مـقایسه اثربخشی بازی‌درمانی به شیوه شناختـی رفـتاری و فیلیال‌تراپـی بر کاهش تکانشگری، شایستگی اجتماعـی و همدلی کودکان با ناتوانی یادگیری

▫ **سیده مریم مشعشعی**، دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران
▫ **رضیه پرورده**، کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران
▫ **لاله کهن‌سال**، مدرس گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی سارویه، ساری، ایران
▫ **سهیلا اسعدی***، مدرس گروه روان‌شناسی، مؤسسه آموزش عالی رحمان، رامسر، ایران
▫ **فربد امین انارکی**، دانشجوی کارشناسی ارشد سنجش و اندازه‌گیری (روان‌سنجی)، گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

● تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۰۱ ● تاریخ انتشار: آذر و دی ۱۴۰۳ ● نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۴۰ - ۵۴

چکیده

زمینه و هدف: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی بازی‌درمانی به شیوه شناختی رفتاری و فیلیال‌تراپی برکاهش تکانشگری، شایستگی اجتماعی و همدلی کودکان با ناتوانی یادگیری انجام شد.

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 در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ مراجعه‌کننده به مراکز اختلال یادگیری واقع در شهرستان‌های تنکابن و چالوس بودند. ۴۵ کودک به صورت در دسترس و به‌صورت تصادفی در ۳ گروه آزمایشی اول (بازی‌درمانی‌شناختی رفتاری)، آزمایشی دوم (فیلیال‌تراپی) و گروه گواه قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه مقیاس تکانشگری بارات (۱۹۵۹) ، مقیاس شایستگی اجتماعی توسط کوهن و رسمن (۱۹۷۲)، پرسشنامه استاندارد همدلی-کودک و نوجوان خسروی و لاریجانی (۱۳۹۹) و مداخله بازی‌درمانی فیلیال یک دوره درمانی ۱۰جلسه‌ای و ۹۰ دقیقه‌ای و ۱ بار در هفته و مداخله بازی‌درمانی شناختی رفتاری یک دوره درمانی ۸ جلسه‌ای و ۶۰ دقیقه‌ای و ۱ بار در هفته بوده است، داده‌ها به روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و به‌وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: هر ۲ روش بازی‌درمانی شناختی رفتاری و فیلیال‌تراپی در کاهش تکانشگری در کودکان با ناتوانی یادگیری مؤثر بودند ($P<0/01$). با این‌حال، براساس آزمون تعقیبی بونفرونی، روش شناختی رفتاری در مقایسه با فیلیال‌تراپی تأثیر بیشتری در کاهش تکانشگری داشت. نتایج نشان داد که هر ۲ روش بازی‌درمانی شناختی رفتاری و فیلیال‌تراپی در بهبود شایستگی اجتماعی و همدلی کودکان با ناتوانی یادگیری مؤثر بودند. با این‌حال، براساس آزمون تعقیبی بونفرونی، روش فیلیال‌تراپی در مقایسه با شناختی رفتاری تأثیر بیشتری در افزایش شایستگی اجتماعی و همدلی داشت ($P<0/01$).

نتیجه‌گیری: در مجموع، این پژوهش نشان داد که هر ۲ رویکرد شناختی-رفتاری و فیلیال‌تراپی، 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 بین‌فردی و سلامت روان کمک کند.

واژه‌های کلیدی: بازی‌درمانی به شیوه شناختی رفتاری، شایستگی اجتماعی، فیلیال‌تراپی، کاهش تکانشگری، همدلی

* Email: Soheilaasaadi@yahoo.com

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

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، حافظه‌کاری 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 به‌دلیل 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. علاوه‌براین، 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. علاوه‌براین، 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 (۱و۱۱).

یکی از درمان‌هایی که می‌تواند به کودکان با اختلال یادگیری کمک کند، بازی‌درمانی است. بازی‌درمانی به شیوه شناختی رفتاری، رویکردی درمانی است که از بازی به‌عنوان 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). بازی‌درمانی شناختی رفتاری می‌تواند برای درمان مشکلات رفتاری، اضطراب، افسردگی، مشکلات تمرکز و سایر مسائل روان‌شناختی در کودکان مورد استفاده قرار گیرد.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

این رویکرد با ایجاد محیطی امن و لذت‌بخش برای کودکان، فرصت‌های یادگیری مهارت‌های جدید را فراهم می‌کند (۱۴). بازی‌درمانی 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، بازی‌درمانی 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، بازی‌درمانی 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 بازی‌درمانی شناختی رفتاری می‌تواند باعث کاهش معنادار تکانشگری، افزایش مهارت‌های اجتماعی و بهبود همدلی در کودکان با ناتوانی یادگیری شود (۱۶).

نوع دیگر از بازی‌درمانی که می‌تواند به دانش‌آموزان با اختلال یادگیری کمک کند، بازی‌درمانی به شیوه فیلیال‌ترابی می‌باشد. فیلیال‌تراپی یک رویکرد بازی‌درمانی 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 فیلیال‌تراپی، والدین تحت نظارت یک درمانگر آموزش‌دیده، مهارت‌های خاصی را فرا می‌گیرند تا محیطی امن و بدون قضاوت برای بازی با فرزندانشان ایجاد کنند. آنها می‌آموزند که چگونه به‌طور 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). فیلیال‌تراپی 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). فیلیال‌تراپی یک رویکرد بازی‌درمانی 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، فیلیال‌تراپی 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، فیلیال‌تراپی 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، فیلیال‌تراپی 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). کردبچه و همکاران (۱۸) نشان داده‌اند که آموزش بازی‌درمانی فیلیال مدیریت هیجان، شایستگی اجتماعی و مشکلات رفتاری کودکان را بهبود بخشید. بنابراین، برنامه‌ریزی به منظور استفاده از آموزش بازی‌درمانی فیلیال برای کودکان با اختلال یادگیری اهمیت ویژه‌ای دارد. مطالعات نشان داده‌اند که فیلیال‌تراپی می‌تواند باعث کاهش رفتارهای تکانشی، افزایش مهارت‌های اجتماعی و بهبود همدلی در کودکان با ناتوانی یادگیری شود (۱۷و ۱۹).

این پژوهش با مقایسه اثربخشی ۲ رویکرد بازی‌درمانی شناختی رفتاری و فیلیال‌تراپی بر کاهش تکانشگری، بهبود شایستگی اجتماعی و افزایش همدلی در کودکان با ناتوانی یادگیری، می‌تواند کمک شایانی به پُر 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

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

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 بازی‌درمانی شناختی رفتاری و فیلیال‌تراپی 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. درنهایت، 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 تنکابن و چالوس (۷۸ دانش‌آموز) در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بودند. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار Power*G به‌دست 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، به‌صورت در دسترس براساس ملاک‌های ورود انتخاب و به‌صورت تصادفی در ۳ گروه آزمایشی اول (بازی‌درمانی شناختی رفتاری)، آزمایشی دوم (فیلیال‌تراپی) 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 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 ۱۰جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار جلسه فیلیال‌تراپی 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. درنهایت، داده‌ها به روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و به‌وسیله 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. گزینه ها با مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. بندرت/ هرگز (امتیاز ۱) و تقریباً / همیشه (امتیاز ۴). این مقیاس، ۱۰ پرسش منفی دارد که به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. پایایی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل آزمون، ۰/۸۳ و برای زیر مقیاس‌های حرکتی، بی‌توجهی و بی‌برنامگی به ترتیب عبارت از: ۰/۷۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۳

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

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 برنامگی 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 ۸۹/. به‌دست آمد.

مقیاس 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 به‌صورت 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 بیشتری 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، ۲۸ف ۳۰، ۳۷)، ۳۳- و ۵۱+ می‌شود. کوهن (۲۰ و۲۱) 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 ۰/۸۰و برای خرده‌مقیاس تمایل-مشارکت در مقابل سردی-کناره‌گیری ۰/۸۳ به‌دست 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-کناره گیری را ۰/۹۳ و پایایی عامل همکاری-تسلیم در مقابل خشم-مخالفت را ۰/۹۵ گزارش کرده است. مروتی و همکاران (۲۲) در پژوهش خود روایی این مقیاس را با استفاده از روش تحلیل عاملی، تأیید کرد و پایایی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس شایستگی اجتماعی ۰/۸۰ و برای خرده‌مقیاس‌های همکاری-تسلیم در مقابل خشم-مخالفت و تمایل-مشارکت در مقابل سردی-کناره‌گیری به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۵ به‌دست آورده است. همچنین پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۸۶/. به‌دست آمد.

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 محاسبه‌شده 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 ۸۷/. به‌دست آمد.

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

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

جدول ۱) بازی‌درمانی براساس مدل شناختی-رفتاری

جلسه یکم **رابطه درمانی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر**	قبل از شروع جلسات گروهی کودکان یک جلسه به‌صورت انفرادی به اتاق بازی‌درمانی هدایت شدند که هدف کاهش حساسیت آنان به اتاق بازی‌درمانی 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 دوم **استفاده از بازی مینی بسکتبال**	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 به‌وجود 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 به‌صورت گروهی به‌کار می‌رود. در این بازی طرح درست یا غلط وجود ندارد و هر آنچه که کودکی به ذهنش می‌رسد، می‌تواند ارائه دهد.
جلسه سوم **استفاده از حیوانات اسباب بازی**	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 می کند 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 بازی‌درمانی بیاورند.
جلسه چهارم **مرور بازی با حیوانات اسباب بازی و اجرای نمایش توسط کودکان**	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 پنجم **بازخود از کودکان درباره بازی‌های نمایشی 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 درصورت 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 ششم **خمیر بازی**	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 ارایه می‌دهند و از این روش مشکلات خود را حل می‌کنند. ویژگی بازی‌گونه 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 آن‌را تسهیل می‌کند. خمیر همان‌طور که تغییر شکل می‌دهد به‌عنوان یک استعاره برای تغییر دادن، مفید است.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

جلسه هفتم **بازی سفر خیالی**	بازی سفر خیالی بیشترین اهمیت این سفرهای خیالی این است که کودک تشویق می‌شود 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 ترس‌ها، آرزوها و ایده‌ها به‌صورت کلامی و غیرکلامی مناسب است. بعضی از اهداف بازی سفر خیالی عبارت‌اند از اینکه کودک احساس کند که نقش فعال و مؤثری در حوادث زندگی داشته است، کودک قادر شود رفتارهای مناسب‌تر 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 می‌شود تا بتوانند جلسات درمانی را ترک کرده و آموخته‌های خود را به محیط بیرون تعمیم دهند.
جلسه هشتم **مرور بازی سفر خیالی و جمع‌بندی جلسات درمانی**	در این جلسه علاوه بر مرور بازی سفر خیالی به کودکان کمک شد تا راهکارهایی برای حل مشکلات پیش‌آمده در جریان یک سفر خیالی ارایه دهند و نظرات دیگر کودکان را نیز بشنوند درحالی‌که آن‌را به معنی بی ارزش بودن نظر خود نپندارند. این جلسه انتهای مداخله‌ی آموزشی نیز بود.

مداخله بازی‌درمانی فیلیال یک دوره درمانی ۱۰جلسه‌ای و ۹۰ دقیقه‌ای و ۱بار در هفته می‌باشد که براساس پروتکل بازی‌درمانی فیلیال که به‌وسیله براتون و همکاران (۲۵) طراحی شده است (نقل از آریا پوران و گرجی چالساری، ۲۶) در پژوهش حاضر اجرا و به‌کار برده شد.

جدول۲) ساختار جلسات در برنامه فیلیال‌تراپی (براتون و همکاران، ۲۵)

جلسه	هدف	محتوا
یکم	پیدایش حساسیت درباره فرزندان و دادن پاسخ‌های 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 اسباب‌بازی‌های مشابه زندگی واقعی، اسباب بازی‌های مربوط به برون‌ریزی هیجانی و اسباب بازی‌های بهبود خلاقیت بود.
سوم	آشنایی والدین با بایدها و نبایدهای جلسات و مقررات در قبل و حین بعد از بازی	پژوهشگر بایدها و نبایدهای بازی را توضیح داد و نحوه‌ی 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، نمونه‌هایی در اختیار کودک قرار دهند تا کودک، هرطورکه دوست دارد، با آنها بازی کند. حین بازی، وظیفه والدین همراهی کودک در بازی و عمل کردن مطابق نظر او است.
چهارم	آشنایی با نحوه‌ی صحیح برخورد با رفتارهای اشتباه کودک	در آغاز این جلسه دروس جلسات قبل مرور شد، فیلم‌ها و گزارش‌های تهیه‌شده از فعالیت والدین بررسی و نقد و ارزیابی شد. سپس، در مورد چرایی و چگونگی اعمال حد و مرز در بازی با کودکان گفت‌وگو شد.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

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، فیلم ها و گزارش های 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 شیه صحیح گفت‌وگو با کودک در موقعیت‌های چالش برانگیز به آنها آموزش داده است.
ششم	آگاهی والدن از اهمیت دادن حق انتخاب به کودک و نحوه انجام این کار	در آغاز این جلسه دروس جلسات قبل مرور شد، فیلم‌ها و گزارش‌های تهیه‌شده 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 تهیه‌شده 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، فیلم ها و گزارش‌های تهیه‌شده از فعالیت والدین بررسی و نقد و ارزیابی شد. سپس شیوه ترغیب کردن تلاش کودک به‌جای 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 تهیه‌شده از فعالیت والدین بررسی و نقد و ارزیابی شد. سپس شیوه‌ی محدودیت‌گذاری در سطح پیشرفته آموزش داده شد.
دهم	مرور و تمرین مهارت‌های آموخته‌شده	در آغاز این جلسه دروس جلسات قبل مرور شد، فیلم‌ها و گزارش‌های تهیه‌شده از فعالیت والدین بررسی و نقد و ارزیابی شد. سپس کلیه مهارت‌های آموزش داده‌شده، 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 به‌دلیل ریزش آزمودنی‌ها، ۴۵ نفر از دانش‌آموزان مشخص و به‌صورت 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

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

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

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، ۵۳/۳۳ درصد دانش‌آموزان مورد بررسی در گروه شناختی رفتاری دختر و ۴۶/۶۷ درصد پسر بودند. ۶۶/۷ درصد دانش‌آموزان مورد بررسی در گروه فیلیال‌تراپی دختر و ۳۳/۳ درصد پسر بودند. همچنین ۶۰ درصد دانش‌آموزان مورد بررسی در گروه گواه دختر و ۴۰ درصد آنها پسر بودند. جدول (۱) میانگین، انحراف استاندارد تکانشگری، شایستگی اجتماعی و همدلی را نشان می‌دهد. در جدول (۳) مقادیر شاخص‌های توصیفی متغیرهای پرسشنامه تکانشگری، شایستگی اجتماعی و همدلی آمده است.

جدول۳) مقادیر شاخص‌های توصیفی متغیرهای پرسشنامه تکانشگری، شایستگی اجتماعی و همدلی

متغیر	شاخص‌های توصیفی	شناختی رفتاری			فیلیال‌تراپی			گواه		
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
شناختی	میانگین	۲۷/۴۷	۲۰/۱۳	۲۰	۲۷/۷۳	۲۳/۳۳	۲۳/۳۳	۲۷/۶۰	۲۸	۲۷/۷۳
	انحراف معیار	۱/۹۵۹	۱/۶۴۲	۱/۴۶۴	۱/۷۱۰	۱/۱۱۳	۱/۲۹۱	۱/۶۳۹	۱/۳۶۳	۱/۱۰۰
حرکتی	میانگین	۲۷/۷۳	۱۸/۶۰	۱۹/۰۷	۲۷/۴۰	۲۳	۲۳/۳۳	۲۷/۳۳	۲۷/۱۳	۲۷/۵۳
	انحراف معیار	۱/۷۹۲	۱/۳۵۲	۱/۵۳۴	۱/۵۰۲	۱/۳۶۳	۱/۷۱۸	۱/۹۵۲	۱/۵۹۸	۱/۷۶۷
بی‌برنامه‌گی	میانگین	۲۷/۶۷	۱۹/۶۷	۱۹/۹۳	۲۷/۷۳	۲۳	۲۳/۴۰	۲۷/۲۷	۲۷/۶۰	۲۷/۰۷
	انحراف معیار	۱/۵۸۹	۱/۳۴۵	۱/۱۶۳	۱/۴۸۶	۱/۵۵۸	۱/۵۴۹	۱/۹۸۱	۱/۶۳۹	۱/۷۹۲
تکانشگری	میانگین	۸۲/۸۷	۵۸/۴۰	۵۹	۸۲/۸۷	۶۹/۳۳	۷۰/۰۷	۸۲/۲۰	۸۲/۷۳	۸۲/۳۳
	انحراف معیار	۲/۸۰۰	۲/۳۲۴	۲/۳۹۰	۲/۱۶۷	۲/۲۵۷	۲/۷۱۲	۳/۰۵۲	۲/۵۴۹	۲/۶۶۴
همکاری-مخالفت	میانگین	-۱۳/۸۰	-۰/۸۷	-۰/۵۳	-۱۵/۶۰	-۶/۱۳	-۶/۶۷	-۱۵/۴۷	-۱۵/۳۳	-۱۴/۱۳
	انحراف معیار	۲/۹۵۷	۱/۷۶۷	۱/۶۴۲	۳/۳۳۴	۴/۹۱۲	۴/۹۸۱	۳/۴۶۱	۳/۸۱۱	۲/۷۲۲
تمایل-کناره‌گیری	میانگین	-۵/۹۳	۵/۶۷	۵/۹۳	-۴/۹۳	۱/۸۰	۱/۶۰	-۴/۲۷	-۴/۴۰	۴/۷۳
	انحراف معیار	۳/۵۵۵	۳/۶۱۹	۳/۳۶۹	۱/۹۴۴	۲/۰۴۲	۲/۴۱۴	۳/۷۱۲	۳/۳۱۲	۲/۸۶۵
شایستگی اجتماعی	میانگین	-۱۹/۷۳	۴/۸۰	۵/۴۰	-۲۰/۵۳	-۴/۳۳	-۵/۰۷	-۱۹/۷۳	-۱۹/۷۳	-۱۸/۸۷
	انحراف معیار	۴/۸۳۲	۴/۵۲۳	۴/۱۵۴	۳/۵۶۳	۴/۶۸۵	۵/۸۱۲	۵/۵۶۱	۴/۲۱۷	۳/۳۱۴
همدلی	میانگین	-۵/۳۳	۱/۴۷	۱/۷۳	-۴/۴۰	-۱/۲۰	-۱/۴۷	-۵/۴۰	-۵/۲۰	-۳/۹۳
	انحراف معیار	۳/۱۰۹	۱/۲۴۶	۱/۰۳۳	۳/۳۳۴	۱/۸۵۹	۱/۷۲۷	۲/۹۴۷	۲/۹۰۸	۲/۷۸۹

سطح معناداری آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای تمامی شاخص‌های پژوهش بزرگتر از مقدار ۰/۰۵ است. درنتیجه دارای توزیع نرمال می‌باشد. پیش فرض تساوی واریانس-کواریانس رعایت شده است (P>۰/۰۵). از آزمون کرویت موچلی برای بررسی یکسانی تفاوت واریانس درون آزمودنی‌ها استفاده شد. فرض کرویت ماچلی برای تمامی متغیرها رعایت شده است (P>۰/۰۵). در ادامه در جدول (۴) نتایج ازمون چندمتغیری در تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر آمده است.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

جدول۴) نتایج ازمون چندمتغیری در تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر

منابع تغییرات	نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	محذور اتای تفکیکی
آزمون	آزمون اثر پیلای	۰/۹۴۴	۱۰۳/۲۰۶	۶	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۴۴
	آزمون لامبداری ویلکز	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 پیلای	۰/۹۶۹	۵/۹۵۳	۱۲	۷۶	۰/۰۰۱	۰/۴۸۵
	آزمون لامبداری ویلکز	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 مؤلفه‌های تکانشگری، در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار است. همچنین تعامل آزمون با عضویت گروهی نیز معنادار است (P<۰/۰۵). به این معنا که نمرات شاخص‌ها بر حسب عضویت گروهی در ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دارای تفاوت معنادار است (P<۰/۰۵). در ادامه در جدول (۶) آزمون تعدیل بونفرونی برای مقایسه نمرات در مراحل مختلف اندازه‌گیری 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	مجذور 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 برنامگی	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 برنامگی	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 می‌شود، برای متغیر شناختی (F =۱۱۷/۴۰۹، df=۲، P<۰/۰۱) نشان می‌دهد که بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات شناختی تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱). مجذور سهمی اتا برابر با ۰/۷۳۷ است. این نشان می‌دهد که ۷۳/۷ درصد از تفاوت نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در شناختی مربوط به اعمال متغیر مستقل است. همچنین تعامل آزمون با گروه (گروه شناختی رفتاری، فیلیال‌تراپی و گروه گواه) (F=۷۴/۶۹۶، df = ۴، P<۰/۰۵) معنادار است. همچنین برای متغیر حرکتی (F =۱۱۶/۶۲۳، df=۲، P<۰/۰۱) نشان می‌دهد که بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

و پیگیری نمرات حرکتی تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱). مجذور سهمی اتا برابر با ۰/۷۳۵ است. این نشان می‌دهد که ۷۳/۵ درصد از تفاوت نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در حرکتی مربوط به اعمال متغیر مستقل است. همچنین تعامل آزمون با گروه (گروه شناختی رفتاری، فیلیال‌تراپی و گروه گواه) (F=۳۹/۹۵۶، df =۴، P<۰/۰۵) معنادار است. همچنین برای متغیر بی برنامگی (F =۱۲۸/۵۰۴، df=۲، P<۰/۰۱) نشان می‌دهد که بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات بی‌برنامگی تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱). مجذور سهمی اتا برابر با ۰/۷۵۴ است. این نشان می‌دهد که ۷۵/۴ درصد از تفاوت نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در بی‌برنامگی مربوط به اعمال متغیر مستقل است. همچنین تعامل آزمون با گروه (گروه شناختی رفتاری، فیلیال‌تراپی و گروه گواه) (F=۴۰/۶۹۴، df =۴، P<۰/۰۵) معنادار است.

چنانکه در جدول (۵) مشاهده می‌شود، برای متغیر همکاری-مخالفت (F =۸۲/۳۶۸، df=۲، P<۰/۰۱) نشان می‌دهد که بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات همکاری-مخالفت تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱). مجذور سهمی اتا برابر با ۰/۶۶۲ است. این نشان می‌دهد که ۶۶/۲ 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، فیلیال‌تراپی و گروه گواه) (F=۱۸/۸۵۳، df =۴، P<۰/۰۵) معنادار است. همچنین برای متغیر تمایل-کناره‌گیری (F =۶۹/۵۹۵، df=۲، P<۰/۰۱) نشان می‌دهد که بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات تمایل-کناره‌گیری تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱). مجذور سهمی اتا برابر با ۰/۴۷۳ است. این نشان می‌دهد که ۴۷/۳ 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، فیلیال‌تراپی و گروه گواه) (F=۲۳/۳۷۹، df=۴، P<۰/۰۵) معنادار است.

چنانکه در جدول (۵) مشاهده می‌شود، برای متغیر همدلی (F =۳۷/۱۷۳، df=۲، P<۰/۰۱) نشان می‌دهد که بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات همدلی تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱). مجذور سهمی اتا برابر با ۰/۴۷۰ است. این نشان می‌دهد که ۴۷ درصد از تفاوت نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در همدلی مربوط به اعمال متغیر مستقل است. همچنین تعامل آزمون با گروه (گروه شناختی رفتاری، فیلیال‌تراپی و گروه گواه) (F=۹/۳۸۶، df =۴، P<۰/۰۵) معنادار است.

جدول۶) آزمون تعدیل بونفرونی برای مقایسه نمرات در ۲ گروه آزمایشی و گواه

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

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

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- فیلیال‌تراپی	-۲/۲۶۷	۰/۳۶۳	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری - گواه	-۵/۲۴۴	۰/۳۶۳	۰/۰۰۱
	فیلیال‌تراپی - گواه	-۲/۹۷۸	۰/۳۶۳	۰/۰۰۱
حرکتی	شناختی رفتاری- فیلیال‌تراپی	-۲/۷۷۸	۰/۳۶۶	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری - گواه	-۵/۵۳۳	۰/۳۶۶	۰/۰۰۱
	فیلیال‌تراپی - گواه	-۲/۷۵۶	۰/۳۶۶	۰/۰۰۱
بی برنامگی	شناختی رفتاری- فیلیال‌تراپی	-۲/۲۸۹	۰/۳۹۸	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری - گواه	-۴/۸۸۹	۰/۳۹۸	۰/۰۰۱
	فیلیال‌تراپی - گواه	۲/۶۰۰	۰/۳۹۸	۰/۰۰۱
همکاری-مخالفت	شناختی رفتاری- فیلیال‌تراپی	۴/۴۰	۰/۸۰۸	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری - گواه	۹/۹۱۱	۰/۸۰۸	۰/۰۰۱
	فیلیال‌تراپی - گواه	-۵/۵۱۱	۰/۸۰۸	۰/۰۰۱
تمایل-کناره‌گیری	شناختی رفتاری- فیلیال‌تراپی	۲/۴۰	۰/۷۴۰	۰/۰۰۷
	شناختی رفتاری - گواه	۶/۳۵۶	۰/۷۴۰	۰/۰۰۱
	فیلیال‌تراپی - گواه	-۳/۹۵۶	۰/۷۴۰	۰/۰۰۱
همدلی	شناختی رفتاری- فیلیال‌تراپی	۱/۶۴۴	۰/۵۸۲	۰/۰۲۲
	شناختی رفتاری - گواه	۴/۱۳۳	۰/۵۸۲	۰/۰۰۱
	فیلیال‌تراپی - گواه	-۲/۴۸۹	۰/۵۸۲	۰/۰۰۱

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، فیلیال‌تراپی با گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین میانگین نمرات در گروه شناختی-رفتاری پایین تر از نمرات در گروه فیلیال‌تراپی است که نشان از تأثیر بیشتر شناختی رفتاری بر مؤلفه های 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 نشان دهنده 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 شناختی رفتاری، فیلیال‌تراپی با گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین میانگین نمرات در گروه شناختی-رفتاری بالاتر از نمرات در گروه فیلیال‌تراپی است که نشان از تأثیر بیشتر فیلیال‌تراپی 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، فیلیال‌تراپی با گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین میانگین نمرات در گروه شناختی-رفتاری بالاتر از نمرات در گروه فیلیال‌تراپی است که نشان از تأثیر بیشتر شناختی رفتاری بر

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

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 بازی‌درمانی به شیوه شناختی رفتاری و فیلیال‌تراپی برکاهش تکانشگری، شایستگی اجتماعی و همدلی کودکان با ناتوانی یادگیری بود. نتیجه پژوهش حاضر کردبچه و همکاران (۱۵)، محمدپور و همکاران (۹)، لیبرمن و همکاران (۱۶) همسو می‌باشد

در تبیین یافته می‌توان بیان نمود که هر ۲ روش بازی‌درمانی شناختی رفتاری و فیلیال‌تراپی در کاهش تکانشگری در کودکان با ناتوانی یادگیری مؤثر بوده‌اند. نتایج نشان می‌دهد که بین نمرات ۲ گروه شناختی رفتاری و فیلیال‌تراپی 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 فیلیال‌تراپی 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 فیلیال‌تراپی 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 بازی‌درمانی می‌توانند اثرات پایدار و طولانی مدتی بر بهبود مشکلات رفتاری کودکان داشته باشند (۱۴). پایداری اثرات این مداخلات می‌تواند به‌دلیل 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 بازی‌درمانی شناختی رفتاری و فیلیال‌تراپی 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 بازی‌درمانی شناختی رفتاری و فیلیال‌تراپی 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 فیلیال‌تراپی بالاتر از گروه شناختی رفتاری است، که نشان می‌دهد روش فیلیال‌تراپی تأثیر بیشتری در افزایش شایستگی اجتماعی داشته است. این یافته با مطالعات پیشین همخوانی دارد که نشان می‌دهند روش فیلیال‌تراپی از طریق بهبود روابط والد-فرزندی و ایجاد محیطی امن برای تعامل و بازی، می‌تواند به افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان کمک کند (۱۴و ۱۵). در فیلیال‌تراپی، 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، به‌نظر می‌رسد که تمرکز فیلیال‌تراپی 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 فیلیال‌تراپی به‌دلیل 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 فیلیال‌تراپی 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 (کردبچه،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

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

مهارت‌های اجتماعی و تمرین همدلی در این رویکرد درمانی به‌طور مستقیم بر بهبود همدلی تأثیر می‌گذارند (۲۸). از طرف دیگر، فیلیال‌تراپی 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). بازی‌درمانی 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 این‌حال، نتایج نشان می‌دهند که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در بهبود همدلی بیشتر از فیلیال‌تراپی 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 فیلیال‌تراپی بیشتر بر روابط بین فردی و ارتباطات تأکید دارد (۲۸و۲۹). علاوه‌براین، 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 فیلیال‌تراپی، 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 منافعی با یکدیگر ندارند.

References

1. 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.
2. 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]
3. 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
4. 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
5. Hajmohammadi, Z., Hajializadeh, 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]
6. 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.
7. 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.
8. 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_
9. 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.
10. 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.
11. 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]

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

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 , Khoshsroor , 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) :247-257URL: http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-567-en.html [persian]
24. Kohen, M., & Rosman, B. L. A Social Competence Scale and Symptom Checlist for Preschool Child: factor dimension their cross- instrument generality, and longitudinal persistence. Journal of Developmental Psycology,1972. 6, 430-444.
25. Morag, E. G. validity of Kohn Social Competence Scale for USE with Elementary School Children. A thesis submitted inpartial fulfillment of 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]. 20113؛(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]

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]