffl in Harcourt Publishing Company. P: 146.

- Kotsou, I., Mikolajczak, M., Heeren, A., Grégoire, J., Leys, C. (2020). *Improving emotional intelligence: a systematic review of existing work and future challenges*. *Emotion Review*, 11(2), 151-165.
- Landreth, G. L. Ray, D. C. Bratton, S. C.(2009). *Play therapy in elementary schools. Psychology in the Schools*. 46(3):281-89.
- Landreth, G. L. (2019). Child-centered play therapy. In D. A. Crenshaw & A. L. Stewart (Eds.), *Play therapy: A comprehensive guide to theory and practice* (pp. 3–16). The Guilford Press.
- Layton, R. L. Muraven, M. (2017). *Self-control linked with restricted emotional extremes*. *Pers Individ Differences*.58:48-53.
- Li, J. B., Willems, Y. E., Stok, F. M., Deković, M., Bartels, M., Finkenauer, C. (2019). Parenting and self-control across early to late adolescence: A three-level metaanalysis. *Perspectives on Psychological Science*, 14(6), 967-1005.
- Lu, L., Petersen, F., Lacroix, L., & Rousseau, C. (2010). Stimulating creative play in children with autism through sandplay. *The Arts in Psychotherapy*, 37(1), 56-64.
- Mahmoudi, M. Borjali, A. Alizadeh, H. GhobariBonab, B. Ekhtiari, H. Akbari-Zardkhaneh S. (2016). Emotion regulation in children with learning disorders and normal children. *Quarterly Journal of Research in School and Virtual Learning*; 4(13): 69-84.
- Mavroveli, S., Sanchez-Ruiz, M. J. (2011). Trait emotional intelligence influences on academic achievement and school behaviour. *British Journal of Educational Psychology*, 81, 112–134.
- Mavroveli, S., Petrides, K. V., Shove, C., & Whitehead, A. (2008). Validation of the construct of trait emotional intelligence in children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 516-526
- McDermott, P. A., Watkins, M. W., Rovine, M. J., Rikoon, S. H., Irwin, C. W., Reyes, R., Chao, J. L. (2019). Emergent growth patterns of early education self-control problems among children from underresourced American families. *Early Childhood Research Quarterly*, 48, 1-13.
- Meany-Walen K.K, Teeling S. (2016). Adlerian play therapy with students with externalizing behaviors and poor social skills. *International Journal of Play Therapy*. 25(2): 64-77.
- Lavasani M, Keramati H, Kadivar P.(2018). The effectiveness of cognitive-behavioral game therapy on social adjustment and academic adjustment of students with reading disorder. *Learning Disabilities*, 7 (3): 91-109.
- Moroń, M., Biolik-Moroń, M. (2021). Trait emotional intelligence and emotional experiences during the COVID-19 pandemic outbreak in Poland: A daily diary study. *Personality and Individual Differences*, 168, 1-10.
- Murray, D. W., Rabiner, D. L., Kuhn, L., Pan, Y., & Sabet, R. F. (2018). Investigating teacher and student effects of the incredible year's classroom

- management program in early elementary school. *Journal of school Psychology*. 67, 119-133.
- Myrbakk, E., Tetzner, S. (2018). Psychiatric disorders and behavior problems in people with intellectual disability. *Research in Developmental Disability*. 29(4), 316-332.
- Nassaji Z .M. Taheri, R. Aminiyan, M. (2017). Study of the relationship between schizoaffective disease and diabetes. *Scientific Research Feiyz Journal*; 11(4): 36-39.
- Nesai Moghaddam, B.Yaqubi, A. Q. Rashid, Khosrow; Kord Noghani, Rasoul.(2020). *The effect of play sand on reducing emotional distress in dyslexic students*. Educational Psychology Studies 16th year. Issue 38.
- Obradovica, V., Jovanovica, P., Petrovica, M. Mitrovica, Z. (2018). Project Managers' Emotional Intelligence – A Tichet to success. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 74, 274-284.
- Parker, J.D.A; Creque, R.E; Barnhart, D.L; Harris, J.I; Majeski, S.A; Wood, LM; Hogan MJ.(2004). Academic achievement in high school: Does emotional intelligence matter. *Personality and Individual Differences* 37(7): 1321-1330.
- Patros, C. H. G., Alderson, R. M., Hudec, K. L., Tarle, S. J., & Lea, S. E. (2017). Hyperactivity in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder: The influence of underlying visual spatial working memory and self-control processes. *Journal of Experimental Child Psychology*, 154, 1-12
- Petrides, K. V., & Furnham, A.(2001). Trait Emotional Intelligence: Psychometric Investigation with Reference to Established Trait Taxonomies. *European Journal of Personality*,15,425-448.
- Quay, Hc; Peterson, D. R. (1987). *Manual for the Revised Behavior Problem Checklist*. Miami: Quay and Peterson.
- Raberts, R; Attkinsson, C.C; Rosenblatt, A. (2021). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* 155(6): 715-725.
- Ranjbar, H; Khademi, S.H & Areshtanab, H.N. (2017). *The Relation between Academic Achievement and Emotional Intelligence in Iranian Students: A Meta-Analysis*. Acta Facultatis Medicae Naissensis, 34(1), 65-76.
- Ray, D.C; Schottelkorb, A; Tsai, M.H.(2020). Play therapy with children exhibiting symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Play Therapy*.16(2):95.
- Salovey, P & Mayer, J. D. (2002). *Emotional intelligence. Cognition and personality*, 9, 185-211.
- Sarihi, N; Pournesaei, GS; Nikakhlagh, M.(2015). [Effectiveness of group play therapy on behavior problems in preschool children (Persian)]. *Journal of Analytical-Cognitive Psychology*. 6(23):35-41.

- Shahim, S; Yousefi, F, Ghanbari, M. (2007) Psychometric Properties of the Revised Behavioral Problems Checklist of Kwai and Patterson, Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 13 (4), 350-358.
- Spence, G; Oades, L; Caputi, P.(2010). Trait emotional intelligence and goals self-integration: important predictors of emotional well-being?. *Journal of Personality & Individual Differences* 2010; 37(7): 449-461.
- Stulmaker, H. L; Ray, D.C.(2015). *Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial*. Child Youth Serv Rev. 57: 127-133.
- Tsai, K. (2012). Examining gender differences in self control. *The International Journal of Social Sciences*, 13(1): 115-122.
- van Prooijen, D. L., Hutteman, R., Mulder, H., van Aken, M. A., & Laceulle, O. M. (2021). Self-control, parenting, and problem behavior in early childhood: A multi -method, multi-informant study. *Infant Behavior and Development*, 50, 28-41.
- Watson, D.L.(2017). *An early intervention approach for students displaying negative externalizing behaviors associated with childhood depression: A study of the efficacy of play therapy in the school*. Capella University.
- Wethington, H. R; Hahn, R. A; Fugua-Whiteley, D. S; Pe, T. A; Crosloy, A. E; Johnson, R. L; Liberman, A. M; Moschi, E; Price, L. N; Tuma, F. K; Halra, G; Chatto. & Padhyay, S. K. (2020). The effectiveness of interventions to reduce psychology harm form traumatic events among child and adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(3): 287-373.
- William, D.S., Killgore, E.T., Kahn-Greene, E.L., Lipizzi, R.A, Gary, H., Kamimori, T.J. (2018). *Sleep deprivation reduces perceived emotional intelligence and constructive thinking skills*. *Sleep Medicine*, 9 (5): 517-526.
- Yarmohammadi Monfared, Saeed, Hemmatinejad, Mehr Ali and Ramezani Nejad, Rahim. (2019). The Relationship between Emotional Intelligence and Job Satisfaction of Physical Education Teachers. *Journal of Sports Management*, 2 (6), 65-47.
- Zare, M; Ahmadi, S.(2020). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Game Therapy in Reducing Child Behavioral Problems, *Journal of Applied Psychology*; 3 (1): 18-28.