Journal of
Early Childhood Health and Education

Summer 2025, Volume 6, Issue 2 (20), 288-302

DOI:10.22034/jeche.6.2.288

The Effectiveness of Play Therapy on Reducing Shyness and Improving Social Skills of Children of Veterans

Afsaneh Pudineh[1], Mohammadali Fardin[2*], Sophia Khaneghahi[2]

1. .PhD student in Educational Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran

ARTICLE INFORMATION

Article type
Original Research
Pages: 288-302

Corresponding Author's Info
Email:
fardinmohamadali@yahoo.com

Article history:
Received: 26/12/2024
Revised: 02/07/2025
Accepted: 01/09/2025
Published online: 20/09/2025

Keywords:
family emotion regulation, trauma, adaptation, distress tolerance, bereaved children

ABSTRACT

Background and Aim: When children lose a loved one, they experience complex mental and physical problems, and in the stages when their cognitive abilities grow, they experience grief and their perception of death changes. Therefore, the purpose of this research was to investigate the effectiveness of family emotion regulation on adaptation, trauma and distress tolerance in heat stroke children. **Research Methods:** The present study is applied in terms of purpose and semi-experimental in terms of data collection with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population includes: all the children who referred to counseling centers and psychological services in Zahedan city in 2024. The number of 30 children was determined as the research sample through available sampling, and they were replaced in two separate groups (15 people in the test group and 15 people in the control group). Data collection tools included the children's adaptation questionnaire of smokers (2007), the childhood trauma questionnaire of Bernstein, et al. (2003), the distress tolerance questionnaire of Simmons and Gaher (2005), the grief experience questionnaire of Barrett and Scott (1998). The method of data analysis was done using frequency, variance, and standard deviation tables, and in the inferential part, covariance test was done using SPSS26 software. **Results:** The results show that family emotion regulation had a positive and significant effect on the adaptation, distress tolerance, and trauma of bereaved children in Zahedan city, increasing their adaptation and distress tolerance and reducing their trauma (sig ≤ 0.05). **Discussions:** The results of the present study can have practical implications for officials, planners, counselors, therapists, parents, managers, and mental health professionals. Given the availability of this type of education and treatment, the replicability of this educational method can be used not only in the design and planning of education for bereaved children and their families, but also in education for other segments of society and counseling centers.

s published under CC BY-NC 4.0 licence. © 2022 The Authors.

How to Cite This Article: Pudineh A, Fardin M, Khaneghahi S. The Effectiveness of Play Therapy on Reducing Shyness and Improving Social Skills of Children of Veterans *JECHE*, 6(2, 20): 288-302 DOI:10.22034/jeche.6.2.288

فصلنامه سلامت و آموزش در دوران کودکی

تابستان ۱٤۰٤، دوره ٦، شماره ۲ (پیاپی ۲۰)، صفحه‌های ۳۰۲-۲۸۸

اثربخشی تنظیم هیجان خانواده بر سازگاری، تروما و تحمل پریشانی در کودکان داغ‌دیده

افسانه پودینه[۱]، محمدعلی فردین[۲*]، سوفیا خانقاهی[۳]

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: علمی- پژوهشی

صفحات: ۳۰۲-۲۸۸

اطلاعات نویسنده مسئول

ایمیل:

fardinmohamadali@yahoo.com

سابقه مقاله

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۱۰/۰۶

تاریخ اصلاح مقاله: ۱۴۰۴/۰۴/۱۲

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۴/۰۶/۱۰

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۶/۲۹

واژگان کلیدی

تحمل پریشانی

تروما

تنظیم هیجان خانواده

سازگاری

کودکان داغ‌دیده

چکیده

زمینه و هدف: هنگامی که کودکان یکی از عزیزان خود را از دست می‌دهند، دچار مشکلات پیچیدهٔ روانی و جسمی می‌شوند و در مراحلی که توانایی‌های شناختی‌شان رشد می‌کند، دچار سوگ می‌شوند و ادراکشان از مرگ تغییر می‌کند. بنابراین، هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی تنظیم هیجان خانواده بر سازگاری، تروما و تحمل پریشانی در کودکان داغ‌دیده بود. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر از لحاظ هدف، کاربردی و از لحاظ جمع‌آوری اطلاعات، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعهٔ آماری شامل کودکان داغ‌دیدهٔ مراجعه‌کننده به مراکز و کلینیک‌های مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر زاهدان در سال ۲۰۲۴ بودند. تعداد سی کودک به‌صورت نمونه‌گیری دردسترس به‌عنوان نمونهٔ تحقیق تعیین شدند که در دو گروه مجزا (پانزده نفر در گروه آزمون و ۱۵ نفر در گروه گواه) جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامهٔ سازگاری کودکان دخانچی (۱۹۸۶)، پرسش‌نامهٔ تروما‌ی دوران کودکی برنستاین و همکاران (۲۰۰۳)، پرسش‌نامهٔ تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، پرسش‌نامهٔ تجربه سوگ بارت و اسکات (۱۹۹۸) بود. روش تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از جداول توصیف فراوانی، واریانس و انحراف استاندارد انجام شد و در بخش استنباطی، آزمون کواریانس با استفاده از نرم‌افزار SPSS۲۶ انجام گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان می‌دهد که تنظیم هیجان خانواده در سازگاری، تحمل پریشانی و تروما‌ی کودکان داغ‌دیدهٔ شهر زاهدان تأثیر مثبت و معناداری داشته و سازگاری و تحمل پریشانی آن‌ها را افزایش و تروما‌ی آن‌ها را کاهش داده است (sig≤۰/۰۵). **نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش حاضر می‌تواند برای مسئولان، برنامه‌ریزان، مشاوران، درمانگران، والدین، مدیران و متخصصان سلامت روان تلویحات کاربردی داشته باشد و با توجه به دسترس‌بودن این نوع آموزش و درمان و قابلیت تکرار آن، نه‌تنها می‌توان در طراحی و برنامه‌ریزی‌های آموزش به کودکان داغ‌دیده و خانوادهٔ آن‌ها از آن بهره جست، بلکه در آموزش به دیگر اقشار جامعه و مراکز مشاوره نیز می‌توان از آن استفاده کرد.

مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.

انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.

شیوه استناد به این مقاله

پودینه، افسانه؛ فردین، محمدعلی؛ خانقاهی، سوفیا (۱۴۰۴). اثربخشی تنظیم هیجان خانواده بر سازگاری، تروما و تحمل پریشانی در کودکان داغ‌دیده. فصلنامه سلامت و آموزش در دوران کودکی، ۶ (۲): ۳۰۲-۲۸۸

مقدّمه

کودکان داغ‌دیده[۱] در معرض خطر مشکلات زیستی روانی اجتماعی هستند. تحقیقات دربارۀ چگونگی طبقه‌بندی، زمانی که غم و اندوه در کودکان پیچیده یا آسیب‌زا می‌شود، کمیاب است و درحالی‌که سطح عملکرد می‌تواند نشانۀ خوبی باشد، ممکن است ارزیابی عملکرد در محیط‌های آسیب انبوه، که اغلب در آن‌ها روال‌ها و ساختار وجود ندارد، دشوار باشد (دی رگراو، سالوم، کریستنسن و دیرگراو[۲]، ۲۰۱۵). آن‌ها مرگ را برحسب سطح تحول شناختی‌شان درک می‌کنند و در مراحل متوالی رشد به همان اندازه که توانایی‌های شناختی و زبانی‌شان رشد می‌کند، ادراکشان از مرگ نیز تغییر می‌کند و به همین علت، در هر مرحله به‌نحو متفاوتی به سوگواری‌کردن ادامه خواهند داد (اسکینر[۳]، ۲۰۱۲). مطالعات متعدد (پوتر[۴]،۲۰۱۰؛ تیناجرو و همکاران[۵]،۲۰۲۰) در کشورهای مختلف دربارۀ داغ‌دیدگی کودکی و به‌طور ویژه مرگ والدین، نشان می‌دهند کودکان در چنین موقعیتی، طیف وسیعی از نشانه‌های رفتاری، هیجانی، روان‌شناختی و جسمانی را تجربه می‌کنند و والدین غالباً تمایل دارند اختلال و نشانه‌های کمتری را در فرزندانشان گزارش دهند.

به نظر می‌رسد تعدادی از کودکان پس از پشت‌سرگذاشتن دوره‌ای کوتاه و بروز واکنش‌های سوگ هم‌خوان با سن و سطح تحولشان، به روال عادی زندگی بازمی‌گردند، اما برخی دیگر قادر نیستند با ازدست‌دادن والدین به‌خوبی و سازگارانه کنار بیایند (جمشیدی، مظاهری، زاده۲۰۱۶). بنابراین، مشکلات رفتاری و هیجانی در آنان ظاهر می‌شود که عبارت‌اند از اضطراب و افسردگی. بنابراین، هرگاه کودکان نتوانند با سوگ و نبود والد یا والدین کنار بیایند و سازگاری[۶] در آنان صورت نگیرد، مشکلات رفتاری مختلفی در آن‌ها ظاهر می‌شود و سایر مشکلات نیز شدت می‌یابد (اصلی‌پور و همکاران، ۲۰۱۸). مشکلات رفتاری کودکان به دو دسته مشکلات رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود تقسیم می‌شوند (جو، کیم، لی و چانگ[۷]، ۲۰۲۱).

سوگ[۸] کودکان سفری طولانی و پیچیده است که قابلیت تغییر شکل هویت، خانواده، دوستی‌ها و تجربیات اجتماعی و فرهنگی فرد را دارد (ثاکث، لایتنر و براون[۹]، ۲۰۲۵). مطالعات متعددی (بتل و همکاران[۱۰]، ۲۰۱۷) میزان شیوع بالای کودکانی را که در معرض تروما قرار گرفته‌اند نشان داده‌اند. تأثیر تروما در رفاه، رشد و آموزش بین کودکان بسیار متفاوت است. اکثر کودکان قادرند آسیب‌های روانی خود را به‌خوبی پردازش کنند و به رشد معمول خود ادامه دهند، درحالی‌که برخی دیگر در مقابله با آن‌ها مشکل دارند و دچار تروما می‌شوند (سیچتی[۱۱]، ۲۰۱۳). تروما تجربه‌ای استثنایی است که در آن، رویدادهای قدرتمند و خطرناک بر ظرفیت فرد برای مقابله غلبه می‌کنند. این بدان معناست که تروما به خود رویداد آسیب‌زا اشاره ندارد، بلکه به پاسخ فرد به این رویداد مربوط می‌شود (لیووستین و همکاران[۱۲]، ۲۰۲۴). در این زمینه، پژوهش میرزاییان و همکاران (۲۰۲۳) و کیفر و همکاران[۱۳] (۲۰۲۳) به بررسی تأثیر درمان هیجان‌مدار در سازگاری و ترومای در کودکان داغ‌دیده پرداخته‌اند.

باید در نظر داشت که پریشانی[۱۴] سازه‌ای متداول در پژوهش‌های مربوط به بی‌نظمی عاطفی است که به‌صورت سازه‌ای فراهیجانی و

---

۱ Hot-Tempered Children
۲ Dyregrov, A., Salloum, A., Kristensen, P., & Dyregrov, K.
۳ Schreiner, C.
۴ Potter, D.
۵ Tinajero, R., & et al.
۶ Compatibility
۷ Joo, Y. S., Kim, J., Lee, J., & Chung, I.
۸ Mourning
۹ Saxe, G. N., Laitner, C., & Brown, A. D.
۱۰ Bethell, C. D., & et al.
۱۱ Cicchetti, D.
۱۲ Leeuwestein, H., & et al.
۱۳ Kiefer, R., & et al.
۱۴ Distress

به‌عنوان قابلیت فرد برای تجربه و مقاومت در برابر حالت‌های هیجانی منفی بیان شده است (بیکر و هوئرگر[۱]، ۲۰۱۲). همچنین، تحمل پریشانی[۲] ماهیتی چندبعدی دارد و شامل ابعاد متعددی ازجمله توانایی تحمل، ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت عاطفی، شیوهٔ تنظیم هیجان به‌وسیله فرد و مقدار جذب توجه با هیجان‌های منفی و مقدار سهم آن در به‌وجودآمدن اختلال در عملکرد می‌شود (لیرو، زولنسکی و برنستین[۳]،۲۰۱۰). در این زمینه، پژوهش تجلی و همکاران (۲۰۲۳)، ایسما و استراب[۴] (۲۰۲۱)، استرنبرگ، اسپسنراد و اگیوم[۵] (۲۰۱۰) به بررسی تأثیر درمان هیجان‌مدار در سازگاری در کودکان داغ‌دیده پرداخته‌اند.

علاوه‌بر این، وجود آسیب‌های شناختی هیجانی و روان شناختی در کودکان سوگوار می‌تواند آسیب‌های هیجانی و اجتماعی دیگری مانند ضعف در برقراری ارتباط اجتماعی، بدتنظیمی هیجانی و بروز مشکلات رفتاری را به‌دنبال داشته باشد. بر این اساس، ضروری است به چنین مشکلاتی توجه شود (رضایی و کنگرشاهی و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین، تنظیم شناختی هیجان[۶] یکی از عوامل تعیین‌کننده و حساس درون‌فردی برای روابط بین‌فردی (اسنایدر، فریدمن و اسکین[۷]، ۲۰۱۹) و از سازوکارهای خودآگاهی است که فرد برای کنارآمدن با شرایط ناگوار به کار می‌برد (جوادپور و همکاران، ۲۰۲۲). در این زمینه، پژوهش صالحی امیری و رادان (۲۰۱۵) نشان داد که اشتراک‌گذاری رویداد مثبت با دیگران موجب خوشنودی از زندگی و درگیرشدن در نشخوار رویداد مثبت به کاهش پریشانی منجر می‌شود. در واقع، کارکرد خانواده می‌تواند در به‌وجودآمدن مشکلات هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان دخیل باشد. در کودکان داغ‌دیده، تنظیم هیجان گستره‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری هشیار یا ناهشیار است که از آن برای کاهش، حفظ یا افزایش یک هیجان استفاده می‌شود (متین و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهش فریتزون و همکاران ، (۲۰۲۴) نیز بیان‌کنندهٔ تاثیر فوت والدین بر هیجانات کودکان بود. از طرفی پژوهش‌های مختلف نشان دادند که تنظیم هیجان بر حافظه(رجبی و همکاران،۲۰۲۵)، ذهن آگاهی(عابدیان و همکاران،۲۰۲۴)، اضطراب(ذوقی پایدار و همکاران، ۲۰۲۲)، احساس تنهایی(کاکاوند و همکاران،۲۰۲۳) اثرگذار است.

بنابر آنچه گفته شد، مسئله این است که کودکان در برخورد با غم و داغ‌دیدگی واکنش‌های مختلفی از خود نشان می‌دهند که گاهی علائم آن پنهان است. بنابراین، خانواده متوجه وضعیت روحی یا جسمی کودک نمی‌شود، یا اینکه خانواده توانایی انطباق با تغییرات را ندارد و در نتیجه، کارایی خانواده دگرگون می‌شود. ازاین‌رو، امکان تغییرات خلقی و رفتاری در کودکان داغ‌دیده زیاد است. این کودکان دچار ناسازگاری در شرایط تنش‌زا می‌شوند که به بدتنظیمی هیجانی و کاهش سطح تحمل پریشانی در آن‌ها منجر می‌شود. بنابراین، آگاهی از روش‌های برخورد با سوگ و روان‌درمانی‌های متناسب با شرایط خانواده و کودکان داغ‌دیده در خانواده ضروری است. دربارهٔ حوزهٔ ضرورت پژوهش حاضر، باید بیان کرد توجه به مسائل و مشکلات روانی عاطفی کودکان داغ‌دیده و کمبود در خانواده‌ها، مدارس و مهدکودک‌ها و همچنین اهمیت‌دادن به درمان آن، از مهم‌ترین وظایف والدین و متصدیان حوزهٔ سلامت روان است که باید در کار خود با کودکان و نوجوانان مدنظر قرار بگیرد.

همچنین اهمیت این پژوهش از آنجا ناشی می‌شود که تنظیم هیجان خانواده برای پیشگیری یا رفع مشکلات روان‌شناختی کودکان و دستیابی به رشد و پرورش، می‌تواند مفید واقع شود و استفاده از این روش‌های درمانی باید مدنظر قرار بگیرد. پژوهش‌های گذشته نیز نقش مؤثر و اثربخشی آن‌ها را تأیید کردند، اما یکی از خلأهای موجود پیدانکردن پیشینهٔ پژوهشی دربارهٔ مقایسهٔ اثربخشی این روش درمانی بر تروما، سازگاری و تحمل پریشانی در کودکان داغ‌دیده است؛ چراکه اکثر پژوهش‌ها بر روی بزرگ‌سالان داغ‌دیده

---

[۱] Baker C. N., & Hoerger, M.
[۲] Distress Tolerance
[۳] Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A.
[۴] Eisma, M. C., & Stroebe, M. S.
[۵] Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Eggum, N. D.
[۶] Cognitive Regulation of Emotion
[۷] Snyder H. R., Friedman, N. P., & Hankin, B. L.

تمرکز کرده‌اند و از سوی دیگر، بنابه فرهنگ خانوادگی و جامعه، تمرکز بر روی درمان کودکان داغ‌دیده کمتر بوده است. بنابراین، پژوهش حاضر ضرورت و اهمیت لازم را برای انجام دارد. با توجه به مطالب عنوان‌شده و آسیب‌هایی که کودکان داغ‌دیده با آن روبه‌رو هستند، پژوهش حاضر به‌دنبال بررسی اثربخشی تنظیم هیجان خانواده بر سازگاری، تروما و تحمل پریشانی در کودکان داغ‌دیده است.

روش پژوهش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ جمع‌آوری اطلاعات نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعهٔ آماری شامل کودکان داغ‌دیدهٔ مراجعه‌کننده به مراکز و کلینیک‌های مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر زاهدان در سال ۲۰۲۴ است. با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس، حجم نمونهٔ آماری سی کودک تعیین شد که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی از نوع قرعه‌کشی در دو گروه مجزای (هر گروه پانزده نفر) جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل کودکان دختر و پسر هفت تا دوازده سال، داغ‌دیدگی، مبتلانبودن به اختلالات جسمی، مصرف‌نکردن مواد و مشروبات الکلی بود. به‌علاوه ملاک‌های خروج از پژوهش شامل همکاری‌نکردن منظم و مناسب برای شرکت در جلسات آموزشی، غیبت بیش از دو جلسه و بیمارشدن وی و ملاک‌های اخلاقی نیز شامل رعایت اصول انسانی، مزاحمت ایجادنکردن برای استراحت و خواب، محرمانه نگهداشتن راز افراد، توضیح کامل نحوهٔ اجرای آزمون، پرکردن فرم رضایت‌نامهٔ آگاهانه و اطلاع‌رسانی تعداد و مدت جلسات بود.

ب) ابزارهای پژوهش

۱. پرسش‌نامهٔ سازگاری کودکان[۱] (۱۹۹۸)

دخانچی در سال ۱۹۹۸ پرسش‌نامهٔ سازگاری کودکان را ساخته است که ۳۷ سؤال چهارگزینه‌ای با گزینه‌های هیچ‌وقت، به‌ندرت، گاهی اوقات و بیشتر اوقات دارد. مادران یکی از گزینه‌هایی را که با رفتار فرزندشان بیشتر مطابقت دارد انتخاب می‌کنند. در مطالعهٔ دخانچی اعتبار این تست با استفاده از روش دونیمه‌کردن، معادل ۰/۷۹ و روایی آن معادل ۰/۸۱ درصد گزارش شده است. حداقل و حداکثر ۰ تا ۱۱۱ نمره بود. هرچه کودک نمرهٔ بالاتری در این آزمون کسب کند، سطح سازگاری بالاتری دارد. به گزینه‌های هر سؤال نمره‌ای از ۰ تا ۳ تعلق می‌گیرد. شمارهٔ سؤالاتی که سازگاری کودکان را می‌سنجند عبارت‌اند از: ۱، ۳، ۷، ۱۵، ۱۶، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۳۲، ۳۵، ۳۷، ۳۸. به گزینه‌های هیچ‌وقت ۰، به‌ندرت ۱، گاهی اوقات ۲ و بیشتر اوقات ۳ نمره تعلق می‌گیرد. برعکس، در دیگر سؤال‌ها که ناسازگاری را می‌سنجد، به گزینه‌های هیچ‌وقت ۳، به‌ندرت ۲، گاهی اوقات ۱ و بیشتر اوقات ۱ تعلق می‌گیرد؛ چون ملاک تعلق‌گرفتن نمره به کودک میزان سازگاری است. بنابراین، هرچه کودک نمره بالاتری در این آزمون کسب کند، سطح ناسازگاری بالاتری نیز خواهد داشت. در پژوهش حاضر برای سنجش پایایی پرسش‌نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که برای پرسش‌نامهٔ سازگاری کودکان ۰/۷۹ محاسبه شد.

۲. پرسش‌نامهٔ ترومای دوران کودکی[۲] (۲۰۰۳)

این پرسش‌نانه را برنستاین و همکاران[۳] (۲۰۰۳) توسعه داده‌اند که هدف از آن سنجش آسیب‌ها و ترومای دوران کودکی است. این پرسش‌نامه نوعی ابزار غربالگری برای آشکارکردن اشخاص دارای تجربیات سوءاستفاده و غفلت دوران کودکی است. این

---

[۱] Child Adaptation Questionnaire
[۲] Childhood Trauma Questionnaire
[۳] Bernstein, D. P., et al.

پرسش‌نامه پنج نوع از بدرفتاری در دوران کودکی را می‌سنجد که عبارت‌اند از: سوءاستفادهٔ جنسی، عاطفی و جسمی و غفلت عاطفی و جسمی. این پرسش‌نامه ۲۸ سؤال دارد که ۲۵ سؤال آن برای سنجش مؤلفه‌های اصلی پرسش‌نامه به کار می‌رود و ۳ سؤال آن برای تشخیص افرادی است که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند. نمره‌گذاری پرسش‌نامه به‌صورت طیف لیکرت پنج‌نقطه‌ای است. در پژوهش برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوءاستفادهٔ عاطفی، سوءاستفادهٔ جسمی، سوءاستفادهٔ جنسی، غفلت عاطفی و غفلت عاطفی، به‌ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ بود. همچنین، روایی هم‌زمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنهٔ ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران نیز ابراهیمی، دژکام و ثقه‌السلام (۲۰۱۳) آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌های پنج‌گانهٔ آن گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر برای سنجش پایایی پرسش‌نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که برای پرسش‌نامهٔ تروما‌ی دوران کودکی ۰/۸۳ محاسبه شد.

۳. پرسش‌نامه تحمل پریشانی[۱] (۲۰۰۵)

پرسش‌نامهٔ تحمل پریشانی نوعی شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی کودکان است که سیونز و گاهر[۲] (۲۰۰۵) آن را ساخته‌اند. این مقیاس پانزده ماده و چهار خرده‌مقیاس، شامل تحمل پریشانی هیجانی، جذب‌شدن با هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی دارد. نمره‌گذاری پرسش‌نامه به‌صورت طیف لیکرت پنج‌نقطه‌ای است. در ایران، در پژوهش محمودی‌پور[۳] و همکاران (۲۰۲۲) نتایج تحلیل عاملی اکتشافی با روش مؤلفه‌های اصلی، علاوه‌بر عامل کلی تحمل پریشانی، چهار عامل (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) را برای پرسش‌نامهٔ تحمل پریشانی تأیید کردند. برای بررسی پایایی پرسش‌نامه از ضریب آلفای کرونباخ و برای تعیین روایی عاملی آن از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که پرسش‌نامه از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار است و ضرایب پایایی عامل‌های پرسش‌نامه تحمل پریشانی بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۲ است. همچنین، ضریب کل پایایی پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۹ است. در پژوهش حاضر برای سنجش پایایی پرسش‌نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که برای پرسش‌نامه تحمل پریشانی کودکان ۰/۸۳ محاسبه شد.

٤. پرسش‌نامهٔ تجربه سوگ[٤] (۱۹۹۸)

بارت[۵] (۱۹۹۸) این پرسش‌نامه را به‌منظور سنجش واکنش‌های سوگ طراحی کرد و ساخت. این پرسش‌نامه ۳۴ سؤال دارد و هدف آن ارزیابی احساسات افراد پس از مرگ عزیزان از ابعاد مختلف (احساس گناه، تلاش برای توجیه و کنارآمدن، واکنش‌های بدنی، احساس ترک‌شدن، قضاوت شخص یا دیگران، خجالت/ شرمندگی، بدنامی) است. نمره‌گذاری پرسش‌نامه به‌صورت طیف لیکرت پنج‌نقطه‌ای است. در ایران در پژوهش مهدی‌پور[۶] و همکاران (۲۰۰۹)، ابعاد این پرسش‌نامه همسانی درونی قابل قبولی داشت (ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۶ و ۰/۴۰ متغیر است). عوامل این پرسش‌نامه روایی همگرای مناسبی ($p\leq ۰/۰۱$) نشان دادند. در پژوهش حاضر، برای سنجش پایایی پرسش‌نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که برای پرسش‌نامهٔ تجربه سوگ کودکان ۰/۸۹ محاسبه شد.

---

۱ Distress Tolerance Questionnaire
۲ Simons, J. S., & Gaher, R. M.
۳ Mahmoudpour, A., et al.
۴ Grief Experience Questionnaire
۵ Barrett, S.
۶ Mehdipour, S., et al.

ج) برنامهٔ مداخله

برنامه آموزشی تنظیم هیجان

در پژوهش حاضر جلسات تنظیم هیجان بر اساس پژوهش (بهادری، امانی و مودی،۲۰۱۷) طراحی شده است. این مداخله شامل ۸ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای است که بصورت گروهی و حضوری هر هفته دو جلسه با پروتکل ارائه شده در جدول(۱) به خانوادهٔ کودکان داغدیده آموزش داده شد.

جدول ۱: ساختار جلسات تنظیم هیجان خانواده

شمارهٔ جلسه	شرح جلسات
اول	• معرفی اعضا، بیان اهداف گروه، طول دوره، مشخصات و قوانین گروه و اجرای پیش‌آزمون؛ شناسایی هیجان‌ها از طریق اجرای کاربرگ‌های شش‌مرحله‌ای شناسایی هیجان‌ها با تمرکز بر مثالی از وظایف مادران سرپرست خانواده و نحوهٔ ثبت هیجان
دوم	شناخت عوامل غلبه بر موانع هیجان‌های سالم مانند آسیب‌زدن به خویشتن، دست‌انداختن دیگران، ایجاد مشغولیت‌ها (گذر بی‌هدف در محیط اینترنت و موکول‌کردن کارها و وظایف برای فردا) از طریق بیان تجارب اعضای گروه در این زمینه
سوم	کاهش آسیب‌پذیری جسمی در برابر هیجان‌های توان‌فرسا از طریق کاربرگ شناسایی رفتارهای خود آسیب‌رسان
چهارم	مشاهدهٔ خویشتن بدون قضاوت، کاهش آسیب‌پذیری شناختی از طریق تحلیل کاربرگ‌های افکار برانگیخته‌شده و فهرست افکار مقابله‌ای
پنجم	تعادل‌آفرینی بین افکار و احساسات، بررسی راهکارهای مقابله‌ای و ایجاد تعادل بین افکار به‌عنوان عوامل به‌وجودآورندهٔ احساسات و ایجاد همه‌جانبه‌نگری هیجانی از طریق تکمیل کاربرگ ثبت شواهد همه‌جانبه‌نگری
ششم	افزایش هیجانات مثبت با هدف جایگزینی رفتارهای مثبت به‌جای رفتارهای اعتیادی از طریق تکمیل کاربرگ ثبت فعالیت‌های لذت‌بخش
هفتم	کاربرد تکنیک‌های پیشرفته تنظیم هیجانی یعنی توجه آگاهانه به هیجانات بدون قضاوت، رویارویی با هیجان از طریق تمرین توجه آگاهانه به هیجانات بدون قضاوت و تکمیل کاربرگ‌های ثبت هیجان با مثال‌هایی در این زمینه
هشتم	ادامهٔ کاربرد تکنیک‌های پیشرفته نظم‌بخشی هیجانی یعنی عمل‌کردن برخلاف امیال شدید هیجانی از طریق تمرین‌ها و ثبت کاربرگ‌های عمل متضاد

د) روش اجرا

پژوهش حاضر در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زاهدان، بررسی و با شناسهٔ اخلاق IR.IAU.ZAH.REC.۱۴۰۲.۰۱۰ مصوب شد. به‌منظور اجرای پژوهش، پس از تعیین اهداف و تعریف جامعهٔ آماری و دریافت مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی زاهدان و سازمان بهزیستی، پرسش‌نامهٔ سوگ تجربه بارت و همکاران در بین پنجاه نفر از کودکان داغدیده توزیع و نتایج بررسی شد. از بین کسانی که بیشترین علائم سوگ را داشتند، سی کودک انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه کنترل و آزمایش گماشته شدند. سپس در هر دو گروه پیش‌آزمون پرسش‌نامهٔ سازگاری کودکان، پرسش‌نامهٔ ترومای دوران کودکی و پرسش‌نامهٔ تحمل پریشانی به تمام کودکان داغدیدهٔ منتخب در نمونهٔ آماری داده شد و ضمن ارائهٔ توضیحات لازم و زمان کافی، پرسش‌نامه‌های تکمیل‌شده دریافت شد. پس از صحت‌سنجی داده‌های مربوطه، این داده‌ها به‌منظور استفاده در آزمون فرضیات پژوهش، در فایل اکسل وارد شدند. در ادامه، سی نفر منتخب در نمونهٔ آماری در دو گروه پانزده نفری (گواه و آزمایش) تقسیم شدند و برای خانوادهٔ کودکان منتخب در گروه آزمایش پروتکل تنظیم هیجان اجرا شد، درحالی‌که گروه کنترل تا پایان پیگیری در صف انتظار قرار داشتند. در نهایت، مجدداً پرسش‌نامهٔ سازگاری کودکان، پرسش‌نامهٔ ترومای دوران کودکی و پرسش‌نامهٔ تحمل پریشانی به‌عنوان پس‌آزمون به تمامی کودکان منتخب در نمونهٔ آماری ارائه شد. پژوهشگران متعهد شدند که تمامی اطلاعات اکتسابی از آزمودنی‌ها محرمانه خواهد بود، در تحلیل، ثبت و گزارش نتایج، هویت آن‌ها فاش نشود و هیچ‌گونه خطری در فرایند پژوهش آن‌ها را تهدید نکند. ضمن ارائهٔ توضیحات لازم و زمان کافی، پرسش‌نامه‌های تکمیل‌شده دریافت و پس از صحت‌سنجی داده‌های مربوطه در فایل اکسل،

به‌منظور استفاده در آزمون فرضیات پژوهش وارد شد و داده‌های مذکور از طریق نرم‌افزار SPSS۲۶ تجزیه‌وتحلیل و فرضیه‌های پژوهش آزمون شدند. برای تجزیه‌وتحلیل اطلاعات، در بخش توصیفی به‌منظور توصیف ویژگی‌های نمونهٔ آماری از جداول، نمودار، درصد، میانگین، میانه، انحراف استاندارد، واریانس و دامنهٔ تغییرات استفاده شده است و در بخش استنباطی، برای تأیید یا رد فرضیه‌ها نخست برای تعیین برابری واریانس‌ها از آزمون لوین[۱] و سپس آزمون تحلیل کواریانس یک راهه[۲] انجام گرفت.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۰ کودک داغدیده شرکت کردند نتایج نشان داد که بین گروه‌ها از منظر جمعیت‌شناختی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در جدول (۲)یافته‌های جمعیت شناختی نمونه آماری گزارش شده است.

جدول ۲: مشخصات جمعیت‌شناختی نمونهٔ آماری

	جنسیت	فراوانی (نفر)	درصد	سن	فراوانی (نفر)
گروه شاهد (کنترل)	دختر	۹	۳۰	۷ تا ۸	۲
	پسر	۶	۲۰	۸ تا ۹	۴
				۱۰ تا ۱۱	۵
				۱۱ تا ۱۲	۴
گروه گواه	دختر	۸	۲۶/۶۶	۷ تا ۸	۳
				۸ تا ۹	۳
	پسر	۷	۲۳/۳۴	۱۰ تا ۱۱	۴
				۱۱ تا ۱۲	۵

بر اساس جدول (۲)، هفده نفر از جمعیت نمونه را دختران و سیزده نفر دیگر را پسران به‌خود اختصاص دادند. همچنین، هشت نفر از شرکت‌کنندگان ۷ تا ۸ ساله، نه نفر ۸ تا ۹ ساله، پانزده نفر ۱۰ تا ۱۱ ساله و چهارده نفر ۱۱ تا ۱۲ ساله بوده‌اند. تجربهٔ سوگ‌درمانی افراد بر اساس ملاک های ورودی بین یک تا پانزده ماه بوده است و میانگین هر دو گروه نزدیک به یکدیگر است. شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار گروه شاهد و گواه در مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول ۳: معیارهای توصیفی مربوط طول دورهٔ تجربهٔ سوگ آزمودنی‌ها

	تعداد	کمترین مقدار	بیشترین مقدار	میانگین
کنترل	۱۵	۶ ماه	۱۳ ماه	۶/۵۴
گروه آزمایش تنظیم هیجان	۱۵	۱ ماه	۱۵ ماه	۶/۸

براساس نتایج جدول (۳)، میانگین متغیر کم‌رویی (۴۷/۰۶±۳۸/۲۳) و مهارت‌های اجتماعی (۱۵۹/۲۰±۱۲/۳۸) است. در ادامه جدول(۴) نشان‌دهندهٔ میانگین و انحراف معیار نمرات گروه شاهد و گواه در پیش آزمون متغیرهای سازگاری، تروما و تحمل پریشانی است.

جدول ٤: یافت‌های توصیفی (میانگین±انحراف معیار) در پیش‌آزمون متغیرهای سازگاری، تروما و تحمل پریشانی در گروه شاهد و گواه

[۱] Levine test
[۲] One-way analysis of covariance

متغیر	گروه	پیش‌آزمون میانگین± انحراف معیار	پس‌آزمون میانگین± انحراف معیار
سازگاری	آزمایش تنظیم هیجان	۷/۴۹±۶۰/۳۳	۷/۴ ±۱۳۴/۶
	کنترل	۷/۹±۵۵/۲	۱۰/۹۶±۶۰/۰۶
تروما	آزمایش تنظیم هیجان	۶/۰۷±۱۱۷/۲	۵/۰۵±۴۵/۴
	کنترل	۱۱/۲۸±۱۱۷/۸	۵/۰۸±۱۱۱/۸۶
تحمل پریشانی	آزمایش تنظیم هیجان	۲/۴۱±۲۱/۶	۲/۰۶±۶۱/۴۶
	کنترل	۲/۱۶±۲۲/۴	۲/۶۶±۲۴/۶۶

بر اساس جدول (۴)، به‌ترتیب میانگین نمرات سازگاری گروه آزمایش تنظیم هیجان (۱۳۴/۶) و نمرات تحمل پریشانی گروه آزمایش تنظیم هیجان (۶۱/۴۶۶) در مرحلهٔ پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش داشته است. همچنین، به‌ترتیب نمرات ترومای گروه آزمایش تنظیم هیجان (۴۵/۴) در مرحلهٔ پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش داشته است. همچنین میانگین سازگاری، تحمل پریشانی و ترومای اعضای گروه کنترل در مرحلهٔ پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون تغییر چندانی نداشته است. ضمناً، نتایج آزمون تی مستقل بین میانگین گروه‌های شاهد و گواه در پیش‌آزمون نشان داد که دو گروه از لحاظ متغیرهای نمرات سازگاری، تحمل پریشانی و تروما معنی‌دار نبوده است. لذا دو گروه در این متغیرها همگن‌اند (P>۰/۰۵).

برای تحلیل داده‌ها و بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. قبل از تحلیل داده‌ها برای اطمینان از اینکه داده‌های این پژوهش پیش‌فرض‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس تک‌متغیری را برآورده می‌کنند، بررسی نرمال‌بودن داده‌ها با آزمون wilks-Shapero، خطی‌بودن با نمودار پراکنش داده‌ها، همگنی واریانس‌ها با آزمون s'Levene و همگنی شیب‌های رگرسیون با آزمون M s'Box آزمایش شدند که تمامی متغیرها محقق شد (P >۰/۰۵). با توجه به برقراری مفروضه‌های ضروری، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن بر متغیرهای پژوهش در جدول (۵) ارائه شده است.

جدول ۵: خلاصهٔ آنالیز تحلیل کواریانس برای مقایسه تأثیر تنظیم هیجان خانواده بر سازگاری کودکان داغ‌دیدهٔ گروه آزمایش و کنترل

منابع	مجموع مربعات	درجهٔ آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	اندازهٔ اثر
پیش‌آزمون	۴۴۴/۸۷	۱	۴۴۴/۸۷	۷/۷۸	۰/۰۱	۰/۲۳
آموزش (پس‌آزمون)	۴۲۶۲۹/۵۱۶	۳	۴۲۶۲۹/۵۱۶	۲۴۸/۷۶	۰/۰۰۰	۰/۹۶
خطا	۱۴۸۵/۱۵۱	۲۶	۵۷/۱۲۱			
کل	۳۲۸۳۲۸/۰۰	۳۰				

نتایج جدول (۵) نشان می‌دهد که بین دو گروه شاهد و گواه (F=۲۴۸/۷۶، p=۰/۰۰۰) تفاوت معناداری وجود دارد (p≤۰/۰۵). بنابراین، نتایج بیانگر این است که تفاوت دو گروه در پس‌آزمون، ناشی از اثربخشی تنظیم هیجان خانواده است. همچنین اندازهٔ اثر تنظیم هیجان خانواده بر سازگاری ۹۶/۶ درصد بوده است. بر این اساس و با توجه به بالاتربودن میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون، می‌توان نتیجه گرفت که تنظیم هیجان خانواده بر سازگاری کودکان داغ‌دیدهٔ شهر زاهدان تأثیر مثبت و معناداری داشته و سازگاری آن‌ها را افزایش داده است. جهت بررسی تاثیر تنظیم هیجان خانواده بر ترومای کودکان داغدیده از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. جدول(۶) خلاصهٔ نتایج تحلیل کوواریانس روی نمرات پس آزمون گروه آزمایش و کنترل را نشان داده است.

جدول ٦: خلاصهٔ آنالیز تحلیل کواریانس برای مقایسه تأثیر تنظیم هیجان خانواده بر ترومای کودکان داغ‌دیدهٔ گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازهٔ اثر
پیش‌آزمون	۶۳/۲۲	۱	۶۳/۲۲	۳/۳۹	۰/۰۷۷	۰/۱۱۵
آموزش (پس‌آزمون)	۳۳۳۶۷/۹۹	۳	۱۱۱۲۲/۶۶	۵۹۶/۳۰۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸۶
خطا	۴۸۴/۹۷	۲۶	۱۸/۶۵۳			
کل	۲۱۹۳۴۹	۳۰				

نتایج جدول (۶) نشان می‌دهد که بین دو گروه شاهد و گواه (p=۰/۰۰۰، F=۵۹۶/۳) تفاوت معناداری وجود دارد (p≤۰/۰۵). بنابراین، نتایج بیانگر این است که تفاوت دو گروه در پس‌آزمون ناشی از اثربخشی تنظیم هیجان خانواده است. همچنین اندازهٔ اثر تنظیم هیجان خانواده بر تروما ۹۸/۶ درصد بوده است. بر این اساس و با توجه به بالاتربودن میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون، می‌توان نتیجه گرفت که تنظیم هیجان در ترومای کودکان داغ‌دیدهٔ شهر زاهدان تأثیر مثبت و معناداری داشته و ترومای آن‌ها را کاهش داده است. جهت بررسی تاثیر تنظیم هیجان خانواده بر تحمل پریشانی کودکان داغدیده از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. جدول(۷) خلاصهٔ نتایج تحلیل کوواریانس روی نمرات پس آزمون گروه آزمایش و کنترل را نشان داده است.

جدول ۷: خلاصهٔ آنالیز تحلیل کواریانس برای مقایسهٔ تأثیر تنظیم هیجان خانواده بر تحمل پریشانی کودکان داغ‌دیدهٔ گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازهٔ اثر
پیش آزمون	۲/۱۵	۱	۲/۵۲	۰/۴۰۹	۰/۵۲۸	۰/۰۱۵
آموزش (پس آزمون)	۱۰۱۷۹/۰۹۹	۳	۳۳۹۳/۰۳۳	۶۴۵/۰۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸۷
خطا	۱۳۶/۷۶۷	۲۶	۵/۲۶			
کل	۶۵۹۵۸	۳۰				

نتایج جدول (۷) نشان می‌دهد که بین دو گروه شاهد و گواه (p=۰/۰۰۰، F=۶۴۵/۰۲) تفاوت معناداری وجود دارد (p≤۰/۰۵). بنابراین، نتایج بیانگر این است که تفاوت دو گروه در پس‌آزمون، ناشی از اثربخشی تنظیم هیجان خانواده است. همچنین اندازهٔ اثر تنظیم هیجان خانواده بر تحمل پریشانی ۹۸/۷ درصد بوده است. بر این اساس و با توجه به بالاتربودن میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون، می‌توان نتیجه گرفت که تنظیم هیجان بر تحمل پریشانی کودکان داغ‌دیدهٔ شهر زاهدان تأثیر مثبت و معناداری داشته و تحمل پریشانی آن‌ها را افزایش داده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی تنظیم هیجان خانواده بر سازگاری، تروما و تحمل پریشانی در کودکان داغ‌دیده انجام گرفت. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد با توجه به بالاتربودن میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون، تنظیم هیجان خانواده در سازگاری، تروما و تحمل پریشانی کودکان داغ‌دیدهٔ شهر زاهدان تأثیر معناداری داشته است. نتیجه‌گیری از تأثیر تنظیم هیجان خانواده در سازگاری کودکان داغ‌دیده با پژوهش تجلی و همکاران (۲۰۲۳)، ایسما و استراب (۲۰۲۱) و استرنبرگ، اسپسنراد و اگیوم (۲۰۱۰) هم‌خوانی دارد. در جهت همسویی این پژوهش‌ها با پژوهش حاضر، نتیجهٔ این یافته‌ها نشان داد که تنظیم هیجان در توسعه، تداوم و درمان غم و اندوه پیچیده، حیاتی است. اجتناب تجربی و نشخوار فکری اهداف مهمی را در درمان‌های غم پیچیده تشکیل می‌دهند. همچنین،

رشد خودتنظیمی مرتبط با احساسات کودکان با بسیاری از جنبه‌های رشد کودکان مرتبط است و احتمالاً در آن نقش دارد. خودتنظیمی مربوط به هیجان در سال‌های اولیهٔ زندگی به‌سرعت رشد می‌کند و در بزرگ‌سالی، کندتر بهبود می‌یابد. تفاوت‌های فردی در خودتنظیمی کودکان پس از یک یا دو سال اول زندگی نسبتاً پایدار است.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان چنین بیان کرد که پس از سوگ، آنچه حائز اهمیت است تنظیم هیجان خانواده و سازگاری کودکان داغ‌دیده است؛ چراکه در این زمان، کودکان به حمایت خانواده نیاز مبرم دارند. بنابراین، خانواده با ایجاد فضای امن برای ابراز احساسات کودکان، می‌تواند در سازگاری کودکان داغ‌دیده نقش مهمی ایفا کند. علاوه‌بر این، خانواده باید به کودکان اجازه دهد علاوه‌بر احساس غم، احساسات دیگر مانند خشم و سردرگمی را بروز دهند. همچنین، خانواده باید در تنظیم هیجان، رفتارهای سالم را به‌شیوهٔ مثبت مدیریت کند، در نتیجه کودکان نیز یاد می‌گیرند که چگونه با احساساتشان کنار بیایند.

نتایج حاصل از تأثیر تنظیم هیجان خانواده در ترومای کودکان داغ‌دیده با پژوهش میرزاییان، میرزاییان و عباسی (۲۰۲۳) و کیفر و همکاران (۲۰۲۳) همسو است، با این تفاوت که پژوهش میرزاییان از روش درمانی شناختی ـ رفتاری استفاده کرده است. مرگ والدین خطر پیامدهای رشد منفی، مشکلات درونی، افکار غم و اندوه مزاحم و ناکارآمدی مقابله را افزایش می‌دهد. بنابراین، خدمات سوگ باید روابط والدین ـ فرزندی را هدف قرار دهد (فریتزون[۱] و همکاران، ۲۰۲۴). رویارویی با مرگ والدین، خواهر و برادر یا بستگان دیگر، یکی از متداول‌ترین و تأثیرگذارترین رویدادهای زندگی است که ممکن است فرزندان تجربه کنند. مانند بزرگ‌سالان، اکثر کودکان به‌دنبال ازدست‌دادن، مشکلات روانی مداوم را تجربه نمی‌کنند. بااین‌حال، برای برخی، واکنش‌های حاد سوگ به واکنش‌های ناراحت‌کننده و غیرفعال‌کننده مداوم یا دیگر مشکلات سلامت روان تبدیل می‌شوند (بوئلن و اسپیوج[۲]، ۲۰۲۴).

در تبیین یافته‌های فوق، می‌توان چنین بیان کرد که در مواجه با ترومای کودکان داغ‌دیده، تنظیم هیجان خانواده نوعی چالش محسوب می‌شود. بنابراین، مستلزم راهکارهایی برای مدیریت هیجان است. برای مثال، خانواده باید به تأثیر داغ‌دیدگی در رفتار و احساسات کودک توجه کند. همچنین، خانواده باید به حفظ سلامت عاطفی خود توجه و استرس خود را مدیریت کند، تا بتواند کودک را بیشتر حمایت کند. خانواده با حفظ روال روزمره و عادی زندگی، می‌تواند در شرایط ترومای کودک داغ‌دیده به او کمک کند و به او احساس امید و امنیت دهد.

نتایج حاصل از تأثیر تنظیم هیجان خانواده در تحمل پریشانی کودکان داغ‌دیده با پژوهش‌های گذشته، همچون پژوهش تجلی و همکاران (۲۰۲۳)، رودگر صفار، اسماعیلی و طیبی[۳] (۲۰۱۷)، توفیقی، آقایی و گلپرور[۴] (۲۰۱۶)، کنو[۵] و همکاران (۲۰۲۰) و زیمر[۶] و همکاران (۲۰۲۲) همسو است. بنابراین، درجهت تبیین این همسویی و نتیجهٔ‌به‌دست آمده می‌توان چنین بیان کرد که در تنظیم هیجان خانواده، مهارت‌های مقابله با استرس باید آموزش داده شود؛ چراکه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای کمک شایانی به تحمل پریشانی کودکان داغ‌دیده می‌کند. تنظیم هیجان با تمرین و آگاهی قابل بهبود است. بنابراین، خانواده با ایجاد عادت‌های سالم به تحمل پریشانی کودکان داغ‌دیده کمک می‌کند. علاوه‌بر این، می‌توان چنین استدلال کرد که در تنظیم هیجان خانواده، باید احساسات منفی‌شان را درک کرد. در نتیجه، با درک این موضوع می‌توانند تحمل پریشانی‌شان را افزایش دهند. از طرفی، آن‌ها در کودکان داغ‌دیده تأثیر می‌گذارند و تلاش می‌کنند تا راه‌حل منطقی و مناسبی برای رهایی از پریشانی‌شان بیابند.

با توجه به شناخت روزافزون این موضوع، که غم و اندوه در بزرگ‌سالان و کودکان یکسان نیست، نیاز به درک این موضوع وجود دارد که چرا برخی از کودکان دچار اندوه فراگیر می‌شوند، درحالی‌که برخی دیگر به‌راحتی پس از یک دورهٔ اندوه گذرا، بهبود

---

[۱] Fritzson, E., et al.
[۲] Boelen, P. A., & Spuij, M.
[۳] Rodger Safari, A., Esmaili, M., & Tayibi, A.
[۴] Tofighi, Z., Aghaei, A., & Golparvar, M.
[۵] Cano, M. Á., et al.
[۶] Zimmer-Gembeck, M. J., et al.

می‌یابند. هنوز اطلاعات کمی دربارهٔ عوامل مؤثر در غم و اندوه در کودکان وجود دارد. با توجه به عوامل اجتماعی جمعیت‌شناختی، مشخص نیست که آیا برای پسران و دختران خطر غم و اندوه ناسالم متفاوت است یا نه (فرالوگزا و گوبی[۱]، ۲۰۲۳).

مطالعات نشان داده‌اند که ازدست‌دادن افراد نزدیک در مقایسه با ازدست‌دادن بستگان دورتر، با اندوه شدیدتری مرتبط است (کاپلو[۲] و همکاران، ۲۰۱۰). یافته‌های تحقیقاتی (برنت و همکاران[۳]، ۲۰۰۹) دربارهٔ علت مرگ نشان می‌دهند رویارویی با فقدان غیرطبیعی، کودکان را در برابر غم و اندوه مداوم آسیب‌پذیرتر می‌کند. با توجه به فرایندهای روان‌شناختی، که پیامدهای سوگ را میانجی‌گری می‌کنند، شواهدی نشان می‌دهد سوگ مداوم با شناخت‌های منفی (اسپوجی و همکاران۴، ۲۰۱۷) و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار (فرالوگزا و همکاران، ۲۰۲۳) مرتبط است. باوجود این تحقیقات، دانش دربارهٔ عوامل مؤثر در غم و اندوه در کودکان هنوز محدود است. تفاوت‌های روش‌شناختی بین مطالعات از نظر نمونه‌ها و اندازه‌گیری سوگ ناسالم، ارزیابی اهمیت نسبی عوامل مختلف مورد مطالعه را دشوار می‌کند.

مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر را می‌توان به روش نمونه‌گیری، منحصربودن نمونه به کودکان داغ‌دیده و عدم امکان برگزاری مرحلهٔ پیگیری مربوط دانست. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه برای کاهش خطای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی و با پیگیری انجام شود. از آن جهت که نمونهٔ پژوهش حاضر کودکان داغ‌دیدهٔ شهر زاهدان هستند، لازم است برای تعمیم نتایج به شهرهای دیگر احتیاط شود. همچنین، ابزار استفاده‌شده در این پژوهش پرسش‌نامه بود. بهره‌نبردن از ابزارهای دیگر مانند مصاحبه، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از دیگر روش‌های اندازه‌گیری مانند مصاحبه یا مشاهده استفاده شود.

به‌طور کلی، نتایج نشان داد که تنظیم هیجان خانواده در سازگاری، تروما و تحمل پریشانی در کودکان داغ دیده اثر داشت. بنابراین، پیشنهادی کاربردی در اینجا بیان می‌شود: با توجه به دردسترس‌بودن این نوع آموزش و درمان، از قابلیت تکرار این روش آموزشی نه‌تنها می‌توان در طراحی و برنامه‌ریزی‌های آموزش به کودکان داغ‌دیده و خانوادهٔ آن‌ها، بلکه در آموزش به دیگر اقشار جامعه و مراکز مشاوره نیز بهره جست؛ برای مثال، طراحی کارگاه‌هایی ویژهٔ خانواده‌هایی که کودکشان فردی مهم را از دست داده است، با تمرکز بر مهارت‌هایی مانند پذیرش هیجان، نام‌گذاری احساسات، تنفس آگاهانه و تکنیک‌های آرام‌سازی. همچنین طراحی جلسات بازی‌درمانی گروهی کودک و والد، برای بیان غیرمستقیم احساسات و ایجاد گفت‌وگوی عاطفی بین والدین و فرزندان داغ‌دیده از دیگر پیشنهادهای پژوهش حاضر است. به محققان آینده پیشنهاد می‌شود برای نمونه از کودکان استثنایی نیز استفاده کنند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

پژوهشگران قبل از شروع پژوهش دربارهٔ فرایند پژوهش، اطلاعات کافی در اختیار والدین و مراقب آزمودنی‌ها قرار دادند، تا آن‌ها بتوانند با آگاهی کامل دربارهٔ شرکت در پژوهش اقدام کنند. همچنین، پژوهشگران متعهد شدند که تمامی اطلاعات اکتسابی از آزمودنی‌ها محرمانه بماند، در تحلیل، ثبت و گزارش نتایج، هویت آن‌ها فاش نشود و هیچ‌گونه خطری در فرایند پژوهش آن‌ها را تهدید نکند.

حامی مالی

بنابر اظهار مولفان مقاله، این پژوهش حامی مالی ندارد.

---

[۱] Farella Guzzo, M., & Gobbi, G.
[۲] Kaplow, J. B., et al.
[۳] Brent, D., et al.
[۴] Spuij, M., et al.

نقش هریک از نویسندگان

پژوهش حاضر برگرفته از رسالۀ دکتری است.

تضاد منافع

نویسندگان این مطالعه اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تعارض منافعی بین آن‌ها وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله پژوهشگران از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند، قدردانی می‌کنند.

References

Aslipour, A., Kalantari, M., Samavatian, H., & Abedi, A. (2018). Lived experience of mothers in the field of effective factors in emotional behavioral problems of bereaved children. *Clinical Psychology Studies, 9*(36), 83-116. [Persian]. 10.22054/jcps.2020.47254.2203

Bahadri, Z., Amani, M., & Modi, M. (2017). Investigating the effectiveness of emotional regulation skills training on emotional regulation strategies and the quality of life of women heads of families. *Women and Society (Sociology of Women), 9*(2), 1-17. [Persian]. Link

Baker, C. N., & Hoerger, M. (2012). Parental child-rearing strategies influence self-regulation, socio-emotional adjustment, and psychopathology in early adulthood: Evidence from a retrospective cohort study. *Personality and Individual Differences, 52*(7), 800-5. 10.1016/j.paid.2011.12.034

Barrett, S. (1999). A theory of full international cooperation. *Journal of Theoretical Politics, 11*(4), 519-541. 10.1177/0951692899011004004

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia T., et al. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect, 27*(2), 169-190. 10.1016/s0145-2134(02)00541-0

Bethell, C. D., Davis, M. B., Gombojav, N., Stumbo, S., & Powers, K. (2017). *Fact sheet: Adverse childhood experiences among US children*. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Link

Boelen, P. A., & Spuij, M. (2024). Individual and systemic variables associated with prolonged grief and other emotional distress in bereaved children. *Plos one, 19*(4), e0302725. 10.1371/journal.pone.0302725

Cano, M. Á., Castro, F. G., De La Rosa, M., Amaro, H., Vega W. A., Sánchez, M., et al. (2020). Depressive symptoms and resilience among Hispanic emerging adults: Examining the moderating effects of mindfulness, distress tolerance, emotion regulation, family cohesion, and social support. *Behavioral Medicine, 46*(3-4), 245-257. 10.1080/08964289.2020.1712646

Cicchetti, D. (2013). Annual research review: Resilient functioning in maltreated children–past, present, and future perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(4), 402-422. 10.1111/j.1469-7610.2012.02608.x

Dyregrov, A., Salloum, A., Kristensen, P., & Dyregrov, K. (2015). Grief and traumatic grief in children in the context of mass trauma. *Current Psychiatry Reports, 47*, 1-8. 10.1007/s11920-015-0577-x

Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Eggum, N. D. (2010). Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 495-525. 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131208

Eisma, M. C., & Stroebe, M. S. (2021). Emotion regulatory strategies in complicated grief: A

systematic review. *Behavior Therapy, 52*(1), 234-249. 10.1016/j.beth.2020.04.004

Ebrahimi, H., Dejkam, M., & Thiqe El-Islam. T. (2013). Childhood traumas and suicide attempts in adulthood. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 19*(4), 275-282. [Persian]. Link

Farella Guzzo, M., & Gobbi, G. (2023). Parental death during adolescence: A review of the literature. Omega (Westport). *Omega (Westport), 87*(4), 1207-1237. 10.1177/00302228211033661

Fritzson, E., Zhang, N., Wolchik, S. A., Sandler, I. N., Tein, J. Y., & Bellizzi, K. M. (2024). Developmental pathways of the family bereavement program to promote growth 15 years after parental death. *Journal of Family Psychology, 38*(3), 355-364. 10.1037/fam0001189

Jamshidi Sianki, M., Mazaheri, M. A., & Zadeh M. A. (2016). Special bereavement interventions to help bereaved children. *Development of Psychology, 5*(1), 129-164. [Persian]. Link

Javadpour, M., Rezaei, A., Javidi, H. E, & Khair, M. (2022). The effect of cognitive emotion regulation training on impulsivity and relationships with peers in high school students: a pilot study. *Social Health, 9*(2), 92-101.[Persian]. Link

Joo, Y. S., Kim, J., Lee, J., & Chung, I. (2021). Understanding the link between exposure to fine particulate matter and internalizing problem behaviors among children in South Korea: Indirect effects through maternal depression and child abuse. *Health & Place, 68*, 102531. 10.1016/j.healthplace.2021.102531

Kiefer, R., Goncharenko, S., Forkus, S. R., Contractor, A. A., LeBlanc, N., & Weiss, N. H. (2023). Role of positive emotion regulation strategies in the association between childhood trauma and posttraumatic stress disorder among trauma-exposed individuals who use substances. *Anxiety, Stress, & Coping, 36*(3), 366-381.10.1080/10615806.2022.2079636

Leeuwestein, H., Kupers, E., Boelhouwer, M., Tondera, P., & van Dijk, M. (2024). A Screening Instrument for Trauma-Related Behavior Among Young Primary School Students: Development and Validation of the RaPTOSS. *School Mental Health, 16*, 530-549. 10.1007/s12310-024-09656-8

Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological Bulletin, 136*(4), 576-600. 10.1037/a0019712

Mateen, H., Akhwan Gholami, M., & Ahmadi, S. (2017). The effectiveness of emotion regulation training on parent-child interaction of mothers with children with learning disabilities. *Learning Disabilities, 8*(1), 70-89. [Persian]. 10.22098/jld.2018.709

Mirzaian, N., Mirzaian, B., & Abbasi, G. E. (2023). The effectiveness of Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT) on bereavement symptoms of bereaved children. *Applied Family Therapy, 4*(3), 182-198. [Persian]. 10.61838/kman.aftj.4.3.12

Mahmoudpour, A., Shariatmadar, A., Borjali, A. & Shafiabadi, A. (2021). Psychometric properties of the Distress Tolerance Scale (DTS) in the elderly. *Quarterly of Educational Measurement, 12*(46), 49-64. [Persian]. 10.22054/jem.2022.65915.3341

Mehdipour, S., Shahidi, S., Roshan, R., & Dehghani, M. (2009). The Validity and Reliability of "Grief Experience Questionnaire" in an Iranian Sample. *Clinical Psychology and Personality, 7*(2), 35-48. [Persian]. Link

Potter, D. (2010). Psychosocial Well-Being and the Relationship Between Divorce and Children's Academic Achievement. *Journal of Marriage and Family, 72*(4), 933-946. 10.1111/j.1741-3737.2010.00740.x

Rezaei Kangarshahi, G., Shahbazi, M., Karaei, A., & Alavi, S. Z. (2023). The effectiveness of

trauma-focused cognitive-behavioral therapy on bereavement symptoms and behavioral problems of bereaved children (one-month follow-up period). *Quarterly Journal of Applied Psychological Research, 14*(1), 161-177. [Persian]. 10.22059/japr.2023.333539.644073

Rodger Safari, A., Esmaili, M. & Tayibi, A. (2017). The effectiveness of emotion regulation on distress tolerance in bereaved teenage girls. *The Fifth International Conference on Psychology, Educational Sciences and Lifestyle*. Qazvin, Iran. [Persian]. Link

Salehi Amiri, R., & Radan, A. (2016). Impact of various types of fondness on security feeling. *Scientific Research Quarterly of Social Security Studies, 7*(1), 99-116. [Persian]. Link

Saxe, G. N., Laitner, C., & Brown, A. D. (2025). Trauma systems therapy for children and adolescents. In M. Landolt, M. Cloitre, & U. Schnyder (Eds.), *Evidence-Based Treatments for Trauma-Related Disorders in Children and Adolescents* (pp. 449-477). Cham: Springer Nature Switzerland. 10.1007/978-3-319-46138-0_17

Schreiner, C. (2012). *Utilizing bibliotherapy and grief resources to promote positive coping among bereaved children and families: A grant proposal* [Doctoral dissertation]. Long Beach: California State University, USA. Link

Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion, 29*(2), 83-102. 10.1007/s11031-005-7955-3

Snyder H. R., Friedman, N. P., & Hankin, B. L. (2019). Transdiagnostic mechanisms of psychopathology in youth: Executive functions, dependent stress, and rumination. *Cognitive Therapy and Research, 43*, 834-51. 10.1007/s10608-019-10016-z

Spuij, M., Prinzie, P., & Boelen, P. A. (2017). Psychometric properties of the Grief Cognitions Questionnaire for Children (GCQ-C). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 35*(1), 60-77. 10.1007/s10942-016-0236-0

Tejali, M., Basri, A., & Asadzadeh, H. (2023). Comparing the effectiveness of play therapy and problem solving training on responsibility, distress tolerance and adaptation of 5-7 year old children. *Sociology of Education, 9*(2), 207-218. [Persian]. 10.22034/ijes.2023.2005292.1423

Tinajero, R., Williams, P. G., Cribbet, M. R., Rau, H. K., Silver, M. A., Bride, D. L. et al. (2020). Reported history of childhood trauma and stress-related vulnerability: Associations with emotion regulation, executive functioning, daily hassles and pre-sleep arousal. *Stress and Health, 36*(4), 405-418. 10.1002/smi.2938

Tofighi, Z., Aghaei, A., & Golparvar, M. (2016). Comparing the effectiveness of resilience training with emotion regulation on perceived social anxiety and psychological tolerance of mothers with children with cerebral palsy. *Psychology of Exceptional People, 7*(28), 71-93. [Persian]. 10.22054/jpe.2018.27210.1670

Zimmer-Gembeck, M. J., Rudolph, J., Kerin, J., & Bohadana-Brown, G. (2022). Parent emotional regulation: A meta-analytic review of its association with parenting and child adjustment. *International Journal of Behavioral Development, 46*(1), 63-82. 10.1177/01650254211051086