



مقایسه اثربخشی بازی درمانی به دو شیوه تراپلی و فیلیال بر رفتارهای مقابله‌ای دانش آموزان

بهناز پاکروان: دانشجوی ارشد، گروه روانشناسی عمومی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
رضا احمدی: استادیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران (* نویسنده مسئول) rozgarden2.8@yahoo.com

چکیده

کلیدواژه‌ها

بازی درمانی،
تراپلی،
فیلیال تراپلی،
رفتارهای مقابله‌ای،
اختلال یادگیری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۱۷

تاریخ چاپ: ۱۴۰۱/۱۲/۱۳

زمینه و هدف: دانش آموزان دارای ناتوانی‌های یادگیری همواره جزء گروه‌های رایج با نیازهای خاص به حساب می‌آیند که به توجه آموزشی بی‌شتری نیاز دارند. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی بازی درمانی به دو شیوه تراپلی و فیلیال بر رفتارهای مقابله‌ای دانش آموزان ۱۲-۱۰ سال با اختلال یادگیری در شهر اصفهان بود.

روش کار: برای انجام پژوهش آزمایشی حاضر که با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری انجام شد از بین دانش آموزان با اختلال یادگیری که در سال ۱۴۰۰ به یکی از کلینیک‌های روان‌شناختی شهر اصفهان مراجعه کرده بودند بر اساس جدول مورگان به صورت در دسترس ۵۴ نفر انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۸ نفر) تقسیم شدند. سپس آزمودنی‌های گروه آزمایش ۱۰ هفته و هفته‌ای یک ساعت مداخله مورد نظر خود را دریافت کردند. همچنین قبل، بلافاصله بعد و دوره پیگیری ۲ ماهه تمام آزمودنی‌ها پرسشنامه رفتارهای مقابله‌ای هرناندز (۲۰۰۸) را تکمیل شد. نهایتاً داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد دو شیوه بازی درمانی تراپلی و فیلیال تراپلی روی ابعاد رفتارهای مقابله‌ای شامل انحراف از مشکل، کنار آمدن با مشکل و کنار آمدن ویرانگر تاثیر پایدار داشتند ($P < 0/01$). اما میزان اثربخشی دو شیوه بازی درمانی روی ابعاد رفتارهای مقابله‌ای تفاوت معنی‌داری نداشته است ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتیجه آنکه هر دو روش بازی درمانی علی‌رغم ساختارهای متفاوت تاثیر یکسانی دارند چون هر دو بر رابطه والد-فرزند متمرکز هستند که دلبستگی کودک را تحت تاثیر قرار می‌دهند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Pakravan B, Ahmadi R. Comparison of the Effectiveness of Play Therapy in Two Methods of Theraplay and Filial. Razi J Med Sci. 2023;29(12): 198-207.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با **CC BY-NC-SA 3.0** صورت گرفته است.



Original Article

Comparison of the Effectiveness of Play Therapy in Two Methods of Theraplay and Filial

Behnaz Pakravan: MA Student, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran
Reza Ahmadi: Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran (* Corresponding author) rozgarden2.8@yahoo.com

Abstract

Background & Aims: Children with learning disabilities do not have problems with intelligence and motivation and are not lazy or deaf and dumb. In fact, most of them are as smart as others and are healthy in terms of brain, but this difference affects the way they receive and process information (4).

Researches have mentioned three factors of children's characteristics, family aspects and social environment as the main and influential factors in the occurrence of children's disabilities (5). Therefore, methods that can simultaneously affect more aspects of these factors will have more and more stable therapeutic effects. Play therapy is one of these lasting and effective methods (6). Among the new methods of play therapy that are used for children with behavioral or functional problems are therapy and filial therapy. The results of various researches support the effectiveness of therapy on depression (8), anxiety (9) and behavioral problems (7) in children. In fact, this approach is a combination of interpersonal theories of human development, such as object relations theory, Balbi and Inworth's attachment theory (10).

On the other hand, filial therapy, as a play therapy method, is a structured and direct theory for working with parents and children (11). Filial therapy is designed as a treatment program for children with emotional problems. In this intervention approach, children play with their caregivers and find out that they are lovable and important (12). These methods simultaneously affect the family environment, the quality of the parent-child relationship, and the psychological characteristics of children, this multifacetedness highlights the therapeutic importance of this method.

One of the psychological characteristics in children that may help students with learning disorders or deepen their problems when facing stressors is coping behaviors. Coping behaviors or skills refer to cognitions that control stressful situations and become more specific along with the growth of children and adolescents (14).

Therefore, the researcher is trying to answer the question of whether there is a difference between the effectiveness of play therapy in two ways, therapeutic and filial, on students' coping behaviors or not?

Methods: The method of the current research was semi-experimental with a pre-test-post-test-follow-up plan with a control group. For this purpose, the statistical population of the present study includes 183 male and female students with learning disabilities in Isfahan city, 54 students (30 boys and 24 girls) with learning disabilities without mental disabilities, neurodevelopmental disorders, and obvious physical and sensory motor disorders with mothers without obvious clinical symptoms. They were selected as available for cooperation. Then they were randomly assigned to two experimental groups and one control group (18 people in each group). In the previous stages, immediately after and 2 months follow-up, they completed the Hernandez (2008) Coping Behavior Questionnaire. Also, to check and diagnose the learning disorder, the clinical interview was used based on the diagnostic criteria of DSM-5, which was conducted by a child psychiatry specialist. And the teenager took place. In the following, the Therapoly play

Keywords

Play Therapy,
Therapy,
Phial Therapy,
Coping Behaviors,
Learning Disorder

Received: 07/01/2023

Published: 04/03/2023

therapy group gave its program based on the guide of Booth and Jerenberg (2019) to the first experimental group of 10 one-hour sessions (once a week for 10 weeks) and the filial therapy group gave its program based on the guide of Brighton et al. (2006). and Kalam et al. (2013) conducted 10 one-hour sessions (once a week for 10 weeks) to the second experimental group. Finally, the data were analyzed using software version 26 and using the multivariate analysis of covariance method.

Results: The results showed that the mean scores of all three components of coping behaviors, including deviation from the problem, coping with the problem, and destructive coping, had a significant difference over time. Table 3 shows the results of intersubject analysis. Based on this table, the average scores for the dimension of deviation from the problem ($F = 8.98$ and $P = 0.001$), the dimension of coping with the problem ($F = 6.91$ and $P = 0.002$) and the dimension of destructive coping ($F = 8.83$ and $P = 0.001$) were obtained, which indicates that there was a significant difference between the experimental and control groups.

The results showed that filial therapy and therapy play therapy has been effective in improving the coping behaviors of students with learning disabilities. Also, based on the results of Table 4, there was no significant difference between the average of all three components of coping behaviors in the two experimental groups in the post-test phase ($P < 0.001$), which shows that both methods equally affect the components of deviation from the problem and coping with the problem. and destructive coping have been effective.

The results of the Bonferroni test in Table 5 show that the average scores of the components of deviation from the problem, coping with the problem, and destructive coping in the post-test and follow-up stages are significantly different from the pre-test stage, but there was no significant difference between the average scores of the post-test and follow-up stages. It indicates that the average scores in the post-test and follow-up stage have changed compared to the pre-test stage and managed to maintain this change.

Conclusion: The results of this research showed that therapy and filial therapy methods are effective in improving coping behaviors of students with learning disabilities. In explaining this finding, it can be said that both therapy and filial therapy methods have been able to leave a positive impact on the improvement of dimensions related to the coping behaviors of students with learning disabilities with a different structure (19).

Because Theraplay is a type of short-term interactive play therapy that focuses on attachment-based games in the form of active games to create better relationships between parents and children. The therapist takes more responsibility for the progress of play sessions, as characterized by more attachment, empathic behavior, interactive play, interpersonal eye and body contact (24). Thus, in the present study, both parents and therapists helped the children in the test groups to strengthen their self-esteem and sense of competence and self-efficacy by providing playful challenges. Challenges caused frustration for children who learned how to face challenges and stress with the help of play (25).

On the other hand, the emotional release capability of play is another explanation for the effect of parent-child play therapy, which helps children externalize their emotions in a completely safe and comfortable manner, and finally, these capabilities, when used in the context of parent-child play therapy are used to help not only children, but also mothers who have been placed in the role of coach and play therapist during play therapy to help their children get rid of the stresses and pressures of everyday life (16).

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Pakravan B, Ahmadi R. Comparison of the Effectiveness of Play Therapy in Two Methods of Theraplay and Filial. Razi J Med Sci. 2023;29(12): 198-207.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

۲۰۰

<http://rjms.iums.ac.ir>

دوره ۲۹، شماره ۱۲، اسفند ۱۴۰۱ مجله علوم پزشکی رازی

مقدمه

ناتوانی‌های یادگیری نوعی از مشکلات یادگیری و تحصیلی است که حداقل ۶ ماه ادامه دارد که در گروه کم‌توانی ذهنی و اختلالات رشدی عصبی قرار نمی‌گیرد (۱). ناتوانی‌های یادگیری عواقب عملکردی منفی مانند پریشانی روان‌شناختی، ترک تحصیل، علائم افسردگی و افزایش خودکشی را در طول عمر ایجاد می‌نماید. در واقع، ناتوانی‌های یادگیری به عنوان مشکلات اساسی در دوران مدرسه در بارهٔ برخی از دانش‌آموزان مطرح می‌شوند و حدود ۱۰ الی ۱۵ درصد دانش‌آموزان را در برمی‌گیرند (۲). این دانش‌آموزان از بهره هوشی متوسط یا بالاتر از حد متوسط برخوردارند و در مدارس عادی تحصیل می‌کنند اما عملکرد تحصیلی خوبی ندارند (۳). در واقع، این کودکان دارای ناتوانی یادگیری، مشکلی در هوش و انگیزه ندارند و تنبل یا کر و لال نیستند. در حقیقت، اکثر آنها به اندازه بقیه هوشمندند و از نظر مغزی نیز سالم‌اند اما این تفاوت بر نحوهٔ دریافت و پردازش اطلاعات آنها تأثیرگذار است (۴).

پژوهش‌ها سه عامل خصوصیات کودکان، جنبه‌های خانوادگی و محیط اجتماعی را به عنوان عوامل اصلی و تأثیرگذار در بروز ناتوانی‌های کودکان عنوان کرده‌اند (۵). بنابراین روش‌هایی که بتوانند همزمان بر جنبه‌های بیشتری از این عوامل موثر باشد، اثرات درمانی بیشتر و پایدارتری خواهند داشت. بازی‌درمانی یکی از این روش‌های ماندگار و موثر است (۶). از جمله شیوه‌های جدید بازی‌درمانی که برای کودکان با مشکلات رفتاری یا عملکردی بکار گرفته می‌شود، دو شیوهٔ تراپلی و فیلپال تراپلی است. بازی‌درمانی به شیوهٔ تراپلی یک شیوهٔ تعاملی است که با هیجانات کودکان در ارتباط است. در واقع، تراپلی که توسط جرنبرگ (۱۹۷۶) پایه‌ریزی شده است، شامل چهار بعد اساسی از جمله ساختار، رقابت، اشتغال و پرورش است. این شیوه یک شکل ساختاریافته از بازی‌درمانی به حساب می‌آید که بر جنبه‌های مثبت کودکان تأکید دارد و با برجسته کردن خصوصیات منحصر به فردشان، فضای دلنشین و امنی را برای آنها فراهم می‌سازد (۷). به همین دلیل، نتایج پژوهش‌های مختلف از اثربخشی تراپلی بر افسردگی (۸) اضطراب (۹) و مشکلات رفتاری (۷) کودکان حمایت می‌کند. در واقع، این رویکرد، ترکیبی از نظریه‌های

بین‌فردی رشد انسان، مانند نظریه روابط شیء، نظریه دلبستگی بالبی و اینورث است (۱۰).

از سوی دیگر، فیلپال تراپلی نیز به عنوان یک شیوهٔ بازی‌درمانی، نظریه‌ای ساخت‌یافته و مستقیم برای کار با والدین و کودکان است (۱۱). فیلپال تراپلی به عنوان برنامه‌ای در مانی برای کودکان مبتلا به مشکلات هیجانی طراحی شده‌است. در این رویکرد مداخله‌ای، کودکان با مراقبان خود بازی می‌کنند و در می‌یابند که دوست‌داشتنی و مهم هستند (۱۲). شواهد متعددی نشان داده‌است فیلپال تراپلی می‌تواند به رابطهٔ والد-کودک و به تثبیت دلبستگی ایمن کمک کند این دو روش بازی به هدف افزایش آگاهی هیجانی به والدین می‌آموزد با فرزندان خود بازی کنند تا افکار و احساسات دشوار و گیج‌کننده را بیان کنند و بتوانند آن‌ها را در درون خود به درستی تجربه کنند (۱۳). این روش‌ها همزمان محیط خانواده، کیفیت رابطهٔ والد-کودک و ویژگی‌های روان‌شناختی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، همین چندجانبه بودن اهمیت درمانی این روش را برجسته می‌کند.

از جمله ویژگی‌های روان‌شناختی در کودکان که ممکن است در مواجهه با استرسورها به دانش‌آموزان با اختلالات یادگیری کمک یا مشکلات آن‌ها را عمیق‌تر نماید، رفتارهای مقابله‌ای است. رفتارها یا مهارت‌های مقابله‌ای به شناخت‌واره‌هایی اطلاق می‌شود که کنترل‌کننده شرایط پراسترس‌اند و همراه با رشد کودکان و نوجوانان، ضمن تغییر اختصاصی می‌شوند (۱۴). از نظر لازاروس که مفهوم مقابله با نام او عین شده، مقابله عبارت است از تلاش‌های فکری، هیجانی و رفتاری فرد که هنگام روبه‌رو شدن با استرس‌زاهای زندگی به منظور غلبه کردن، تحمل کردن یا به حداقل رساندن عوارض استرس به کار گرفته می‌شود. با توجه به مشکلات تحصیلی و عملکردی کودکان ناتوانی یادگیری آن‌ها در مقایسه با همسالان عادی خود با استرس‌ها و چالش‌های بیشتری خود روبرو هستند (۱۵) عوامل استرس‌زا همراه با احساس حقارت، عزت نفس پایین و طرد شدن از سوی همسالان به‌طور بالقوه می‌تواند مشکلات رفتاری و هیجانی در کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری را تشدید کند (۱۶).

از آنجا که مداخلات مبتنی بر شواهد در کاهش

استرس مزمن در این کودکان می‌تواند در بهبود خصایص رفتاری و هیجانی آن‌ها موثر باشد، تقویت مهارت‌های مقابله‌ای برای این کودکان اهمیت و پیامدهای مثبت به‌سزایی دارد. با توجه اینکه دو شیوه تراپلی و فیلیال منجر به بهبود کیفیت رابطه والد-کودک نحوه مواجهه کودکان با چالش‌ها و استرس‌ها را تسهیل می‌کند. این پژوهش به دنبال مقایسه اثربخشی این دو روش درمانی بر رفتارهای مقابله‌ای کودکان با ناتوان یادگیری است. بنابراین محقق درصدد پاسخگویی به دو سوال است که آیا بین اثربخشی بازی درمانی به دو شیوه تراپلی و فیلیال بر رفتارهای مقابله‌ای دانش‌آموزان تفاوت وجود دارد یا خیر؟

روش کار

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل بود. بدین‌منظور از جامعه آماری پژوهش حاضر شامل ۱۸۳ دانش‌آموز پسر و دختر با اختلال یادگیری شهر اصفهان ۵۴ دانش‌آموز (۳۰ پسر و ۲۴ دختر) با اختلال ناتوانی یادگیری بدون ناتوانی ذهنی، اختلالات عصبی-رشدی، اختلالات بارز جسمی و حسی حرکتی با مادرانی بدون علائم بارز بالینی به‌صورت در دسترس و بر اساس معیارهای ورود به تحقیق (تشخیص اختلال ناتوانی یادگیری خاص توسط متخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان، اعلام رضایت کتبی مادر مبنی بر شرکت در پژوهش و جلسات آموزشی، نداشتن عقب‌ماندگی ذهنی، عدم حضور مادر یا کودک در جلسات آموزشی و روان‌شناختی دیگر، عدم وجود اختلالات بارز جسمی، حسی یا حرکتی، عدم وجود علائم بارز روان‌پزشکی در کودک یا مادر، عدم ابتلا به بیماری‌ها و یا اختلالات خاص (اوتیسم، سندرم داون، اختلالات ژنتیکی و...)، عدم سابقه بارز مصرف مواد در کودک یا مادر، عدم سابقه تشنج و استفاده از داروهای مرتبط) جهت همکاری انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۸ نفر) جایگذاری شدند. همچنین افرادی که دو جلسه متوالی یا غیر متوالی در تمرینات غیبت داشتند یا تمرینات و

تکالیف را مربوط به جلسات را در منزل انجام ندادند از تحقیق خارج شدند. در ادامه و در مراحل قبل، بلافاصله بعد و پیگیری ۲ ماهه پرسشنامه رفتارهای مقابله‌ای هرناپذیر را تکمیل کردند. این پرسشنامه برای سنجش رفتارهای مقابله‌ای کودکان ۱۶-۱۰ سال توسط هرناپذیر (۲۰۰۸) (۱۷) با ۵۷ سوال و سه مولفه طراحی شده است. هر سوال برای پاسخ به گزینه‌های «هرگز»، «برخی مواقع»، «بیشتر مواقع» و «تقریباً همیشه»، به ترتیب نمره ۱، ۲، ۳ و ۴ نمره‌گذاری می‌شود. فلاحی و همکاران (۱۳۹۶) ضریب پایایی برای سه مولفه انحراف از مشکل، کنار آمدن با مشکل برای بهبود و کنار آمدن ویرانگر به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۸ و ۰/۸۷ را محاسبه کردند (۱۸). در پژوهش حاضر نیز پایایی مولفه انحراف از مشکل ۰/۸۲، کنار آمدن با مشکل برای بهبود آن ۰/۸۹ و کنار آمدن ویرانگر ۰/۸۲ محاسبه شده است. همچنین برای بررسی و تشخیص اختلال یادگیری از مصاحبه بالینی مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 استفاده شد که توسط فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان صورت گرفت.

شیوه بازی درمانی تراپلی: براساس راهنمای بوث و جرنبرگ (۱۳۹۹) به گروه آزمایشی اول ۱۰ جلسه یک‌ساعته (یکبار در هفته به مدت ۱۰ هفته) بازی درمانی به شیوه تراپلی در جدول ۱ ارائه شد.

فیلیال تراپلی: براساس راهنمای برایتون و همکاران (۲۰۰۶) و کلام و همکاران (۱۳۹۳) به گروه آزمایشی دوم ۱۰ جلسه یک‌ساعته (یکبار در هفته به مدت ۱۰ هفته) فیلیال تراپلی در جدول ۲ ارائه شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار نسخه ۲۶ و با استفاده از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها

نمونه پژوهش حاضر شامل ۵۴ دانش‌آموز مبتلا به ناتوان یادگیری با دامنه سنی ۱۰ تا ۱۲ و میانگین $10/6 \pm 1/54$ سال بودند که ۵۵/۵۵ درصد (۳۰ نفر) پسر، ۴۴/۴۴ درصد (۲۴ نفر) دختر بودند. دامنه سنی مادران ۲۷ تا ۵۱ سال با میانگین $32/48 \pm 11/14$ سال بود. همچنین مشخص شد میانگین رفتار مقابله‌ای

جدول ۱- جلسات بازی‌درمانی براساس راهنمای بوث و جرنبرگ (۱۳۹۹)

جلسه اول	معرفی و آشنایی اعضاء، شرح اهداف پژوهش، بیان مقررات حاکم بر جلسات،
جلسه دوم	شرح قوانین بازی برای شرکت‌کنندگان، تاکید بر اصل پیروی از کودک بادکنک‌بازی، یافتن اشیای پنهان و خانه‌سازی با تاکید بر اصل اشتغال و رقابت، در پایان تشریح اصول بکار برده شده
جلسه سوم	کمک به کودک برای شناسایی و نام‌گذاری احساسات، بازی صورتک‌های هیجان، بازی نهنگ و ماهی، توضیح درباره استرس و مقابله، توضیح تقاضا و منافع در قالب فروشنده و خریدار، در پایان تشریح اصول بکار برده شده
جلسه چهارم	ایفای نقش در موقعیت‌های آشنا توسط کودکان به منظور ابزار هیجانانگیز، بازی دکتر-بیمار، فروشنده-خریدار.
جلسه پنجم	بازی مادران براساس اصول آموخته شده با کودکان تحت نظارت و بازخورد پژوهشگر به والدین، هدایت جلسات از مرکز به خانه.
جلسه ششم	انجام بازی در خانه با مشارکت والد و کودک، شامل قاشق و بادکنک، توپ و سبد، رساندن توپ‌ها به مقصد با تاکید بر اصل اشتغال و رقابت، توضیح قوانین حاکم بر بازی به کودکان با تاکید بر اصل ساختار
جلسه هفتم	انجام بازی در خانه، شامل توپ بازی، لی لی با تاکید بر اصل اشتغال و پرورش
جلسه هشتم	انجام بازی در خانه با مشارکت والد و کودک، موشک‌بازی، نهنگ و ماهی، تشخیص اشیای تغییر مکان داده‌شده، با تاکید بر اصل اشتغال و رقابت و توضیح قوانین حاکم بر بازی به کودکان با تاکید بر اصل ساختار
جلسه نهم	ایفای نقش مهمان- میزبان، مسابقه تقلید شکلک بدون خنده و خوردن تغذیه با تاکید بر اصل پرورش، اشتغال و رقابت و توضیح قوانین حاکم بر بازی به کودکان با تاکید بر اصل ساختار
جلسه دهم	اجرای جلسه با حضور پژوهشگر و والد، مرور کلیه مهارت‌های آموخته شده، پاسخ به سوالات والدین و تاکید بر ادامه جلسات در خانه

جدول ۲- جلسات بازی‌درمانی براساس راهنمای برایتون و همکاران (۲۰۰۶) و کلام و همکاران (۱۳۹۳)

جلسه اول	معرفی و آشنایی اعضاء، شرح اهداف پژوهش، بیان مقررات حاکم بر جلسات،
جلسه دوم	کمک به کودک برای شناسایی و نام‌گذاری احساسات، آموزش گوش کردن انعکاسی، تمریناتی برای پاسخ‌های همدلانه به خصوص در حالت هیجانی خشم، شادی، غم و ترس، تفاوت همدلی و همدردی، توضیح مفهوم استرس و مقابله
جلسه سوم	دریافت گزارش از عملکرد همدلانه مادران در منزل، آموزش برقراری روابط دوستانه، آموزش روش بازسازی شناختی با تاکید بر توجه به نیازهای کودک به‌جای کنترل
جلسه چهارم	آموزش عملی نحوه جلسات بازی با کودک در منزل و اصول بازی‌درمانی کودک‌محور، توضیح باید‌ها و نبایدهای بازی
جلسه پنجم	گزارش از جلسات در منزل، توضیح روش حد و مرز گذاشتن، پاسخ به سوالات والدین
جلسه ششم	بررسی جلسات بازی در منزل، آموزش بوسیدن ساندویچی، محبت بی‌قید و شرط، پاسخ به سوالات والدین
جلسه هفتم	ایفای نقش دو نفره والدین و شبیه‌سازی فضای تعاملی با کودکان‌شان، آموزش مسئولیت‌پذیری و تصمیم‌گیری و ایجاد قوانین
جلسه هشتم	برگزاری جلسه با حضور مادر و کودک، پاسخ به سوالات والدین، شیوه‌های صحیح تنبیه و تشویق
جلسه نهم	گفتگو درباره مشکلات رایج در جلسات بازی و چالش‌های گفتگوهای همدلانه، ارائه بازی‌های مختص بزرگسالان به والدین
جلسه دهم	مرور کلیه مهارت‌های آموخته شده، پاسخ به سوالات والدین و تاکید بر ادامه جلسات در خانه با طراحی بازی‌های هدفمند

میانگین نمرات برای بعد انحراف از مشکل $F=8/98$ و $P=0/001$ ، بعد کنار آمدن با مشکل $F=6/91$ و $P=0/002$ و بعد کنار آمدن ویرانگر $F=83/42$ و $P=0/001$ به دست آمد که بیانگر آن است که بین گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌دار وجود داشته است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، نمرات گروه‌های آزمایش اول در مرحله پس‌آزمون در هر سه مولفه انحراف از مشکل ($D=-7/57$ و $P=0/001$)، کنار آمدن با مشکل ($F=-3/35$ و $P=0/001$)، و کنار آمدن ویرانگر ($F=-2/37$ و $P=0/001$)، در مقایسه با گروه گواه تفاوت معناداری دارد. همچنین نمرات گروه‌های آزمایش دوم نیز در هر سه مولفه انحراف از مشکل، کنار آمدن با

انحراف از مشکل، کنار آمدن با مشکل برای بهبود آن و کنار آمدن ویرانگر در گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون تفاوت چندانی با یکدیگر نداشتند. اما در مراحل پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه تغییر کرد. به طوری که نمرات ابعاد انحراف از مشکل و کنار آمدن ویرانگر کاهش و میانگین نمرات بعد کنار آمدن با مشکل افزایش یافت.

نتایج نشان داد میانگین نمرات هر سه مولفه رفتارهای مقابله‌ای شامل انحراف از مشکل، کنار آمدن با مشکل و کنار آمدن ویرانگر در طی زمان تفاوت معناداری به وجود آمده است. در ادامه در جدول ۳ نتایج تحلیل بین‌آزمودنی ارائه شده است. بر اساس این جدول

جدول ۳- نتایج آزمون اثرات بین‌آزمودنی میانگین نمرات ابعاد رفتارهای مقابله‌ای

متغیرهای وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
انحراف از مشکل	مقدار ثابت	۵۲۲۶۹۶/۳۲	۱	۵۲۲۶۹۶/۳۲	۵۵۴۱/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۹۹۱
	عضویت گروهی	۱۶۹۴/۲۳	۲	۸۴۷/۱۱	۸/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱۶
کنار آمدن با مشکل	خطا	۴۸۱۰/۷۷	۵۱	۹۴/۳۲	۷۸۹۹/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۹۹۴
	مقدار ثابت	۱۹۰۵۵۰/۲۲	۱	۱۹۰۵۵۰/۲۲	۶/۹۱	۰/۰۰۲	۰/۲۷۱
کنار آمدن ویرانگر	عضویت گروهی	۳۲۳/۵۹	۲	۱۶۶/۷۹	۹۸۰/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵۱
	خطا	۱۲۳۰/۱۸	۵۱	۲۴/۱۲	۸/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹۵
	مقدار ثابت	۱۰۶۲۵/۵۸	۱	۱۰۶۲۵/۵۸			
	عضویت گروهی	۱۸۲/۵۶	۲	۹۱/۲۸			
	خطا	۵۵۲/۵۱	۵۱	۱۰/۸۳			

جدول ۴- نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه زوجی نمرات مولفه‌های رفتارهای مقابله‌ای

متغیر	مقایسه زوجی	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
انحراف از مشکل	تراپلی	-۱/۷۷	۱/۸۶	۰/۹۹۹
	گواه	-۷/۵۷	۱/۸۶	۰/۰۰۱
کنار آمدن با مشکل	تراپلی	-۵/۷۹	۱/۸۶	۰/۰۰۹
	گواه	-۰/۷۵۹	۰/۹۴۵	۰/۹۹۹
کنار آمدن ویرانگر	تراپلی	-۳/۳۵	۰/۹۴۵	۰/۰۰۳
	گواه	-۲/۵۹	۰/۹۴۵	۰/۰۲۵
کنار آمدن ویرانگر	تراپلی	-۰/۲۵۹	۰/۶۳۳	۰/۹۹۹
	گواه	-۲/۳۷	۰/۶۳۳	۰/۰۰۱
	تراپلی	-۲/۱۱	۰/۶۳۳	۰/۰۰۵
	گواه			

جدول ۵- بررسی اثر زمان بر میانگین نمرات ابعاد رفتارهای مقابله‌ای گروه‌ها

متغیر	مرحله پژوهش	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
انحراف از مشکل	پیش‌آزمون	-۱۰/۸۱	۱/۴۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۹/۸۳	۱/۴۳	۰/۰۰۱
کنار آمدن با مشکل	پیش‌آزمون	-۰/۹۸۱	۰/۸۲۷	۰/۷۲۳
	پیش‌آزمون	-۴/۰۷	۰/۴۴۰	۰/۰۰۱
کنار آمدن ویرانگر	پیش‌آزمون	-۲/۷۰	۰/۵۵۴	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	-۱/۳۷	۰/۴۱۱	۰/۰۰۵
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۲/۵۱	۰/۲۹۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۲/۸۵	۰/۲۸۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۳۳۳	۰/۲۲۷	۰/۴۴۴

که نشان می‌دهد هر دو شیوه به یک اندازه روی مولفه‌های انحراف از مشکل، کنار آمدن با مشکل و کنار آمدن ویرانگر موثر بوده‌اند.

نتایج آزمون بونفرونی در جدول ۵ نشان می‌دهد میانگین نمرات مولفه‌های انحراف از مشکل، کنار آمدن با مشکل و کنار آمدن ویرانگر در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌دار دارند، ولی بین میانگین نمرات مرحله پس‌آزمون و

مشکل و کنار آمدن ویرانگر به ترتیب با اختلاف میانگین $-۵/۷۹$ ، $-۲/۵۹$ و $-۲/۱۱$ با میانگین نمرات گروه گواه تفاوت آماری معناداری دارند ($P=۰/۰۰۱$). بنابراین بازی درمانی فیلیال تراپلی و تراپلی در بهبود رفتارهای مقابله‌ای دانش‌آموزان با ناتوان یادگیری موثر بوده است. همچنین براساس نتایج جدول ۴ بین میانگین هر سه مولفه رفتارهای مقابله‌ای در دو گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری نداشته است ($P>۰/۰۰۱$)

پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود نداشته است که بیانگر آن است میانگین نمرات در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحلهٔ پیش‌آزمون تغییر کرده است و توانسته این تغییر را حفظ نماید.

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد شیوهٔ تراپلی و فیلپال تراپلی در بهبود رفتارهای مقابله‌ای دانش‌آموزان باناتوانی یادگیری موثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های یزدانی‌پور و همکاران (۱۴۰۰)، کریمی و دشت‌بزرگی، (۱۳۹۹)، میرزا حسینی و همکاران (۱۳۹۶)، لی (۲۰۱۷) و ارویاری و وستانیس (۲۰۲۰)، همسو است (۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳). در تبیین این یافته می‌توان گفت که هر دو شیوه تراپلی و فیلپال تراپلی توانسته‌اند با ساختاری متفاوت روی بهبود ابعاد مربوط به رفتارهای مقابله‌ای دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری تاثیر مثبت به جای بگذارند (۱۹).

از آنجا که تراپلی، نوعی بازی‌درمانی کوتاه‌مدت تعاملی است که به صورت بازی‌های فعال بر بازی‌های مبتنی بر دلبستگی برای ایجاد روابط بهتر بین والد و کودک متمرکز می‌شود. درمانگر مسئولیت بیشتری برای پیشرفت جلسات بازی بر عهده می‌گیرد، به طوری که با ایجاد دلبستگی بیشتر، رفتار همدلانه، بازی تعاملی، تماس بین‌فردی چشمی و بدنی مشخص می‌شود (۲۴). بدین ترتیب، در پژوهش حاضر هم والدین و هم درمانگر از طریق ارائه چالش‌های بازی‌گوشی کمک کردند تا کودکان گروه‌های آ‌م‌ایش عزت نفس و احساس شایستگی و خودکارآمدی خود را تقویت کنند. چالش‌ها باعث ایجاد ناامیدی برای کودکان می‌شد که به کمک بازی یاد می‌گرفتند چگونه با چالش‌ها و استرس‌ها مواجه شوند. در واقع، بازی درمانی تراپلی و فیلپال تراپلی به کودکان یاد داد که مبارزه، رقابت و بازیگوشی می‌تواند تنش و خشم فروخورده آنها را به روشی ایمن، مستقیم و کنترل شده رها کرده و متمرکز نماید (۲۵). به خصوص که در پژوهش حاضر بخش زیادی از فضای جلسات به چالش‌هایی مانند کشتی دست یا پا، طناب‌کشی، و مبارزه با بالش اختصاص داشت،

فعالیت‌های درگیرکننده کودکان را ترغیب کرد تا با مراقب خود درگیر شوند، سطح بهینه‌ای از برانگیختگی را حفظ کنند، تجربهٔ خود را به‌عنوان افراد جداگانه افزایش دهند. این موضوع به نوبهٔ خود موجب بازسازی "رابطه سالم مادر و کودک" شد (۲۶). از سوی دیگر، فیلپال تراپلی نیز به‌عنوان یکی دیگر از روش‌های کوتاه مدت و ترکیبی بازی‌درمانی و خانواده‌درمانی محسوب می‌شود که طی آن رابطهٔ پویا بین پاسخ‌های رفتاری والدین به کودک‌شان در بازی بازخوردهای بین‌فردی و واکنش‌های عاطفی یا شناختی (درون روانی) مرتبط با آنها مورد تاکید می‌شود. به طوری که درمانگران والدین را در شناخت پاسخ‌های انعکاسی خود به فرزندشان راهنمایی می‌کنند (مثلاً ناتوانی در اجازه دادن به کودک که رهبری جلسه بازی را به عهده بگیرد)، به والدین کمک می‌کنند واکنش‌های عاطفی خود را کشف و درک کنند (مثلاً "احساس آسیب‌پذیری و ضعف می‌کردم")، و کمک می‌کنند. والدین باورهای محدودکننده مرتبط را به چالش می‌کشند (به‌عنوان مثال، "او فقط می‌خواهد این را برای من بد کند") (۱۵).

در واقع، در تبیین دقیق‌تر اثربخشی دو روش بازی‌درمانی به کار رفته در پژوهش حاضر می‌توان به برخی از قابلیت‌های درمان‌بخش بازی‌درمانی‌های مبتنی بر رابطه و تعامل والد - کودک که توسط شیفر و دروز (۲۰۱۰) معرفی شده‌اند اشاره کرد. از جمله این قابلیت‌ها می‌توان به ویژگی برون‌ریزی خیالی موجود در متن بازی اشاره کرد که کودکان با استفاده از بازی، تجربیات آسیب‌زا و استرس‌زا را بازسازی کرده و مجدداً تجربه می‌کنند؛ در نتیجه احساس توانایی و تسلط به آنها دست می‌دهد. در واقع، کودکان از طریق بازی با رویدادهای ناگوار بیرونی مواجه شده و به صورت بازی‌گونه بر آنها مسلط می‌شوند، بدون اینکه خطرات واقعی آنها را تهدید کند (۱۲) از سوی دیگر، قابلیت تخلیه هیجانی بازی نیز تبیین دیگری برای تاثیر بازی درمانی والد - کودک است که به کودکان کمک می‌کند هیجان‌های خود را به صورت کاملاً امن و راحت برون‌سازی کنند که در نهایت این قابلیت‌ها، وقتی در

دیگر، مانند عادت‌ها و حمایت خانواده، تفکر مثبت و حواس‌پرتی تأثیر بگذارند. همچنین در بعد کنار آمدن با مشکل به منظور بهبود مشکل یا سعی در یافتن راه‌حل مسئله و بیان هیجان از طریق تمرکز بر آن، شیوه‌های بازی‌درمانی موثر واقع شدند. در مورد کنار آمدن ویرانگر نیز تا حدود زیادی روش‌های بازی‌درمانی موثر واقع شدند که دلیل این تأثیر را می‌توان به مکانیزم اثر هر یک از روش‌های بازی‌درمانی نسبت داد که قبلاً در خلال بحث و نتیجه‌گیری پیرامون یافته قبلی درباره آن صحبت شد.

ملاحظات اخلاقی

اصول اخلاقی در این پژوهش رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. آن‌ها در جریان روند پژوهش قرار می‌گرفتند و اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد.

References

1. Brown J, Mc Donald M, Besse C, Manson P, Mc Donald R, Rohatinsky N, et al. Anxiety, mental illness, learning disabilities, and learning accommodation use: A cross-sectional study. *J Profess Nurs*. 2020;6(5):123- 132.
2. Haft SL, Duong PH, Ho TC, Hendren RL, Hoefft F. Anxiety and Attentional Bias in Children with Specific Learning Disorders. *J Abnorm Child Psychol*. 2018.
3. Kaur A, Padmanabhan J. Children with Specific Learning Disorder: Identification and Interventions. *Educ Quest*. 2017;8:1-8.
4. Grigorenko EL, Compton DL, Fuchs LS, Wagner RK, Willcutt EG, Fletcher JM. Understanding, educating, and supporting children with specific learning disabilities: 50 years of science and practice. *Am Psychol*. 2020;75(1):37-51
5. Heiman T, Berger O. Parents of children with Asperger syndrome or with learning disabilities: Family environment and social support. *Res Dev Disabil*. 2008;29(4):289-300.
6. Russ SW. Play in child development and psychotherapy: Toward empirically supported practice. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. 2004.
7. Munns E. Application of family and Group Theraplay. Maryland: Aronson. 2009.

بافت بازی‌درمانی والد — کودک مورد استفاده قرار می‌گیرند کمک می‌کنند که نه تنها کودک، بلکه مادرانی که در جریان بازی‌درمانی در جایگاه مربی و بازی‌درمانگر قرار گرفته‌اند کمک کنند تا فرزندان‌شان از استرس‌ها و فشارهای زندگی روزمره رها شوند (۱۶). این نکته هم بایستی مورد توجه قرار گیرد که استفاده از شیوه‌های بازی‌درمانی تعاملی والد — کودک مانند تراپلی و فیلیال تراپلی در کاهش رفتارهای مقابله‌ای پرخاشگرانه، بیش‌فعالی و نافرمانی کودکان مؤثر گزارش شده‌اند (۲۷) در واقع، یکی از ویژگی‌های منحصر به فرد روش‌های تعاملی والد — فرزند این است که چنانچه تغییری در رابطه صورت گیرد، این رابطه می‌تواند روی اغلب مولفه‌های روان تأثیر بگذارد و به دلیل ماهیت رابطه‌ای و تعاملی موضوع، می‌تواند تأثیر خود را برای مدت طولانی حفظ نماید (۱۶) در واقع، یکی از نکات بسیار مهمی که در زمینه به کارگیری روش‌های مداخله روان‌شناختی مستقیم و غیرمستقیم مورد توجه قرار می‌گیرد این است که این گونه روش‌های مداخله چگونه، از چه مسیری و تا چه زمان می‌توانند اثرات خود را اعمال و حفظ نمایند (۲۸) امید است با استفاده از نتایج این تحقیق بتوان دیدگاه روشنی در زمینه تأثیر دو نوع مداخله بر رفتارهای مقابله‌ای دانش‌آموزان در اختیار متخصصین، محققین و اولیا قرار داد تا جهت به حداقل رساندن عوارض این مشکلات در دانش‌آموزان و انتخاب بهترین نوع مداخله قرار دهد. با این حال عدم دسترسی به تمام افراد جامعه، عدم کنترل شرایط روحی آزمودنی‌ها هنگام انجام تمرینات و تکمیل پرسشنامه و عدم کنترل جایگاه اجتماعی و وضعیت اقتصادی خانواده‌ها از محدودیت‌های تحقیق حاضر است که ممکن است بر نتایج تحقیق تأثیر داشته باشد.

نتیجه‌گیری

بر این اساس، مشخص شد که هر دو شیوه بازی‌درمانی به کار رفته در پژوهش حاضر توانستند تأثیر پایداری روی ابعاد مختلف رفتارهای مقابله‌ای دانش‌آموزان اعمال کنند. به طوری که هر دو روش بازی‌درمانی توانستند روی انحراف از مشکل به سمتی

8. Salo S, Flykt M, Mäkelä J, Lassenius-Panula L, Korja R, Lindaman S, et al. The impact of Theraplay® therapy on parent-child interaction and child psychiatric symptoms: a pilot study. *Int J Play*. 2020;9(3):331-352.
9. Smithee LC, Krizova K, Guest JD, Case Pease J. Theraplay as a family treatment for mother anxiety and child anxiety. *Int J Play Ther*. 2021;30(3):206–218.
10. Salisbury S. Using attachment enhancing activities based on the principles of Theraplay to improve adult-child relationships and reduce a child's overall stress as measured by the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Emot Behav Diff*. 2018; 23(4):424-440.
11. Cooper J, Brown T, Yu M. A retrospective narrative review of filial therapy as a school-based mental health intervention. *Int J Play Ther*. 2020;29:86-95.
12. Samadi A. Play therapy: research theories and intervention methods. Tehran: Danje Publications. 2010.
13. Myrick AC, Green EJ, Barnes M, Nowicki R. Empowering nondeployed spouses and children through filial therapy. *Int J Play Ther*. 2018;27(3):166–175.
14. Skinner EA, Zimmer-Gembeck MJ. The development of coping. *Ann Rev Psychol*. 2007;58(1):119–44.
15. Panicker AS, Chelliah A. Resilience and Stress in Children and Adolescents. 2016.
16. Burenkova OV, Naumova OY, Grigorenko EL. Stress in the onset and aggravation of learning disabilities. *Dev Rev*. 2021;61:100968.
17. Hernandez BC. The children's coping behavior questionnaire: development and validation. Chicago: Loyola University Chicago. 2008.
18. Falahi M, Kafi Masuleh M, Khosrojauid M, Karimi Lichahi R, Eskandari B. Preliminary examination and psychometric properties of Children's Coping Behavior Questionnaire (CCBQ). *Iran J Psychiatry Clin Psychol (thought and behavior)*, 2016;23(4):497-508.
19. Yazdanipour M, Ashuri M, Abedi A. Comparing the effectiveness of filial therapy and therapy on the anxiety of children with hearing loss. *Fam Stud*. 2021;17(1):117-136.
20. Karimi E, Dashbozorgi Z. The effectiveness of filial therapy on mother-child interaction and behavioral problems of children with intellectual disability. *J Disabil Stud*. 2019;10:186-195.
21. Mirzahosseini H, Mirbagheri M, Kamalian T, Qasimzadeh A. The effectiveness of cognitive-behavioral group play therapy on children's coping styles. *Sci J Med Organ Islam Repub Iran*. 2016;35(1):53-60.
22. Lee S. The Effects of Filial Therapy on Families of Children with Cancer: Mother's Family Function and Parenting Stress and Children's Behavior Problems. *J Symbols Sandplay Ther*. 2017;8(2):23-43.
23. Eruyar S, Vostanis P. Feasibility of group therapy with refugee children in Turkey. *Counsel Psychother Res*. 2020.
24. Wettig H, Golman A, Geider F. Evaluating the effectiveness of therapy in treating shy, socially withdrawn children. *Int J Play Theraplay*. 2011;20,1(26):29-37.
25. Siu AF. Effectiveness of Group Theraplay on enhancing social skills among children with developmental disabilities. *Int J Play Ther*. 2014;23(4):187-193.
26. Han JH, Lim YL, Yun JH, Youn MW, Kim BS. Theraplay-Based Group Therapy for Juvenile Delinquents: A Randomized and Controlled Trial in Korea. *J Korean Assoc Soc Psychiatry*. 2018;23(2):15-25.
27. Jalali D, Aghaei A, Shamsipour M. The effectiveness of parenting education based on acceptance and commitment and child therapy on oppositional defiant disorder of preschool children and life satisfaction of mothers. *Knowl Res Appl Psychol*. 2022;23(1 (serial 87)):137-154.
28. Butcher JN, Minka S, Holley J. Psychopathology, translated by Yahya Seyed Mohammadi, Tehran: Arsbaran Publications. 2018.