

مقایسه اثربخشی بازی درمانی به شیوه شناختی رفتاری و فیلپال تراپی بر کاهش تکانشگری، شایستگی اجتماعی و همدلی کودکان با ناتوانی یادگیری

- سیده مریم مشعشی، دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی تربیتی، گروه روان شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران
 □ رضیه پرورده، کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران
 □ لاله کهن سال، مدرس گروه روان شناسی، موسسه آموزش عالی سارویه، ساری، ایران
 □ سهیلا اسعدی*، مدرس گروه روان شناسی، مؤسسه آموزش عالی رحمان، رامسر، ایران
 □ فرید امین انارکی، دانشجوی کارشناسی ارشد سنجش و اندازه گیری (روان سنجی)، گروه روان شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

• صفحات ۴۰ - ۵۴

• نوع مقاله: پژوهشی

• تاریخ انتشار: آذر و دی ۱۴۰۳

• تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۰۱

چکیده

زمینه و هدف: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی بازی درمانی به شیوه شناختی رفتاری و فیلپال تراپی بر کاهش تکانشگری، شایستگی اجتماعی و همدلی کودکان با ناتوانی یادگیری انجام شد.

روش: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه گواه با دوره پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش آموزان ۷ تا ۹ سال (پایه های اول و سوم ابتدایی) با اختلال یادگیری در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ مراجعه کننده به مراکز اختلال یادگیری واقع در شهرستان های تنکابن و چالوس بودند. ۴۵ کودک به صورت در دسترس و به صورت تصادفی در ۳ گروه آزمایشی اول (بازی درمانی شناختی رفتاری)، آزمایشی دوم (فیلپال تراپی) و گروه گواه قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه مقیاس تکانشگری بارات (۱۹۵۹)، مقیاس شایستگی اجتماعی توسط کوهن و رومن (۱۹۷۲)، پرسشنامه استاندارد همدلی-کودک و نوجوان خسروی و لاریجانی (۱۳۹۹) و مداخله بازی درمانی فیلپال یک دوره درمانی ۱۰ جلسه ای و ۹۰ دقیقه ای و ۱ بار در هفته و مداخله بازی درمانی شناختی رفتاری یک دوره درمانی ۸ جلسه ای و ۶۰ دقیقه ای و ۱ بار در هفته بوده است، داده ها به روش تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر و به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: هر ۲ روش بازی درمانی شناختی رفتاری و فیلپال تراپی در کاهش تکانشگری در کودکان با ناتوانی یادگیری مؤثر بودند ($P < 0/01$). با این حال، براساس آزمون تعقیبی بونفرونی، روش شناختی رفتاری در مقایسه با فیلپال تراپی تأثیر بیشتری در کاهش تکانشگری داشت. نتایج نشان داد که هر ۲ روش بازی درمانی شناختی رفتاری و فیلپال تراپی در بهبود شایستگی اجتماعی و همدلی کودکان با ناتوانی یادگیری مؤثر بودند. با این حال، براساس آزمون تعقیبی بونفرونی، روش فیلپال تراپی در مقایسه با شناختی رفتاری تأثیر بیشتری در افزایش شایستگی اجتماعی و همدلی داشت ($P < 0/01$).

نتیجه گیری: در مجموع، این پژوهش نشان داد که هر ۲ رویکرد شناختی-رفتاری و فیلپال تراپی، ابزارهای مؤثری برای افزایش همدلی، کاهش تکانشگری و شایستگی اجتماعی افراد هستند و استفاده از این رویکردها در مراکز مشاوره و درمان می تواند به بهبود روابط بین فردی و سلامت روان کمک کند.

واژه های کلیدی: بازی درمانی به شیوه شناختی رفتاری، شایستگی اجتماعی، فیلپال تراپی، کاهش تکانشگری، همدلی

مقدمه

اختلال یادگیری به مجموعه‌ای از اختلالات عصب روان‌شناختی گفته می‌شود که بر توانایی‌های شناختی مانند خواندن، نوشتن، ریاضیات و استدلال تأثیر می‌گذارد. این اختلالات ناشی از مشکلات در پردازش اطلاعات در مغز هستند و با سطح هوشی متوسط یا بالاتر از متوسط همراه می‌شوند (۱). افراد با اختلال یادگیری ممکن است در یک یا چند حوزه از قبیل خواندن (دیسلکسی)، نوشتن (دیسگرافی)، ریاضیات (دیسکالکولی) و سایر مهارت‌های شناختی مانند توجه، حافظه کاری و سازماندهی با چالش مواجه شوند. این مشکلات می‌توانند بر عملکرد تحصیلی، شغلی و روابط اجتماعی آنها تأثیر منفی بگذارند (۲). پژوهشگران نشان داده‌اند که میزان اختلال یادگیری در بین دانش‌آموزان ۶۱/۴۹ درصد و میزان اختلال خواندن، نوشتن و ریاضی به ترتیب ۶/۵۷، ۱۵/۱۲ و ۹/۹۳ درصد است (۳). در ایران نیز میزان شیوع اختلال یادگیری بین ۶/۲۲ تا ۳۱ درصد گزارش شده است (۴).

تکانشگری یکی از مشکلات رفتاری شایع در میان دانش‌آموزان با اختلال یادگیری است. این پدیده به عدم توانایی در گواه تکانه‌ها و رفتارهای ناگهانی و بدون تفکر اشاره دارد (۵). دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ممکن است به دلیل مشکلات شناختی و پردازش اطلاعات، دشواری در گواه رفتارهای تکانشی داشته باشند. تکانشگری می‌تواند در زمینه‌های مختلفی مانند پاسخگویی سریع بدون تفکر، دشواری در صبر کردن یا نوبت گرفتن، رفتارهای پرخطر و بی‌ملاحظه، و تحریک‌پذیری بیش از حد نمود پیدا کند (۶). در محیط آموزشی، این رفتارها می‌توانند باعث مزاحمت برای سایر دانش‌آموزان، مشکلات تمرکز و عدم پیشرفت تحصیلی شوند. عوامل متعددی، از جمله مشکلات عصب‌شناختی، کارکردهای اجرایی ضعیف، مسائل خانوادگی و محیطی می‌توانند در بروز تکانشگری در دانش‌آموزان با اختلالات یادگیری نقش داشته باشند (۷).

شایستگی اجتماعی به توانایی برقراری ارتباط مؤثر با دیگران، درک هنجارهای اجتماعی و رفتار مناسب در موقعیت‌های مختلف اشاره دارد. این مهارت برای دانش‌آموزان با اختلال یادگیری اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا آنها اغلب با چالش‌هایی در این زمینه روبه‌رو هستند (۱). دانش‌آموزان با اختلالات یادگیری ممکن است در درک پیام‌های غیرکلامی، تعبیر و تفسیر صحیح

احساسات و هیجانات دیگران، برقراری ارتباط چشمی، و حفظ گفتگوی دوطرفه دچار مشکل شوند (۸). این موارد می‌تواند منجر به سوءتفاهم، انزوای اجتماعی، و مشکلات روابط با همسالان گردد. علاوه بر این، دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ممکن است در گواه رفتارهای خود، مدیریت هیجانات، و پیروی از قواعد اجتماعی دچار مشکل شوند. این امر می‌تواند باعث رفتارهای نامناسب، مشکلات انضباطی، و پیامدهای منفی در روابط با همسالان و معلمان شود (۹).

همدلی، توانایی درک و احساس کردن احساسات، افکار و تجربیات دیگران است. این مهارت برای دانش‌آموزان با اختلال یادگیری اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا آنها اغلب با چالش‌هایی در این زمینه مواجه هستند (۱). دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ممکن است در تشخیص و درک حالات چهره، لحن صدا و زبان بدن دیگران دچار مشکل شوند. این امر می‌تواند منجر به سوءتفاهم در تعامل با دیگران و دشواری در برقراری ارتباط مؤثر گردد. علاوه بر این، آنها ممکن است در پیش‌بینی احساسات و واکنش‌های احتمالی دیگران در موقعیت‌های مختلف با چالش روبه‌رو شوند (۱۰). کمبود همدلی در دانش‌آموزان اختلال یادگیری می‌تواند منجر به مشکلات در روابط اجتماعی، انزوای اجتماعی و حتی قربانی شدن در محیط‌های آموزشی شود. این امر می‌تواند تأثیر منفی بر عملکرد تحصیلی و رشد اجتماعی-هیجانی آنها داشته باشد (۱۱).

یکی از درمان‌هایی که می‌تواند به کودکان با اختلال یادگیری کمک کند، بازی درمانی است. بازی درمانی به شیوه شناختی رفتاری، رویکردی درمانی است که از بازی به عنوان ابزاری برای کمک به کودکان در شناسایی و تغییر افکار و رفتارهای نامناسب استفاده می‌کند. این روش براساس نظریه‌های شناختی رفتاری استوار است و هدف آن آموزش مهارت‌های جدید و تقویت رفتارهای سازگارانه در کودکان می‌باشد (۱۲). در این رویکرد، درمانگر از طریق بازی با کودک ارتباط برقرار می‌کند و فرصتی را برای مشاهده و شناسایی الگوهای تفکر و رفتار نامطلوب فراهم می‌آورد. سپس با استفاده از تکنیک‌های شناختی رفتاری مانند آموزش حل مسئله، تقویت مثبت، مدل‌سازی و بازخورد، به کودک کمک می‌کند تا افکار و رفتارهای سازگارانه‌تری را جایگزین کند (۱۳). بازی درمانی شناختی رفتاری می‌تواند برای درمان مشکلات رفتاری، اضطراب، افسردگی، مشکلات تمرکز و سایر مسائل روان‌شناختی در کودکان مورد استفاده قرار گیرد.

این رویکرد با ایجاد محیطی امن و لذت بخش برای کودکان، فرصت‌های یادگیری مهارت‌های جدید را فراهم می‌کند (۱۴). بازی درمانی به شیوه شناختی رفتاری می‌تواند در کاهش تکانشگری، بهبود شایستگی اجتماعی و افزایش همدلی در کودکان با ناتوانی یادگیری مؤثر باشد. این رویکرد با استفاده از تکنیک‌های شناختی رفتاری در قالب بازی، به کودکان کمک می‌کند تا الگوهای تفکر و رفتار نامناسب خود را شناسایی و تغییر دهند. در زمینه کاهش تکانشگری، بازی درمانی شناختی رفتاری از طریق آموزش مهارت‌های خودگواهی، توجه و تمرکز، حل مسئله و مدیریت هیجانات، به کودکان کمک می‌کند تا بر رفتارهای تکانشی خود گواه بیشتری داشته باشند (۱۵). در ارتباط با شایستگی اجتماعی، این رویکرد با ایجاد موقعیت‌های بازی گروهی و تعاملی، فرصت‌هایی را برای کودکان فراهم می‌کند تا مهارت‌های ارتباطی، درک هنجارهای اجتماعی و رفتارهای مناسب در موقعیت‌های مختلف را تمرین کنند (۱۰). در زمینه همدلی، بازی درمانی شناختی رفتاری از طریق تمرین‌های مربوط به شناسایی و درک احساسات دیگران، گوش دادن فعال و دیدگاه‌گیری، به کودکان کمک می‌کند تا توانایی همدلی خود را افزایش دهند (۱). مطالعات نشان داده‌اند که بازی درمانی شناختی رفتاری می‌تواند باعث کاهش معنادار تکانشگری، افزایش مهارت‌های اجتماعی و بهبود همدلی در کودکان با ناتوانی یادگیری شود (۱۶).

نوع دیگر از بازی درمانی که می‌تواند به دانش‌آموزان با اختلال یادگیری کمک کند، بازی درمانی به شیوه فیلپال تراپی می‌باشد. فیلپال تراپی یک رویکرد بازی درمانی است که در آن والدین آموزش می‌بینند تا از طریق بازی درمانگرانه با فرزندانشان ارتباط برقرار کنند. این روش بر پایه این باور استوار است که والدین نقش مهمی در رشد و تکامل فرزندانشان دارند (۲). در فیلپال تراپی، والدین تحت نظارت یک درمانگر آموزش دیده، مهارت‌های خاصی را فرا می‌گیرند تا محیطی امن و بدون قضاوت برای بازی با فرزندانشان ایجاد کنند. آنها می‌آموزند که چگونه به طور مؤثر گوش دهند، احساسات فرزندانشان را درک کنند و از طریق بازی با آنها ارتباط برقرار کنند (۱۷). هدف اصلی این رویکرد، تقویت روابط والد-فرزندی و ایجاد یک پیوند عاطفی قوی بین آنهاست. از طریق بازی و تعامل، فرزندان می‌آموزند احساسات خود را به شکلی سازگارانه بیان کنند و والدین نیز می‌آموزند که چگونه به فرزندانشان پاسخ مناسب بدهند (۱۸). فیلپال تراپی می‌تواند برای درمان مشکلات

رفتاری، اضطراب، افسردگی و سایر مسائل روان‌شناختی در کودکان مفید باشد. این رویکرد همچنین می‌تواند به بهبود روابط خانوادگی و افزایش احساس امنیت و اعتماد در کودکان کمک کند (۱۷). فیلپال تراپی یک رویکرد بازی درمانی است که می‌تواند در کاهش تکانشگری، بهبود شایستگی اجتماعی و افزایش همدلی در کودکان با ناتوانی یادگیری مؤثر باشد. این روش با درگیر کردن والدین در فرایند درمانی و آموزش آنها برای برقراری ارتباط مؤثر با فرزندانشان از طریق بازی، می‌تواند تأثیرات مثبتی بر رشد و تکامل کودکان داشته باشد. در زمینه کاهش تکانشگری، فیلپال تراپی با ایجاد محیطی امن و بدون قضاوت برای بازی، به کودکان کمک می‌کند تا احساسات و رفتارهای خود را به شکلی سازگارانه بیان کنند. والدین نیز می‌آموزند که چگونه به فرزندانشان گوش دهند و پاسخ‌های مناسب ارائه کنند که این امر می‌تواند به کاهش رفتارهای تکانشی کودکان کمک کند (۱۹). در ارتباط با شایستگی اجتماعی، فیلپال تراپی با تقویت روابط والد-فرزندی و ایجاد یک پیوند عاطفی قوی به کودکان کمک می‌کند تا مهارت‌های ارتباطی، درک هنجارهای اجتماعی و رفتارهای مناسب در موقعیت‌های مختلف را بهتر یاد بگیرند (۱۷). در زمینه همدلی، فیلپال تراپی با آموزش والدین برای درک احساسات فرزندانشان و پاسخگویی مناسب به آنها، می‌تواند به افزایش توانایی همدلی در کودکان کمک کند. همچنین، تعامل و بازی با والدین، فرصت‌هایی را برای کودکان فراهم می‌سازد تا دیدگاه دیگران را درک کنند و احساسات خود را بهتر بیان کنند (۲۰). کردیچه و همکاران (۱۸) نشان داده‌اند که آموزش بازی درمانی فیلپال مدیریت هیجان، شایستگی اجتماعی و مشکلات رفتاری کودکان را بهبود بخشد. بنابراین، برنامه‌ریزی به منظور استفاده از آموزش بازی درمانی فیلپال برای کودکان با اختلال یادگیری اهمیت ویژه‌ای دارد. مطالعات نشان داده‌اند که فیلپال تراپی می‌تواند باعث کاهش رفتارهای تکانشی، افزایش مهارت‌های اجتماعی و بهبود همدلی در کودکان با ناتوانی یادگیری شود (۱۷ و ۱۹).

این پژوهش با مقایسه اثربخشی ۲ رویکرد بازی درمانی شناختی رفتاری و فیلپال تراپی بر کاهش تکانشگری، بهبود شایستگی اجتماعی و افزایش همدلی در کودکان با ناتوانی یادگیری، می‌تواند کمک شایانی به پر کردن شکاف‌های موجود در ادبیات پژوهشی این حوزه داشته باشد. ارائه شواهد تجربی در مورد اثربخشی این ۲ رویکرد درمانی برای کودکان با ناتوانی یادگیری است. اگرچه مطالعات پیشین نشان داده‌اند که

سال)، هوش متوسط به بالا (۹۰ تا ۱۱۰)، عدم ابتلا به اختلال‌های روان‌شناختی دیگر، عدم ابتلا به اختلال‌های دیگر مانند نقص بینایی، شنوایی و حرکتی عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی و دارویی در طی ۲ ماه اخیر بود. ملاک‌های خروج نیز شامل: عدم حضور در جلسات بیش از ۲ جلسه، امتناع والدین و یا دانش‌آموز از حضور در جلسات، مخدوش بودن پرسشنامه‌ها یا عدم تمایل به تکمیل آنها بود. پژوهشگر به شرکت‌کنندگان در گروه گواه متعهد شد جهت رعایت اصل اخلاقی عدالت پژوهشی، پس از پایان جلسات مداخلات در مورد افراد متقاضی نیز اجرا شود. گروه اول طی ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و هفته‌ای ۱ جلسه تحت آموزش شناختی رفتاری و گروه دوم طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک بار جلسه فیلپال تراپی قرار گرفتند. در این مدت گروه گواه در لیست انتظار قرار داده شد. پس از اتمام جلسات پس‌آزمون و پس از ۳ ماه از آخرین جلسه مرحله پیگیری انجام شد. در نهایت، داده‌ها به روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

ابزار گردآوری داده‌ها مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه‌های استاندارد بود. این پرسشنامه‌ها عبارت بودند از:

پرسشنامه مقیاس تکانشگری بارات (Barratt)

این پرسشنامه توسط بارات (۱۸)، ساخته شده است. بارات در نسخه یازدهم پرسشنامه BIS-11 تکانشگری را بر پایه ۳ محور ذیل توضیح می‌دهد: ۱. خود حرکتی به مفهوم عمل کردن بدون فکر، ۲. برنامه‌ریزی با دقت و یا توجه به جزئیات و ۳. ثبات سازگاری به معنای توانایی آینده‌نگری فرد. این مقیاس به کمک ۳۰ پرسش، سه عامل تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی‌برنامه‌گی را ارزیابی می‌کند. گزینه‌ها با مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. بندرت/ هرگز (امتیاز ۱) و تقریباً / همیشه (امتیاز ۴). این مقیاس، ۱۰ پرسش منفی دارد که به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. پایایی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل آزمون، ۰/۸۳ و برای زیر مقیاس‌های حرکتی، بی‌توجهی و بی‌برنامه‌گی به ترتیب عبارت از: ۰/۷۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۳.

این روش‌ها می‌توانند در درمان مشکلات رفتاری و اجتماعی کودکان مؤثر باشند، اما شواهد کمی در مورد کاربرد آنها برای جمعیت خاص کودکان با ناتوانی یادگیری وجود دارد. مقایسه مستقیم اثربخشی ۲ رویکرد بازی درمانی شناختی رفتاری و فیلپال تراپی است. تاکنون مطالعات محدودی به بررسی تفاوت‌های این ۲ روش در درمان مشکلات رفتاری و اجتماعی کودکان پرداخته‌اند (۱۴). این پژوهش می‌تواند دیدگاه جدیدی را در مورد برتری نسبی هر یک از این رویکردها برای کودکان با ناتوانی یادگیری ارائه دهد. بررسی همزمان تأثیر این رویکردها بر ۳ متغیر تکانشگری، شایستگی اجتماعی و همدلی است. مطالعات پیشین عمدتاً بر ۱ یا ۲ متغیر تمرکز داشته‌اند، در حالی که این پژوهش می‌تواند تصویر جامع‌تری از تأثیرات این روش‌ها بر ابعاد مختلف رفتاری و اجتماعی کودکان با ناتوانی یادگیری ارائه دهد. در نهایت، یافته‌های این پژوهش می‌تواند راهنمایی‌های عملی برای درمانگران، معلمان و والدین کودکان با ناتوانی یادگیری فراهم کند تا بتوانند رویکرد مناسب‌تری را برای درمان مشکلات رفتاری و اجتماعی این کودکان انتخاب کنند. این امر می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و پیشرفت تحصیلی و اجتماعی این کودکان کمک شایانی کند.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه با دوره پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان ۷ تا ۹ سال (پایه‌های اول و سوم ابتدایی) با اختلال یادگیری مراجعه‌کننده به مراکز اختلال یادگیری واقع در شهرستان تکاب و چالوس (۷۸ دانش‌آموز) در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بودند. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار Power*G به دست آمد، ۴۵ کودک که تشخیص اولیه‌ی اختلال یادگیری خاص توسط روان‌شناس مرکز اختلال یادگیری گرفته بودند و برای اطمینان بیشتر از آنها مصاحبه بالینی گرفته شده بود، به صورت در دسترس براساس ملاک‌های ورود انتخاب و به صورت تصادفی در ۳ گروه آزمایشی اول (بازی درمانی شناختی رفتاری)، آزمایشی دوم (فیلپال تراپی) و گروه گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: رضایت‌نامه کتبی والدین مبنی بر حضور دانش‌آموز در پژوهش، علاقه دانش‌آموز در حضور در جلسات، حضور در پایه تحصیلی دوم و سوم، تأیید متخصص مرکز مبنی بر اختلال یادگیری دانش‌آموز (۷ تا ۹

است. در ایران اختیاری و همکاران (۱۹) ضریب آلفای ۰/۷۸ را برای تکانشگری توجهی، ۰/۶۳ را برای تکانشگری حرکتی و ۰/۴۷ را برای تکانشگری بی برنامه‌گی و ۰/۸۳ را برای کل آزمون گزارش کردند. نتایج نشان داده است که این مقیاس با پرسشنامه‌های خودسنجی تکانشگری مانند مقیاس هیجان طلبی زاکرمن، مقیاس تکانشگری آیزنک و مقیاس بازداری و فعال‌سازی رفتاری، همبستگی خوبی دارد. همچنین پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۹ به دست آمد.

مقایسه شایستگی اجتماعی کودکان (CSCS)

این مقیاس توسط کوهن و رسمن (۲۰) و موراج (۲۱) برای دانش‌آموزان دبستانی هنجاریابی شده است و گزینه‌های آن ۴۴ پرسش می‌باشد. مقیاس شایستگی اجتماعی سطح کارکردهای هیجانی-اجتماعی کودک را ارزیابی می‌کند و ۲ عامل همکاری-تسلیم در مقابل خشم-مخالفت و تمایل-مشارکت در مقابل سردی-کناره‌گیری را ارزیابی می‌کند. روش نمره‌گذاری مقیاس شایستگی اجتماعی به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای از (همیشه=۵ تا هرگز=۱) می‌باشد. به این دلیل که هر پرسش ۲ قطب مقابل هم را ارزیابی می‌کند، بعضی پرسش‌ها ارزش مثبت و بعضی دیگر ارزش منفی دارند. کمترین و بیشترین نمره برای عامل همکاری-تسلیم (پرسش‌های ۱۱، ۱۸، ۳۱، ۳۸، ۴۰) در مقابل خشم-مخالفت (پرسش‌های ۲، ۶، ۸، ۱۳، ۱۶، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۲۶، ۲۷، ۲۹، ۳۲، ۳۴، ۳۵، ۳۹، ۴۱، ۴۲، ۴۴)، ۸۵- و ۷+ می‌شود و برای عامل تمایل-همکاری (پرسش‌های ۱، ۳، ۵، ۷، ۹، ۱۲، ۱۵، ۱۹، ۲۳، ۳۳، ۳۶، ۴۳) در مقابل سردی-کناره‌گیری (پرسش‌های ۴، ۱۰، ۱۴، ۱۷، ۲۱، ۲۵، ۲۸، ۳۰، ۳۷، ۳۳- و ۵۱+ می‌شود. کوهن (۲۰ و ۲۱) جهت تعیین روایی مقیاس از روش روایی ملاکی با استفاده از مقیاس کلاس درس اسچفر استفاده کرد که همبستگی آن با خرده‌مقیاس همکاری-تسلیم در مقابل خشم-مخالفت ۰/۸۰ و برای خرده‌مقیاس تمایل-مشارکت در مقابل سردی-کناره‌گیری ۰/۸۳ به دست آمده است (۲۱). همچنین، موراج (۱۹۷۵) روایی مقیاس مذکور را با استفاده از روش همزمان با ضرایب همبستگی ۰/۷۴ و ۰/۷۱ برای خرده‌مقیاس اول و ۰/۷۶ و ۰/۷۷ برای خرده‌مقیاس دوم گزارش نمود. کوهن (۲۰) پایایی عامل تمایل-مشارکت در مقابل سردی-کناره‌گیری را ۰/۹۳ و پایایی عامل همکاری-تسلیم در مقابل خشم-مخالفت را ۰/۹۵

پرسشنامه استاندارد همدلی-کودک و نوجوان (EmQue-CA)

پرسشنامه همدلی کودک و نوجوان به منظور همدلی کودک و نوجوان طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه در ایران توسط خسروی لاریجانی و همکاران (۲۳) اعتباریابی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۷ پرسش و ۴ مؤلفه همدلی انگیزه اجتماعی، همدلی شناختی و همدلی عاطفی جهت‌گیری دوستان و همدلی مؤثر جهت‌گیری خانواده می‌باشد و براساس طیف لیکرت (صحیح نیست نمره صفر، گاهی اوقات صحیح است نمره ۱، بیشتر اوقات صحیح است نمره ۲) به سنجش همدلی کودک و نوجوان می‌پردازد. همدلی انگیزه اجتماعی (۳، ۶، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۵، ۱۷)، همدلی شناختی (۱۱، ۱۴، ۸، ۲)، همدلی عاطفی جهت‌گیری دوستان (۷، ۱۳، ۱۸)، همدلی مؤثر جهت‌گیری خانواده (۱، ۴، ۱۶) می‌باشد. برای محاسبه امتیاز هر زیرمقیاس، نمره تک‌تک گویه‌های مربوط به آن زیرمقیاس با هم جمع می‌شود و برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه گویه‌های پرسشنامه با هم جمع می‌شود. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین صفر تا ۳۴ خواهد بود. هرچه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان بیشتر همدلی عاطفی خواهد بود و بالعکس. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش خسروی لاریجانی و همکاران (۲۳) برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شد. همچنین پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۷ به دست آمد.

مداخله بازی‌درمانی شناختی رفتاری یک دوره درمانی ۸ جلسه‌ای و ۶۰ دقیقه‌ای و یک‌بار در هفته می‌باشد که بر اساس پروتکل بازی‌درمانی شناختی رفتاری عبدخدائی و صادقی اردوبادی (۲۴) استفاده شد.

جدول ۱) بازی درمانی براساس مدل شناختی-رفتاری

قبل از شروع جلسات گروهی کودکان یک جلسه به صورت انفرادی به اتاق بازی درمانی هدایت شدند که هدف کاهش حساسیت آنان به اتاق بازی درمانی و آشنایی با آن بود. از طرفی نیز با درمانگر ارتباط بهتری برقرار کنند تا در نتیجه به یک احساس آرامش و امنیت برای مشارکت بهتر در جلسات درمانی برسند. در شروع جلسه یکم اعضای گروه به یکدیگر معرفی شدند (در این جلسه تطابق کودکان با محیط و یکدیگر مد نظر بود) همچنین برای ایجاد رابطه‌ی دوستی و احساس امنیت هر بازی که کودکان پیشنهاد می‌دادند انجام شد؛ در این جلسه درمانگر برای ارتباط بهتر بین کودکان نقش میانجی داشت.	جلسه یکم رابطه درمانی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر
در ابتدا به منظور آمادگی کودکان برای شرکت در بازی‌های گروهی از بازی مینی بسکتبال استفاده شد که هدف از انجام این بازی ایجاد شور و نشاط و تهییج کودکان برای بازی‌های بعدی بود. (انجام بازی‌های گروهی مانند مینی بسکتبال برای به وجود آمدن همکاری و ارتباطات اجتماعی در گروه کودکان مناسب است) بازی طراحی با نخ برای کودکانی که حرمت خود کمی دارند یا ترس از انتقاد دارند مانند کودکان اضطرابی به صورت گروهی به کار می‌رود. در این بازی طرح درست یا غلط وجود ندارد و هر آنچه که کودکی به ذهنش می‌رسد، می‌تواند ارائه دهد.	جلسه دوم استفاده از بازی مینی بسکتبال
هدف اصلی استفاده از حیوانات اسباب بازی، ترغیب کودک به صحبت در مورد روابط با افراد دیگر است همچنین این اسباب بازی‌ها به کودک کمک می‌کند تا رفتارهای پسندیده اجتماعی را بیاموزد. همچنین کشف نگرانی‌های کودک از روابطش در آینده، کشف ترس از روابط با دیگران، کشف مشکلات احتمالی از روابطش در آینده، کشف منابع اصلی خشم کودک، کشف علل کمرویی یا کناره‌گیری از روابط با دیگران و نهایتاً کشف مواردی که وی را از مسیر تحولی بهنجار دور کرده است. در انتهای این جلسه از کودکان خواسته شد که نمایشی را برای جلسه‌ی آینده مابین حیوانات طراحی کرده و به اتاق بازی درمانی بیاورند.	جلسه سوم استفاده از حیوانات اسباب بازی
در این جلسه مروری بر بازی با حیوانات اسباب بازی در جلسه قبل و اجرای نمایش‌هایی که کودکان در جلسه قبل مایل به انجام آن بودند؛ صورت گرفت. نمایش عروسکی؛ نمایش توانمندی از بازی است که فرد را به آسانی با امکانات و آمیزه‌های مختلف سازگار می‌کند. نمایش عروسکی برای مواجه کردن کودکان با پرخاشگری و کمرویی روان‌شناختی نیز مؤثر است. آنچه که عروسک‌ها درباره رویارویی با پرخاشگری و تکانشگری و مقابله با کمرویی آموزش می‌دهند، نهایتاً پرخاشگری، تکانشگری و کمرویی کودک را به سطح قابل مهار کاهش می‌دهد.	جلسه چهارم مرور بازی با حیوانات اسباب بازی و اجرای نمایش توسط کودکان
مشارکت دادن و نظرخواهی از کودکان درباره بازی‌های نمایشی کودکان دیگر (تکرار برخی کلمه‌ها یا رفتارهای هر یک از شخصیت‌های نمایش توسط کودک نمایش‌دهنده، بحث در مورد آهنگ و حالت‌های هر یک از شخصیت‌ها توسط اعضای گروه و نیز بحث و گفت‌وگو در مورد کنش هر یک از شخصیت‌های نمایش و نیز پیامد آن توسط اعضای گروه). هدف این بود که کودکان با ماجراهای متفاوت آشنا شده و راه حل‌های آنها را بیاموزند که در صورت پیش آمدن مشکلی دیگر با شدت کمتری دچار اضطراب و هراس اجتماعی شوند. اجرای نمایش با عروسک‌ها و حیوانات اسباب بازی سبب بهبود مهارت‌های حل مسئله و تصمیم‌گیری، قوی شدن از طریق نمایش جسمانی می‌شود که در این حالت هیجان‌های غیرقابل پذیرش می‌توانند بدون احساس ترس از مورد سرزنش قرار گرفتن بیان شوند.	جلسه پنجم بازخود از کودکان درباره بازی‌های نمایشی کودکان
خمیر بازی وسیله‌ی ارزشمندی در بازی با کودکان است. خمیر بازی راه‌های جدید برای بیان کودک ایجاد می‌کند. در استفاده از خمیر بازی کودکان احساسات و ترس‌های خود را از طریق مجسمه‌ها بیان کرده، اعضای گروه راهکارهایی برای وی ارائه می‌دهند و از این روش مشکلات خود را حل می‌کنند. ویژگی بازی گونه و آشنای خمیرهای رنگی باعث سرگرمی کودک می‌شود. در عین آنکه همزمان نیروهای دفاعی وی را کاهش می‌دهد، شکل‌پذیری و خاصیت تغییرپذیری خمیر، توانایی کودک در بازی با آن و شکل دادن به موضوعات مهم و در عین حال نظارت بر آن را تسهیل می‌کند. خمیر همان‌طور که تغییر شکل می‌دهد به عنوان یک استعاره برای تغییر دادن، مفید است.	جلسه ششم خمیر بازی

بازی سفر خیالی بیشترین اهمیت این سفرهای خیالی این است که کودک تشویق می شود تا داستان خود را بگوید، نگاهی به درون خود و رفتار دیگران داشته باشد و دلیل احتمالی بعضی حوادث گذشته را دریابد. استفاده از بازی خیالی برای کمک به کودک در ابراز ترس ها، آرزوها و ایده ها به صورت کلامی و غیرکلامی مناسب است. بعضی از اهداف بازی سفر خیالی عبارت اند از اینکه کودک احساس کند که نقش فعال و مؤثری در حوادث زندگی داشته است، کودک قادر شود رفتارهای مناسب تر را که پیامدهای بهتری دارد بشناسد و تجربه کند و قادر شود بر رفتار خود و دیگران بصیرت پیدا کند. در این جلسه به آنها کمک می شود تا بتوانند جلسات درمانی را ترک کرده و آموخته های خود را به محیط بیرون تعمیم دهند.	جلسه هفتم بازی سفر خیالی
در این جلسه علاوه بر مرور بازی سفر خیالی به کودکان کمک شد تا راهکارهایی برای حل مشکلات پیش آمده در جریان یک سفر خیالی ارایه دهند و نظرات دیگر کودکان را نیز بشنوند درحالی که آن را به معنی بی ارزش بودن نظر خود نپندارند. این جلسه انتهای مداخله ی آموزشی نیز بود.	جلسه هشتم مرور بازی سفر خیالی و جمع بندی جلسات درمانی

مداخله بازی درمانی فیلپال یک دوره درمانی ۱۰ جلسه ای و ۹۰ دقیقه ای و ۱ بار در هفته می باشد که براساس پروتکل بازی درمانی فیلپال که به وسیله براتون و همکاران (۲۵) طراحی شده است (نقل از آریا پوران و گرجی چالساری، ۲۶) در پژوهش حاضر اجرا و به کار برده شد.

جدول ۲) ساختار جلسات در برنامه فیلپال تراپی (براتون و همکاران، ۲۵)

جلسه	هدف	محتوا
یکم	پیدایش حساسیت درباره فرزندان و دادن پاسخ های همدلانه به آنها	پژوهشگر به معرفی ۴ احساس اصلی (شادی، خشم، ترس و غم) پرداخت و نحوه پاسخگویی به احساسات کودک را به والدین آموزش داد.
دوم	آگاهی والدین از روند اجرای جلسات با اصول بازی	پژوهشگر در رابطه با اهمیت بازی و تأثیر آن بر رابطه والد - فرزند توضیحاتی ارائه داد، چهار اصل اساسی بازی (کودک محور بودن بازی، حساسیت نسبت به حالات کودک، ارائه واکنش همدلانه، اعمال محدودیت های منطقی) را بیان کرد و فهرستی از آنچه والدین برای جلسات نیاز دارند، ارائه کرد. این فهرست شامل اسباب بازی های مشابه زندگی واقعی، اسباب بازی های مربوط به برون ریزی هیجانی و اسباب بازی های بهبود خلاقیت بود.
سوم	آشنایی والدین با باید ها و نبایدهای جلسات و مقررات در قبل و حین بعد از بازی	پژوهشگر باید ها و نبایدهای بازی را توضیح داد و نحوه ی هدایت جلسات را به والدین آموزش داد. از جمله نکات مهم در این جلسه، تأکید بر کودک محور بودن بازی بود. به این صورت که والدین می بایست از هر ۳ نوع اسباب بازی که پیشتر معرفی شدند، نمونه هایی در اختیار کودک قرار دهند تا کودک، هر طور که دوست دارد، با آنها بازی کند. حین بازی، وظیفه والدین همراهی کودک در بازی و عمل کردن مطابق نظر او است.
چهارم	آشنایی با نحوه ی صحیح برخورد با رفتارهای اشتباه کودک	در آغاز این جلسه دروس جلسات قبل مرور شد، فیلم ها و گزارش های تهیه شده از فعالیت والدین بررسی و نقد و ارزیابی شد. سپس، در مورد چرایی و چگونگی اعمال حد و مرز در بازی با کودکان گفت و گو شد.

جلسه	هدف	محتوا
پنجم	آشنایی با نحوه‌ی صحیح صحبت کردن با کودک و اهمیت شناخت احساسات خود	در آغاز این جلسه دروس جلسات قبل مرور شد، فیلم‌ها و گزارش‌های تهیه شده از فعالیت والدین بررسی و نقد و ارزیابی شد. سپس، در رابطه با چرایی اهمیت شناخت احساسات خود، برای والدین توضیحاتی داده شد و شیوه صحیح گفت‌وگو با کودک در موقعیت‌های چالش برانگیز به آنها آموزش داده است.
ششم	آگاهی والدین از اهمیت دادن حق انتخاب به کودک و نحوه انجام این کار	در آغاز این جلسه دروس جلسات قبل مرور شد، فیلم‌ها و گزارش‌های تهیه شده از فعالیت والدین بررسی و نقد و ارزیابی شد. سپس آموزش‌هایی در رابطه با شیوه دادن حق انتخاب به کودک، به‌عنوان روش مکمل محدودیت‌گذاری و ضرورت این امر در کاهش مشکلات رفتاری ارائه شد.
هفتم	آگاهی والدین از ضرورت برخورداری از اعتماد به نفس و نحوه بهبود آن در طی بازی با کودک	در آغاز این جلسه دروس جلسات قبل مرور شد، فیلم‌ها و گزارش‌های تهیه شده از فعالیت والدین بررسی و نقد و ارزیابی شد. سپس شیوه‌های بهبود اعتماد به نفس کودک از طریق واکنش‌دهی صحیح آموزش داده شد.
هشتم	آگاهی والدین از تفاوت میان تحسین کردن و ترغیب کردن و نحوه‌ی درست اعمال آنها	در آغاز این جلسه دروس جلسات قبل مرور شد، فیلم‌ها و گزارش‌های تهیه شده از فعالیت والدین بررسی و نقد و ارزیابی شد. سپس شیوه ترغیب کردن تلاش کودک به جای تحسین نتیجه کار آموزش داده شد.
نهم	آشنایی با حالت پیشرفته اعمال محدودیت	در آغاز این جلسه دروس جلسات قبل مرور شد، فیلم‌ها و گزارش‌های تهیه شده از فعالیت والدین بررسی و نقد و ارزیابی شد. سپس شیوه‌ی محدودیت‌گذاری در سطح پیشرفته آموزش داده شد.
دهم	مرور و تمرین مهارت‌های آموخته شده	در آغاز این جلسه دروس جلسات قبل مرور شد، فیلم‌ها و گزارش‌های تهیه شده از فعالیت والدین بررسی و نقد و ارزیابی شد. سپس کلیه مهارت‌های آموزش داده شده، مرور و روابط او با والدین تأکید شد و پژوهشگر والدین را تشویق کرد به جلسات ادامه دهند.

روش اجرا

برای انجام پژوهش پس از کسب مجوزهای لازم از اداره آموزش و پرورش استثنایی شهر تنکابن هماهنگی‌های لازم انجام شد و آموزش پرورش استثنایی شهر تنکابن مرکز آموزش اختلال یادگیری را معرفی نمود و به صورت هدفمند انتخاب شد. پژوهشگر بعد از انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولان مرکز و کسب رضایت والدین و تمایل دانش‌آموزان، پرسشنامه‌های تکانشگری، شایستگی اجتماعی و همدلی را

در مورد ۶۱ کودک اجرا کردند و ۴۹ کودک از این گروه که نمره کمتر از خط برش را کسب کرده بودند را مشخص کردند و در انتها به دلیل ریزش آزمودنی‌ها، ۴۵ نفر از دانش‌آموزان مشخص و به صورت تصادفی در ۳ گروه (۲ گروه آزمایشی و یک گروه گواه) جایگزین شدند. با مشخص شدن اعضای نمونه و هماهنگی با مسئولان ذیربط، طبق برنامه‌ریزی قبلی و برقراری ارتباط و کاهش حساسیت آزمودنی‌ها راجع به پرسشنامه‌ها و انجام مداخلات و دلایل

یافته ها

در پژوهش حاضر، ۵۳/۳۳ درصد دانش آموزان مورد بررسی در گروه شناختی رفتاری دختر و ۴۶/۶۷ درصد پسر بودند. ۶۶/۷ درصد دانش آموزان مورد بررسی در گروه فیلپال تراپی دختر و ۳۳/۳ درصد پسر بودند. همچنین ۶۰ درصد دانش آموزان مورد بررسی در گروه گواه دختر و ۴۰ درصد آنها پسر بودند. جدول (۱) میانگین، انحراف استاندارد تکانشگری، شایستگی اجتماعی و همدلی را نشان می دهد. در جدول (۳) مقادیر شاخص های توصیفی متغیرهای پرسشنامه تکانشگری، شایستگی اجتماعی و همدلی آمده است.

انتخاب آنها در نمونه، توضیحات لازم از سوی پژوهشگر ارائه شد و پس از آزمون اجرا شد. سپس یک گروه آزمایشی در معرض متغیر مستقل بازی درمانی شناختی رفتاری (۱۵ نفر) و یک گروه آزمایشی در معرض متغیر مستقل بازی درمانی فیلپال (۱۵ نفر) قرار گرفتند و هیچ مداخله درمانی در مورد گروه گواه (۱۵ نفر) اعمال نشد. سپس پس از آزمون اثربخشی مداخلات انجام شده بر تکانشگری، شایستگی اجتماعی و همدلی افراد با اجرای مجدد پرسشنامه ها مورد بررسی قرار گرفت. در مرحله پیگیری که ۲ ماه پس از اتمام مداخله درمانی صورت گرفت، میزان ماندگاری اثر آموزش در گروه ها مشخص شد.

جدول (۳) مقادیر شاخص های توصیفی متغیرهای پرسشنامه تکانشگری، شایستگی اجتماعی و همدلی

متغیر	شاخص های توصیفی	شناختی رفتاری			فیلپال تراپی			گواه	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پیگیری
شناختی	میانگین	۲۷/۴۷	۲۰/۱۳	۲۰	۲۷/۷۳	۲۳/۳۳	۲۳/۳۳	۲۷/۶۰	۲۸
	انحراف معیار	۱/۹۵۹	۱/۶۴۲	۱/۴۶۴	۱/۷۱۰	۱/۱۱۳	۱/۲۹۱	۱/۶۳۹	۱/۳۶۳
حرکتی	میانگین	۲۷/۷۳	۱۸/۶۰	۱۹/۰۷	۲۷/۴۰	۲۳	۲۳/۳۳	۲۷/۳۳	۲۷/۱۳
	انحراف معیار	۱/۷۹۲	۱/۳۵۲	۱/۵۳۴	۱/۵۰۲	۱/۳۶۳	۱/۷۱۸	۱/۹۵۲	۱/۵۹۸
بی برنامه گی	میانگین	۲۷/۶۷	۱۹/۶۷	۱۹/۹۳	۲۷/۷۳	۲۳	۲۳/۴۰	۲۷/۲۷	۲۷/۰۷
	انحراف معیار	۱/۵۸۹	۱/۳۴۵	۱/۱۶۳	۱/۴۸۶	۱/۵۵۸	۱/۵۴۹	۱/۹۸۱	۱/۶۳۹
تکانشگری	میانگین	۸۲/۸۷	۵۸/۴۰	۵۹	۸۲/۸۷	۶۹/۳۳	۷۰/۰۷	۸۲/۲۰	۸۲/۷۳
	انحراف معیار	۲/۸۰۰	۲/۳۲۴	۲/۳۹۰	۲/۱۶۷	۲/۲۵۷	۲/۷۱۲	۳/۰۵۲	۲/۵۴۹
همکاری-مخالفت	میانگین	-۱۳/۸۰	-۰/۸۷	-۰/۵۳	-۱۵/۶۰	-۶/۱۳	-۶/۶۷	-۱۵/۴۷	-۱۵/۳۳
	انحراف معیار	۲/۹۵۷	۱/۷۶۷	۱/۶۴۲	۳/۳۳۴	۴/۹۱۲	۴/۹۸۱	۳/۴۶۱	۳/۸۱۱
تمایل-کناره گیری	میانگین	-۵/۹۳	۵/۶۷	۵/۹۳	-۴/۹۳	۱/۸۰	۱/۶۰	-۴/۲۷	-۴/۴۰
	انحراف معیار	۳/۵۵۵	۳/۶۱۹	۳/۳۶۹	۱/۹۴۴	۲/۰۴۲	۲/۴۱۴	۳/۷۱۲	۳/۳۱۲
شایستگی اجتماعی	میانگین	-۱۹/۷۳	۴/۸۰	۵/۴۰	-۲۰/۵۳	-۴/۳۳	-۵/۰۷	-۱۹/۷۳	-۱۹/۷۳
	انحراف معیار	۴/۸۳۲	۴/۵۲۳	۴/۱۵۴	۳/۵۶۳	۴/۶۸۵	۵/۸۱۲	۵/۵۶۱	۴/۲۱۷
همدلی	میانگین	-۵/۳۳	۱/۴۷	۱/۷۳	-۴/۴۰	-۱/۲۰	-۱/۴۷	-۵/۴۰	-۵/۲۰
	انحراف معیار	۳/۱۰۹	۱/۲۴۶	۱/۰۳۳	۳/۳۳۴	۱/۸۵۹	۱/۷۲۷	۲/۹۴۷	۲/۹۰۸

بررسی یکسانی تفاوت واریانس درون آزمودنی ها استفاده شد. فرض کرویت ماچلی برای تمامی متغیرها رعایت شده است ($P > 0/05$). در ادامه در جدول (۴) نتایج آزمون چندمتغیری در تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر آمده است.

سطح معناداری آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای تمامی شاخص های پژوهش بزرگتر از مقدار ۰/۰۵ است. در نتیجه دارای توزیع نرمال می باشد. پیش فرض تساوی واریانس-کوارینانس رعایت شده است ($P > 0/05$). از آزمون کرویت موچلی برای

جدول (۴) نتایج آزمون چندمتغیری در تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر

منابع تغییرات	نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	محدور اتای تفکیکی
آزمون	آزمون اثر پیلا	۰/۹۴۴	۱۰۳/۲۰۶	۶	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۴۴
	آزمون لامبداری ویکز	۰/۰۵۶	۱۰۳/۲۰۶	۶	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۴۴
	آزمون اثر هتلینگ	۱۶/۷۳۶	۱۰۳/۲۰۶	۶	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۴۴
	آزمون اثر بزرگترین ریشه	۱۶/۷۳۶	۱۰۳/۲۰۶	۶	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۴۴
تعامل آزمون با عضویت گروهی	آزمون اثر پیلا	۰/۹۶۹	۵/۹۵۳	۱۲	۷۶	۰/۰۰۱	۰/۴۸۵
	آزمون لامبداری ویکز	۰/۰۷۷	۱۶/۰۵۹	۱۲	۷۴	۰/۰۰۱	۰/۷۲۳
	آزمون اثر هتلینگ	۱۱/۳۹۱	۳۴/۱۷۴	۱۲	۷۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵۱
	آزمون اثر بزرگترین ریشه	۱۱/۳۳۹	۷۱/۸۱۲	۶	۳۸	۰/۰۰۱	۰/۴۱۹

عامل آزمون معنادار است، به این معنا که تفاوت نمرات مؤلفه های تکانشگری، در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنادار است. همچنین تعامل آزمون با عضویت گروهی نیز معنادار است ($P < ۰/۰۵$). به این معنا که نمرات شاخص ها بر حسب عضویت

گروهی در ۳ مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دارای تفاوت معنادار است ($P < ۰/۰۵$). در ادامه در جدول (۶) آزمون تعدیل بونفرونی برای مقایسه نمرات در مراحل مختلف اندازه گیری و مقایسه نمرات در ۲ گروه آزمایشی و گروه گواه آمده است.

جدول (۵) آزمون تعدیل بونفرونی برای مقایسه نمرات در مراحل مختلف اندازه گیری و مقایسه نمرات در ۲ گروه آزمایشی و گروه گواه

منابع تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	محدور اتای
آزمون	همکاری- مخالفت	۱۷۷۰/۰۹۴۸	۲	۸۸۵/۴۷۴	۸۲/۳۶۸	۰/۰۰۱	۰/۶۶۲
	تمایل- کناره گیری	۱۰۸۸/۱۹۳	۲	۵۵۴/۰۹۶	۶۹/۵۹۵	۰/۰۰۱	۰/۶۶۲
تعامل آزمون و گروه	همکاری- مخالفت	۸۱۰/۶۹۶	۴	۲۰۲/۶۷۴	۱۸/۸۵۳	۰/۰۰	۰/۴۷۳
	تمایل- کناره گیری	۷۳۱/۰۹۶	۴	۱۸۲/۷۷۴	۲۳/۳۷۹	۰/۰۰۱	۰/۵۲۷
آزمون	شناختی	۴۴۳/۷۹۳	۲	۲۲۱/۸۹۶	۱۱۷/۴۰۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳۷
	حرکتی	۵۷۸/۵۴۸	۲	۲۸۹/۲۷۴	۱۱۶/۶۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۳۵
	بی برنامه گی	۵۰۷/۰۸۱	۲	۲۵۳/۵۴۱	۱۲۸/۵۰۴	۰/۰۰۱	۰/۷۵۴
تعامل آزمون و گروه	شناختی	۲۹۸/۷۸۵	۴	۷۴/۶۹۶	۳۹/۵۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۵۳
	حرکتی	۳۹۶/۴۳۰	۴	۹۹/۱۰۷	۳۹/۹۵۶	۰/۰۰۱	۰/۶۵۵
	بی برنامه گی	۳۲۱/۱۸۵	۴	۸۰/۲۹۶	۴۰/۶۹۴	۰/۰۰۱	۰/۶۶۰
آزمون	همدلی	۳۹۵/۲۱۵	۲	۱۹۷/۶۰۷	۳۷/۱۷۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷۰
تعامل آزمون و گروه	همدلی	۱۹۹/۵۸۵	۴	۴۹/۸۹۶	۹/۳۸۶	۰/۰۰۱	۰/۳۰۹

چنانکه در جدول (۵) مشاهده می شود، برای متغیر شناختی ($P < ۰/۰۱$, $df = ۲$, $F = ۱۱۷/۴۰۹$) نشان می دهد که بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات شناختی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). مجذور سهمی اتا برابر با ۰/۷۳۷ است. این نشان می دهد که ۷۳/۷ درصد از تفاوت نمرات پیش آزمون،

پس آزمون و پیگیری در شناختی مربوط به اعمال متغیر مستقل است. همچنین تعامل آزمون با گروه (گروه شناختی رفتاری، فیلیال تراپی و گروه گواه) ($P < ۰/۰۵$, $df = ۴$, $F = ۷۴/۶۹۶$) معنادار است. همچنین برای متغیر حرکتی ($P < ۰/۰۵$, $df = ۲$, $F = ۱۱۶/۶۲۳$) نشان می دهد که بین پیش آزمون، پس آزمون

و پیگیری نمرات حرکتی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). مجذور سهمی اتا برابر با $0/735$ است. این نشان می‌دهد که $73/5$ درصد از تفاوت نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در حرکتی مربوط به اعمال متغیر مستقل است. همچنین تعامل آزمون با گروه (گروه شناختی رفتاری، فیلپال تراپی و گروه گواه) $39/956$ ($P < 0/05$, $df = 4$) معنادار است. همچنین برای متغیر بی‌برنامگی ($P < 0/01$, $df = 2$, $F = 128/504$) نشان می‌دهد که بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات بی‌برنامگی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). مجذور سهمی اتا برابر با $0/754$ است. این نشان می‌دهد که $75/4$ درصد از تفاوت نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در بی‌برنامگی مربوط به اعمال متغیر مستقل است. همچنین تعامل آزمون با گروه (گروه شناختی رفتاری، فیلپال تراپی و گروه گواه) $F = 40/694$ ($P < 0/05$, $df = 4$) معنادار است.

چنانکه در جدول (۵) مشاهده می‌شود، برای متغیر همکاری-مخالفت ($P < 0/01$, $df = 2$, $F = 82/368$) نشان می‌دهد که بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات همکاری-مخالفت تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). مجذور سهمی اتا برابر با $0/662$ است. این نشان می‌دهد که $66/2$ درصد از تفاوت نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در همکاری-مخالفت

مربوط به اعمال متغیر مستقل است. همچنین تعامل آزمون با گروه (گروه شناختی رفتاری، فیلپال تراپی و گروه گواه) $18/853$ ($P < 0/05$, $df = 4$, $F = 18/853$) معنادار است. همچنین برای متغیر تمایل-کناره‌گیری ($P < 0/01$, $df = 2$, $F = 69/595$) نشان می‌دهد که بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات تمایل-کناره‌گیری تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). مجذور سهمی اتا برابر با $0/473$ است. این نشان می‌دهد که $47/3$ درصد از تفاوت نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در تمایل-کناره‌گیری مربوط به اعمال متغیر مستقل است. همچنین تعامل آزمون با گروه (گروه شناختی رفتاری، فیلپال تراپی و گروه گواه) $F = 23/379$ ($P < 0/05$, $df = 4$) معنادار است.

چنانکه در جدول (۵) مشاهده می‌شود، برای متغیر همدلی ($P < 0/01$, $df = 2$, $F = 37/173$) نشان می‌دهد که بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات همدلی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). مجذور سهمی اتا برابر با $0/470$ است. این نشان می‌دهد که 47 درصد از تفاوت نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در همدلی مربوط به اعمال متغیر مستقل است. همچنین تعامل آزمون با گروه (گروه شناختی رفتاری، فیلپال تراپی و گروه گواه) $F = 9/386$ ($P < 0/05$, $df = 4$) معنادار است.

جدول ۶) آزمون تعدیل بونفرونی برای مقایسه نمرات در ۲ گروه آزمایشی و گواه

مؤلفه	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
شناختی	شناختی رفتاری - فیلپال تراپی	-۲/۲۶۷	۰/۳۶۳	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری - گواه	-۵/۲۴۴	۰/۳۶۳	۰/۰۰۱
	فیلپال تراپی - گواه	-۲/۹۷۸	۰/۳۶۳	۰/۰۰۱
حرکتی	شناختی رفتاری - فیلپال تراپی	-۲/۷۷۸	۰/۳۶۶	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری - گواه	-۵/۵۳۳	۰/۳۶۶	۰/۰۰۱
	فیلپال تراپی - گواه	-۲/۷۵۶	۰/۳۶۶	۰/۰۰۱
بی‌برنامگی	شناختی رفتاری - فیلپال تراپی	-۲/۲۸۹	۰/۳۹۸	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری - گواه	-۴/۸۸۹	۰/۳۹۸	۰/۰۰۱
	فیلپال تراپی - گواه	۲/۶۰۰	۰/۳۹۸	۰/۰۰۱
همکاری-مخالفت	شناختی رفتاری - فیلپال تراپی	۴/۴۰	۰/۸۰۸	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری - گواه	۹/۹۱۱	۰/۸۰۸	۰/۰۰۱
	فیلپال تراپی - گواه	-۵/۵۱۱	۰/۸۰۸	۰/۰۰۱
تمایل-کناره‌گیری	شناختی رفتاری - فیلپال تراپی	۲/۴۰	۰/۷۴۰	۰/۰۰۷
	شناختی رفتاری - گواه	۶/۳۵۶	۰/۷۴۰	۰/۰۰۱
	فیلپال تراپی - گواه	-۳/۹۵۶	۰/۷۴۰	۰/۰۰۱

مؤلفه	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
همدلی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۳/۴۰۰	۰/۵۱۸	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	-۳/۸۲۲	۰/۵۳۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۴۲۲	۰/۳۹۲	۰/۸۶۴
شناختی	شناختی رفتاری - فیلپال تراپی	-۲/۲۶۷	۰/۳۶۳	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری - گواه	-۵/۲۴۴	۰/۳۶۳	۰/۰۰۱
	فیلپال تراپی - گواه	-۲/۹۷۸	۰/۳۶۳	۰/۰۰۱
حرکتی	شناختی رفتاری - فیلپال تراپی	-۲/۷۷۸	۰/۳۶۶	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری - گواه	-۵/۵۳۳	۰/۳۶۶	۰/۰۰۱
	فیلپال تراپی - گواه	-۲/۷۵۶	۰/۳۶۶	۰/۰۰۱
بی برنامه‌گی	شناختی رفتاری - فیلپال تراپی	-۲/۲۸۹	۰/۳۹۸	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری - گواه	-۴/۸۸۹	۰/۳۹۸	۰/۰۰۱
	فیلپال تراپی - گواه	۲/۶۰۰	۰/۳۹۸	۰/۰۰۱
همکاری-مخالفت	شناختی رفتاری - فیلپال تراپی	۴/۴۰	۰/۸۰۸	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری - گواه	۹/۹۱۱	۰/۸۰۸	۰/۰۰۱
	فیلپال تراپی - گواه	-۵/۵۱۱	۰/۸۰۸	۰/۰۰۱
تمایل-کناره‌گیری	شناختی رفتاری - فیلپال تراپی	۲/۴۰	۰/۷۴۰	۰/۰۰۷
	شناختی رفتاری - گواه	۶/۳۵۶	۰/۷۴۰	۰/۰۰۱
	فیلپال تراپی - گواه	-۳/۹۵۶	۰/۷۴۰	۰/۰۰۱
همدلی	شناختی رفتاری - فیلپال تراپی	۱/۶۴۴	۰/۵۸۲	۰/۰۲۲
	شناختی رفتاری - گواه	۴/۱۳۳	۰/۵۸۲	۰/۰۰۱
	فیلپال تراپی - گواه	-۲/۴۸۹	۰/۵۸۲	۰/۰۰۱

شناختی رفتاری، فیلپال تراپی با گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین میانگین نمرات در گروه شناختی-رفتاری بالاتر از نمرات در گروه فیلپال تراپی است که نشان از تأثیر بیشتر فیلپال تراپی بر مؤلفه‌های شایستگی اجتماعی دارد. جدول (۶) نتایج آزمون تعدیل بونفرونی را برای هم‌سنجی نمرات مؤلفه‌های شایستگی اجتماعی نشان می‌دهد. مطابق با جدول بالا، در تمامی مؤلفه‌ها، بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار نیست. که این امر نشان‌دهنده ماندگاری اثر بخشی مداخله است.

جدول (۶) نتایج آزمون تعدیل بونفرونی را برای هم‌سنجی نمرات همدلی بین ۲ گروه آزمایشی و گواه نشان می‌دهد. مطابق با جدول بالا، بین نمرات ۲ گروه شناختی رفتاری، فیلپال تراپی با گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین میانگین نمرات در گروه شناختی-رفتاری بالاتر از نمرات در گروه فیلپال تراپی است که نشان از تأثیر بیشتر شناختی رفتاری بر

جدول (۶) نتایج آزمون تعدیل بونفرونی را برای هم‌سنجی نمرات مؤلفه‌های تکانشگری بین ۲ گروه آزمایشی و گروه گواه نشان می‌دهد. مطابق با جدول بالا، بین نمرات ۲ گروه شناختی رفتاری، فیلپال تراپی با گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین میانگین نمرات در گروه شناختی-رفتاری پایین‌تر از نمرات در گروه فیلپال تراپی است که نشان از تأثیر بیشتر شناختی رفتاری بر مؤلفه‌های تکانشگری دارد. جدول (۶) نتایج آزمون تعدیل بونفرونی را برای هم‌سنجی نمرات مؤلفه‌های تکانشگری نشان می‌دهد. مطابق با جدول بالا، در تمامی مؤلفه‌ها، بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار نیست. که این امر نشان‌دهنده ماندگاری اثر بخشی مداخله است.

جدول (۶) نتایج آزمون تعدیل بونفرونی را برای هم‌سنجی نمرات مؤلفه‌های شایستگی اجتماعی بین ۲ گروه آزمایشی و گواه نشان می‌دهد. مطابق با جدول بالا، بین نمرات ۲ گروه

همدلی دارد. جدول (۶) نتایج آزمون تعدیل بونفرونی را برای هم‌سنجی نمرات همدلی نشان می‌دهد. مطابق با جدول بالا، بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار نیست. که این امر نشان دهنده ماندگاری اثر بخشی مداخله است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش اثربخشی بازی درمانی به شیوه شناختی رفتاری و فیلپال تراپی بر کاهش تکانشگری، شایستگی اجتماعی و همدلی کودکان با ناتوانی یادگیری بود. نتیجه پژوهش حاضر کردیچ و همکاران (۱۵)، محمدپور و همکاران (۹)، لیبرمن و همکاران (۱۶) همسو می‌باشد

در تبیین یافته می‌توان بیان نمود که هر ۲ روش بازی درمانی شناختی رفتاری و فیلپال تراپی در کاهش تکانشگری در کودکان با ناتوانی یادگیری مؤثر بوده‌اند. نتایج نشان می‌دهد که بین نمرات ۲ گروه شناختی رفتاری و فیلپال تراپی با گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته نشان می‌دهد که هر ۲ روش درمانی توانسته‌اند باعث کاهش معنادار تکانشگری در مقایسه با گروه گواه شوند. همچنین، میانگین نمرات تکانشگری در گروه شناختی رفتاری پایین‌تر از گروه فیلپال تراپی است، که نشان می‌دهد روش شناختی رفتاری تأثیر بیشتری در کاهش تکانشگری داشته است. این یافته با مطالعات پیشین همخوانی دارد که نشان می‌دهند رویکرد شناختی رفتاری از طریق آموزش مهارت‌های خودگواهی، توجه، تمرکز و مدیریت هیجانات، می‌تواند در کاهش رفتارهای تکانشی کودکان مؤثر باشد (۱۲). همچنین، برخی مطالعات نشان داده‌اند که فیلپال تراپی نیز می‌تواند از طریق بهبود روابط والد-فرزندی و ایجاد محیط امن برای بیان احساسات، به کاهش تکانشگری در کودکان کمک کند (۱۵). این یافته‌ها با مطالعات پیشین همسو است که نشان می‌دهند رویکردهای بازی درمانی می‌توانند اثرات پایدار و طولانی مدتی بر بهبود مشکلات رفتاری کودکان داشته باشند (۱۴). پایداری اثرات این مداخلات می‌تواند به دلیل تغییرات عمیق‌تر در الگوهای تفکر، احساسات و رفتار کودکان باشد که در طول زمان تثبیت می‌شوند (۲). در مجموع، این یافته‌ها نشان می‌دهند که هر ۲ روش بازی درمانی شناختی رفتاری و فیلپال تراپی می‌توانند در کاهش تکانشگری کودکان با ناتوانی یادگیری مؤثر باشند، اما روش شناختی رفتاری تأثیر

بیشتری داشته است. این نتایج می‌تواند راهنمایی‌های مفیدی برای درمانگران و والدین در انتخاب رویکردهای مناسب برای درمان مشکلات رفتاری این کودکان فراهم کند.

همچنین، نتایج نشان داد که هر ۲ روش بازی درمانی شناختی رفتاری و فیلپال تراپی در بهبود شایستگی اجتماعی کودکان با ناتوانی یادگیری مؤثر بوده‌اند. این یافته نشان می‌دهد که هر ۲ روش درمانی توانسته‌اند باعث بهبود معنادار شایستگی اجتماعی در مقایسه با گروه گواه شوند. همچنین، میانگین نمرات شایستگی اجتماعی در گروه فیلپال تراپی بالاتر از گروه شناختی رفتاری است، که نشان می‌دهد روش فیلپال تراپی تأثیر بیشتری در افزایش شایستگی اجتماعی داشته است. این یافته با مطالعات پیشین همخوانی دارد که نشان می‌دهند فیلپال تراپی از طریق بهبود روابط والد-فرزندی و ایجاد محیطی امن برای تعامل و بازی، می‌تواند به افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان کمک کند (۱۴ و ۱۵). در فیلپال تراپی، والدین آموزش می‌بینند تا با فرزندانشان ارتباط مؤثرتری برقرار کنند و به آنها کمک کنند تا مهارت‌های اجتماعی مانند درک هنجارها، برقراری ارتباط چشمی و حفظ گفتگو را بهبود ببخشند (۱۵). از سوی دیگر، رویکرد شناختی رفتاری نیز می‌تواند از طریق آموزش مهارت‌های حل مسئله، مدیریت هیجانات و تعامل گروهی، به بهبود شایستگی اجتماعی کودکان کمک کند (۲۶). با این حال، به نظر می‌رسد که تمرکز فیلپال تراپی بر روابط والد-فرزندی و ایجاد محیطی امن برای تعامل، تأثیر بیشتری در بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان داشته است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که هر ۲ رویکرد درمانی می‌توانند در بهبود شایستگی اجتماعی کودکان با ناتوانی یادگیری مؤثر باشند، اما فیلپال تراپی به دلیل تمرکز بیشتر بر روابط خانوادگی و ایجاد محیط امن برای تعامل، تأثیر بیشتری در این زمینه داشته است.

نتایج نشان می‌دهد که هر ۲ رویکرد درمانی شناختی-رفتاری و فیلپال تراپی باعث افزایش معنادار توانایی همدلی در مقایسه با گروه گواه شده‌اند. این یافته با مطالعات پیشین که نشان می‌دهند این رویکردهای درمانی می‌توانند مهارت‌های بین‌فردی و درک احساسات دیگران را بهبود بخشند، همخوانی دارد (کردیچ، ۱۵). درمان شناختی-رفتاری از طریق تغییر الگوهای تفکر و رفتار ناسازگار، به افراد کمک می‌کند تا بینش بهتری نسبت به خود و دیگران پیدا کنند. این امر به نوبه خود باعث افزایش توانایی آنها در درک احساسات و دیدگاه‌های دیگران می‌شود (۲۷). همچنین، تکنیک‌هایی مانند آموزش

References

- Hofmann, S. G., & Kashdan, T. B. (2014). Culture and affect: The factor structure of the affective style questionnaire and its relation with depression and anxiety among Japanese. *BMC Research Notes*, 7(1), 590.
- Khazaei A, Asadi S, Davoudipour H. Comparing of brain exercise training and filial therapy training on cognitive avoidance and executive functioning of students with learning disabilities. *Rooyesh* 2023; 12 (7) :195-206. URL: <http://frooyesh.ir/article-1-4795-fa.html> [persian]
- Grigorenko, E. L., Compton, D. L., Fuchs, L. S., Wagner, R. K., Willcutt, E. G. & Fletcher, J. M. Understanding, educating, and supporting children with specific learning disabilities: 50 years of science and practice. *American Psychologist*, 2020 75(1), 37-15. <https://doi.org/10.1037/amp0000452>
- Shah, C. G. & Buch, P. M. Prevalence of specific learning disabilities among Gujarati medium primary school children. *Indian Journal of Child Health*, 2019; 6(6), 283-682. <https://doi.org/10.32677/IJCH.2019.v06.i06.006>
- Hajmohammadi, Z., Hajjalizadeh, K., & Arteshdar, R. Effectiveness of Neurofeedback Therapy with Cognitive-Behavioral (Play Therapy) in Improving Attention and Cognitive Function in Children with Learning Disorder in Primary School. *Iranian Journal of Learning and Memory*, 2023.5(20), 31-42. doi: 10.22034/iepa.2023.168933 [persian]
- Sarisuta P, Chunsuwan I, Hansakunachai T, Sritipsukho P. Attention-deficit/hyperactive-impulsive disorder symptoms among grade 1 students with reading disorder in Thailand. *Clin Exp Pediatr*. 2023 Nov;66(11):485-492. doi: 10.3345/cep.2023.00773. Epub 2023 Oct 24. PMID: 37873565; PMCID: PMC10626022.
- Doran N, McChargue D, Cohen L. Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive Behaviors*. J Can Med Assoc. 2016; 32(1):8-90.
- Guerney, L. & Ryan, V. Group filial therapy: The complete guide to teaching parents to play therapeutically with their children. Jessica Kingsley Publishers. 2013. <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/camh.12073>
- Fattahi, F., Akhavan Tafti, M., & Hashemi, Z. The Effectiveness of Skills Training Based on Social Information Processing Model on Social Competence of Female Students with Special Learning Disability. *Journal of Psychology of Exceptional Individuals*, 2021. 11(43), 1-27.
- Luna, P., Guerrero, J., Rodrigo-Ruiz, D., Losada, L., Cejudo, J. (2020). Social Competence and Peer Social Acceptance: Evaluating Effects of an Educational Intervention in Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-12.
- Saadouni, Zeinab, Kazemian Moghadam, Kobri, Haroun Rashidi, Homayoun. The effectiveness of compassion-based education on resilience, emotional inadequacy and empathy of students with specific learning disabilities. *learning disabilities*, 2023; 12(3): 65-50. doi: 10.22098/jld.2023.12700.2086 [persian]

مهارت‌های اجتماعی و تمرین همدلی در این رویکرد درمانی به‌طور مستقیم بر بهبود همدلی تأثیر می‌گذارند (۲۸). از طرف دیگر، فیلپال تراپی که بر بازی کودک-والد تمرکز دارد، به والدین کمک می‌کند تا ارتباط بهتری با فرزندان خود برقرار کنند. این روش از طریق تقویت مهارت‌های گوش دادن فعال، پذیرش بی‌قید و شرط و درک احساسات کودک، به افزایش همدلی در والدین کمک می‌کند (۱۴). بازی درمانی فرصتی را برای والدین فراهم می‌کند تا به‌طور عملی تجربه همدلی با فرزندان خود را داشته باشند و این مهارت را تقویت کنند (۲۹). با این حال، نتایج نشان می‌دهند که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در بهبود همدلی بیشتر از فیلپال تراپی است. این امر می‌تواند ناشی از تفاوت در رویکردها و مکانیسم‌های درمانی آنها باشد. درمان شناختی-رفتاری به‌طور مستقیم بر تغییر الگوهای شناختی و رفتاری ناسازگار متمرکز است، درحالی‌که فیلپال تراپی بیشتر بر روابط بین فردی و ارتباطات تأکید دارد (۲۸ و ۲۹). علاوه بر این، ممکن است عوامل دیگری نیز در این تفاوت اثربخشی نقش داشته باشند، مانند ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان، مدت زمان درمان و مهارت درمانگران.

محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل حجم نسبتاً محدود نمونه آماری و همچنین عدم پیگیری طولانی‌مدت است که در مطالعات آتی باید مورد توجه قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در آینده، مقایسه این ۲ رویکرد درمانی در سایر متغیرهای مرتبط با سلامت روان نیز بررسی شود. در مجموع، این پژوهش نشان داد که هر ۲ رویکرد شناختی-رفتاری و فیلپال تراپی، ابزارهای مؤثری برای افزایش همدلی، کاهش تکانشگری و شایستگی اجتماعی افراد هستند و استفاده از این رویکردها در مراکز مشاوره و درمان می‌تواند به بهبود روابط بین فردی و سلامت روان کمک کند.

تعارض منافع

نویسندگان هیچگونه تعارض منافی با یکدیگر ندارند.

12. Mohammadpour M, Jahan F, Makvand Hosseini S, Moazadian A. Determining the Effectiveness of Cognitive Behavioral Play Therapy in Regulating Emotion and Academic Adjustment of Students with Dyslexia. *IJNR* 2023; 18 (3) :1-11 [persian]
13. Shamshiri M, Danesh E, Hovassi Somar N, Tarimoradi A. comparison of the effectiveness of computerized cognitive rehabilitation with cognitive-behavioral Play therapy on reading performance of dyslexic elementary school students. *Rooyesh* 2023; 12 (9) :95-104 [persian]
14. Gonzalez, R.A., Richards, K.A. & Templin, T. Theory to practice: Meeting the needs of nontraditional students with disabilities in K-12 online learning environments. *Exceptionality*, 2018.27(3), 169-186.
15. Algozzine, B., Wang, C. & Violette, A.S. Reexamining the relationship between academic achievement and social behavior. *Preventing School Failure*, 2020, 65(1), 3-12.
16. Jabari Daneshvar, Aniseh, Hosseini Nesab, Seyed Davoud, Azmoudeh, Masouma. Comparing the effectiveness of education based on cognitive-behavioral game therapy and education based on story therapy on social adaptation and assertiveness of mentally retarded female students from families in Tabriz. *Women and Family Studies*, 2023;61(16):177-196 . [persian]
17. Taghizadeh Hare , Sara, Aghajani , Saifollah , Khoshroor , Sahar Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy on Improving Attention and Planning of Students with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology of school and school*, 2022; 11(4): 16-29. doi: 10.22098/jsp.2023.2036 [persian]
18. VanFleet R. Play Therapy Treatment Planning with Children and Families. 2024. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781003334231-14/filial-therapy-approach-treatment-planning-ris%C3%AB-vanfleet>
19. korbacheh S, safarzadeh S, alizadeh M. The effectiveness of filial play therapy on the dimensions of emotion management and social competence, students with special learning disorders. *JPEN* 2023; 10 (1) :60-70 [persian]
20. Lieberman, A.F., Ippen, C.G., & Dimmler, M.H. Child-parent psychotherapy. Assessing and Treating Youth Exposed to Traumatic Stress. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2018. 1, 223-237.
21. An Q, Yu Z, Sun F, Chen J, Zhang A. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Depression Among Individuals with Diabetes: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Curr Diab Rep*. 2023 Sep;23(9):245-252. doi: 10.1007/s11892-023-01517-z. Epub 2023 Jun 17. PMID: 37329442.
22. Barratt, E. S. Impulsivity: Integrating cognitive, behavioral, biological, and environmental data. In W. G. McCown, J. L. Johnson, & M. B. Shure (Eds.), *The impulsive client: Theory, research, and treatment* (pp. 39-56). American Psychological Association. 1993. <https://doi.org/10.1037/10500-003>
23. Ekhtiari H, Rezvanfard M, Mokri A. Impulsivity and its Different Assessment Tools: A Review of View Points and Conducted Researches. *IJPCP* 2008; 14 (3) :247-257 URL: <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-567-en.html> [persian]
24. Kohen, M., & Rosman, B. L. A Social Competence Scale and Symptom Checklist for Preschool Child: factor dimension their cross-instrument generality, and longitudinal persistence. *Journal of Developmental Psychology*, 1972. 6, 430-444.
25. Morag, E. G. validity of Kohn Social Competence Scale for USE with Elementary School Children. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of education. University of British Colombia. 1985.
26. Maruti, Zikrullah, Bahramian, Hakimeh, Maktabi, Gholamhossein. Validez, confiabilidad y estructura factorial de la escala de competencia social en estudiantes de primaria de la ciudad de Ahvaz. *Revista de Estudios de Psicología Educativa*, 2013; 10(18): 181-200. doi: 10.22111/jeps.2014.2146
27. Khosravi Larijani, Majdeh; Mohammad Panah Ardakan, lo siento; Carpintero, Azadeh y Dehghani Ashkazari, Ibrahim. Determinación de la validez y confiabilidad de la versión persa del cuestionario de empatía para niños y adolescentes, *Applied Psychological Research Quarterly*, 2019,4(11): 263-280. [persian]
28. Abdolkhodaie Mohammad Saeed, Sadeghi Ordoabadi Afarin. The study of separation anxiety in children and the effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on reducing it. *Clinical Psychology [Internet]*. 2011;3(4 (Successive 12)):51-58. Available from: <https://sid.ir/paper/152582/fa> [persian]
29. Bratton, S. C., & Landreth, G. L. Child parent relationship therapy treatment manual: A 10-session filial therapy model for training parents. Routledge. (2006).
30. Aryapouran, Saeed, Haji Moradi, Razia, Mousavi, Seidoulillah. The effectiveness of philial therapy on sloppy behaviors in students with specific learning disorders. *Cognitive and behavioral science research*, 2019; 10(1): 75-92. doi: 10.22108/cbs.2021.127893.1513 [persian]
31. Kivity, Y., & Huppert, J. D. Cognitive-behavioral therapy for cultivating compassion and empathy. In M. Leiter (Ed.), *The Oxford handbook of cognitive behavioral therapy*. 2023. (pp. 319-341). Oxford University Press.
32. Hofmann, S. G., Curtiss, J., & Hayes, S. C. (2022). Cognitive and behavioral therapies: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2022, 18, 1-28. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071921-100842>
33. Rezaeianzadeh, Z., Yazdanfar, F. Effectiveness of theraplay and filial therapy on aggression in preschool boys. *Curr Psychol* (2024). <https://doi.org/10.1007/s12144-024-05743-w> [persian]