



Comparison of the Effectiveness of Cerebral Exercise and Play Therapy on Empathy and Parent Relations in Students of Learning Disorders in Tehran

Susan. Kordbacheh¹, Sahar. Safarzadeh*², Marjan. Alizadeh³

1. PhD student of Psychology and education of exceptional children, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Article type

Original research

Pages: 171-184

Corresponding Author's Info

Email: safarzadeh1152@gmail.com

Article history:

Received: 2022/07/22

Revised: 2022/08/31

Accepted: 2022/10/02

Published online: 2022/11/03

Keywords:

exercise, play therapy, empathy, child-parent relationships, students, learning disorder.

ABSTRACT

Background and Aim: Learning disorder in children is a neuro-developmental disorder that affects the effective processing of verbal or non-verbal information. The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of brain exercise exercises and filial play therapy on empathy and parent-child relationships in students with learning disabilities in Tehran. **Methods:** It was quasi-experimental research with a pre-test, post-test design with a control group. The research community includes all students with specific learning disabilities in the elementary school of Tehran. Regular multi-stage random sampling method was selected and randomly divided into three groups (two experimental groups and one control group). In all three groups, children's cognitive and emotional empathy scale questionnaires: parent rating form (Dodds et al., 2008) and Pianta overall positive parent-child interaction questionnaire, brain exercise therapeutic exercises (8 sessions) and the second experimental group, Filial play therapy (10 sessions) and no intervention was done for the control group. Statistical analysis was performed using multivariate, univariate analysis of covariance and Bonferroni's post hoc test and SPSS23 software. **Results:** The findings of the research have shown that brain exercise exercises and filial play therapy on emotion management skills ($F=4.880$ and $P<0.01$), social competence ($F=200.64$ and $P<0.01$), empathy ($F=231.23$ and $P<0.01$) and parent-child relationships ($F=29.97$ and $P<0.01$) were effective. Also, there is no significant difference between the group of brain exercise exercises and the filial play therapy group on the improvement of empathy and parent-child relationships. **Conclusion:** It can be concluded that these two types of educational techniques can be used to help and educate children with learning disabilities.



This work is published under CC BY-NC 4.0 licence.

© 2022 The Authors.

How to Cite This Article:

Kordbacheh, S., Safarzadeh, S., & Alizadeh, M. (2022). Comparison of the Effectiveness of Cerebral Exercise and Play Therapy on Empathy and Parent Relations in Students of Learning Disorders in Tehran. *Jayps*, 3(2): 171-184



مقایسه اثربخشی تمرینات ورزش مغزی و بازی درمانی فیلیال بر همدلی و روابط والد کودک در دانش آموزان اختلال یادگیری شهر تهران

سوسن کردبچه^۱، سحر صفرزاده^{۲*} و مرجان علیزاده^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

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

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

چکیده

زمینه و هدف: اختلال یادگیری در کودکان یک اختلال عصبی-رشدی است که بر پردازش موثر اطلاعات کلامی یا غیر کلامی تأثیر می‌گذارد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی تمرینات ورزش مغزی و بازی درمانی فیلیال بر همدلی و روابط والد کودک در دانش آموزان اختلال یادگیری شهر تهران انجام شد. **روش پژوهش:** تحقیق از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه تحقیق شامل کلیه دانش آموزان دارای اختلال یادگیری خاص در مقطع ابتدایی شهر تهران می‌باشند. روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای منظم انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) تقسیم شدند. در هر سه گروه پرسشنامه‌های مقیاس همدلی شناختی و عاطفی کودکان: فرم درجه بندی والدین (دادس و همکاران، ۲۰۰۸) و پرسشنامه پرسشنامه تعامل مثبت کلی والد-کودک پیانتا تمرینات درمانی ورزش مغزی (۸ جلسه) و گروه آزمایش دوم، بازی درمانی فیلیال (۱۰ جلسه) انجام شده و برای گروه گواه هیچگونه مداخله‌ای انجام نشد. تجزیه تحلیل آماری با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیری، تک متغیری و آزمون تعقیبی بنفرونی و نرم افزار SPSS23 انجام شد. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داده است که تمرینات ورزش مغزی و بازی درمانی فیلیال بر مهارت مدیریت هیجان ($F = 4/880$ و $P > 0.01$)، شایستگی اجتماعی ($F = 200/644$ و $P > 0.01$)، همدلی ($F = 231/232$ و $P > 0.01$) و روابط والد-کودک ($F = 29/978$ و $P > 0.01$) مؤثر بود. همچنین بین گروه تمرینات ورزش مغزی و گروه بازی درمانی فیلیال بر بهبود همدلی و روابط والد کودک و تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت که از این دو نوع تکنیک آموزشی برای کمک و آموزش کودکان دارای اختلال یادگیری استفاده نمود.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: پژوهشی

صفحات: ۱۸۴-۱۷۱

اطلاعات نویسنده مسئول

ایمیل: safarzadeh1152@gmail.com

سابقه مقاله

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۴/۳۱

تاریخ اصلاح مقاله: ۱۴۰۱/۰۶/۰۹

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۰۷/۱۰

تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۸/۱۲

واژگان کلیدی

ورزش، بازی درمانی، همدلی، روابط والد کودک، دانش آموزان، اختلال یادگیری.

انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است. تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



شیوه استناد به این مقاله

کردبچه، سوسن، صفرزاده، سحر، و علیزاده، مرجان. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی تمرینات ورزش مغزی و بازی درمانی فیلیال بر همدلی و روابط والد کودک در دانش آموزان اختلال یادگیری شهر تهران. *دوفصلنامه مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۳(۲): ۱۸۴-۱۷۱

مقدمه

اختلال یادگیری^۱ در کودکان یک اختلال عصبی-رشدی است که در بر اثر تعامل عوامل ارثی و محیطی موثر، بر توانایی مغز در ادراک یا پردازش موثر اطلاعات کلامی یا غیر کلامی تأثیری ندارد. ناتوانی یادگیری گسترده‌ای بسیار وسیع تر از مشکلات تحصیلی را در بر می‌گیرد (مرازیک، نایدو، بورزا، کوبیتویچ و شرگیل، ۲۰۱۹) و تقریباً هر جنبه از زندگی کودک از جمله تحصیلی، عزت نفس، خودکارآمدی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و یک چالش مادام‌العمر است (چمبرس و زسیگر، ۲۰۱۸، تولین، ۲۰۱۹)؛ مشخصه این اختلال مشکلات پایدار در زمینه یادگیری مهارت‌های تحصیلی مربوط به خواندن، بیان نوشتاری و ریاضیات است که در اوایل کودکی شروع می‌شود و با توانایی هوشی کلی کودک هم‌خوانی ندارد. (سادوک، سادوک و رویز، ۲۰۱۵). شروع اختلال یادگیری در اوایل ورود به مدرسه معمولاً به شکل نمره‌های پایین و یادگیری ضعیف مشخص می‌گردد. شناخت نوع اختلال یادگیری و ریشه‌یابی آن‌ها به ویژه در دوره دبستان و در درس‌های اصلی می‌تواند در رفع این اختلال، کمکی مؤثر باشد (فیجورا، ۲۰۱۶). میزان شیوع این اختلال در کودکان مدرسه‌ای ۳ تا ۱۷/۵ درصد گزارش شده است و در پسران بیشتر از دختران و به نسبت ۲ به ۱ تا ۴ به ۱ متغیر است (انجمن روان‌پزشکی^۲، ۲۰۱۳). دامنه سنی کودک دوره دبستان در حوزه اختلالات یادگیری بیشترین میزان تأکید را به خود اختصاص داده است (کریمی، ۱۳۹۸).

مولفه همدلی^۳ یکی دیگر از عوامل مرتبط با شرایط کودکان ناتوان یادگیری است. همدلی به عنوان یک سازه شناختی و هیجانی (یوانگ، ژو، ایکسا، لی و ژانگ، ۲۰۲۰؛ اسزوستر و جاریموویچ، ۲۰۲۰)، به عنوان ظرفیت افراد برای ادراک و فهم رفتار دیگران، تجربه هیجان‌ات و احساسات آن‌ها و بیان آنچه که درک کرده ایم توصیف شده است که بعد شناختی آن به توانایی درک دیدگاه‌های طرف مقابل اشاره دارد (تارانتینو، دس دی گاسپریس،

ماسیو و پینو، ۲۰۱۹) و توانایی مهمی است که از آسیب به دیگران جلوگیری می‌کند و نیروی برانگیزاننده رفتارهای اجتماعی است که انسجام گروهی را در بر می‌گیرد (مورلی، لیبرمن و زکی، ۲۰۱۵). خواندن و ناتوانی در آن یکی از حوزه‌های بسیار مهمی است که علاوه بر روابط اجتماعی، در روابط عاطفی و هیجانی مانند همدلی تأثیرگذار خواهد بود (تارویان، نیکولاس و فکوئت، ۲۰۰۷). دانش آموزان دارای ناتوانی یادگیری در درک هیجان‌ها ضعیف هستند و احساسات بسیار سطحی دارند که از ناتوانی آن‌ها در درک ارتباط‌های غیرکلامی - دیداری مایه می‌گیرد. این افراد در مهارت‌های اجتماعی و ارتباطشان، پاسخ‌های ابتکاری غیرکلامی پایینتری دارند (سعادت، برنجی و آقازارتی، ۱۳۹۹؛ لانیس و فروسینی، ۲۰۰۸).

یکی دیگر از عوامل مرتبط بهبود شرایط کودکان دارای ناتوانی یادگیری، روابط والد-کودک^۴ است. در کل کودکان در دوران کودکی، والدین و همچنین رابطه آن‌ها با کودک از مهمترین عوامل مؤثر بر رشد روانی اجتماعی محسوب می‌شود (خدابخشی کولایی، شاهی، نویدیانو مصلی نژاد، ۱۳۹۴). والدین و خانواده‌ها نقش مهمی در تعیین سلامت جسمی، ذهنی و اجتماعی فرزندانشان ایفا می‌کنند. آن‌ها می‌توانند از طریق تعامل با کودکان خود و همچنین از طریق نگرش‌هایشان بر کودکان تأثیر بگذارند (علیزاده، همتی علمدارلو، رضایی دهنوی، شجاعی، ۱۳۹۸). بهبود کیفیت تعامل والد و کودک، با کاهش مشکلات رفتاری کودک و افزایش رفتارهای جامعه‌پسند، بهبود مهارت‌های فرزند پروری از جمله نظم و انضباط قاطعانه و کاهش استرس و تنیدگی والدینی همراه است (داموداران، ۲۰۱۳). همچنین کیفیت تعامل والد و کودک با تأثیر بر اختلالات رفتاری و عملکرد اجرایی کودکان همراه بوده (شپرس، شپرس، مونسواکس، دیویس، لویز، ۲۰۱۵) و همچنین تغییر الگوهای تعاملی والد-کودک برای جلوگیری از مشکلات و تقویت شیوه‌های فرزند پروری

3. empathy
4. parent – child interactions

1. Learning disorder
2. psychiatric association

چشمگیری نشان داده شده است عبارتند از: تمرکز، حافظه، خواندن منابع علمی و آموزشی، نوشتن، ریاضیات، آزمون دادن، هماهنگی بدنی، روابط، مسئولیت شخصی، نگرش‌ها و مهارت‌های سازمانی (نگارکار، روکید، مالوید، ۲۰۱۸). مرادی، داوودی، حیدری و آل یاسین (۲۰۱۸) نیز در تحقیق خود نشان دادند که آموزش ورزش مغزی و فرزنددرمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر نشانگان نقص توجه/بیش‌فعالی موثر می‌باشد و بیشتر تاثیر نیز مربوط به آموزش ورزش مغزی است و این نکته در زمان پیگیری نیز همچنان پایدار بوده است.

یکی دیگر از روش‌های روان‌شناختی منجر به بهبود روابط کودک ناتوان یادگیری را می‌توان بازی درمانی فیلیال دانست. در کل بازی درمانی بین افکار درونی کودک با دنیای بیرونی ارتباط برقرار کرده و سبب می‌شود، کودک بتواند اشیاء و محیط خارجی را تحت کنترل خود درآورد و به کودک اجازه می‌دهد تا تجربیات، افکار، احساسات و تمایلاتی را که برای وی تهدید کننده هستند، ابراز نماید و این امر سبب بهبود وضعیت روان‌شناختی فرد در ابعاد مختلف از جمله، اضطراب، درماندگی و تاب‌آوری می‌گردد (لی، لیو و چنگ، ۲۰۱۹). کودک ناتوان به اختلال یادگیری، به دلیل پایین بودن سطح تفکر انتزاعی، قادر به بیان هیجانات و احساسات خود نیستند. سرکوب و مهارت نداشتن در بیان احساسات به ویژه از نوع منفی آن، به‌دانش روانی کودک را به مخاطره می‌اندازد، باعث ایجاد اضطراب و تنیدگی روان‌شناختی شده و از عواطف مثبت و سازگاری فرد می‌کاهد (نریمانی، پرزور و بشر پور، ۱۳۹۴). از این رو، پیدا کردن راهی که کودک را قادر نماید به شیوه‌ای غیر از بیان کلامی هیجانات خود را بروز نماید، کاملاً ضروری به نظر می‌رسد. بازی، ابزاری است که کودک به کمک آن خود را بیان می‌نماید و برای هر کودکی جدا از نژاد، زبان و ملیت وسیله مناسبی جهت تخلیه هیجانات و ابراز خود می‌باشد. بازی، یکی از مهمترین مؤلفه‌های زندگی کودک است. کودک از طریق بازی می‌تواند مهارت‌های پایه و

والدین و افزایش اعتماد به نفس آن‌ها نقش مهم و اساسی دارد (داموداران، ۲۰۱۳). تحقیق متین، احمدی و جلالی (۲۰۱۹) نیز مشخص کرد که وجود کودک مبتلا به ناتوانی یادگیری اغلب نظام خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و تغییرات مهمی در زندگی خانواده‌ها و به ویژه نزد مادران ایجاد می‌کند و همچنین مادران، سه مضمون اصلی احساسات ناخوشایند مادر شدن، نگرانی‌های اجتماعی و تحصیلی و تنش و تعارض خانوادگی را گزارش دادند که نشانه آشفتگی روابط والد و کودک بوده و بررسی تجارب و اثرات ناتوانی یادگیری بر زندگی از زاویه دید والدین کودک مبتلا به ناتوانی یادگیری دارای اهمیت است و نیاز به پژوهش دارد.

با توجه به شرایط کودک دارای ناتوانی یادگیری، نیاز به بهبود اوضاع ایشان از راه‌های روان‌شناختی مانند تمرینات ورزش مغزی^۱ و بازی درمانی فیلیال^۲ مهم می‌باشد. ورزش مغزی به عنوان آموزش مهارت‌های حرکتی شناخته شده است و دنیسون و دنیسون در سال ۱۹۷۰ به طور رسمی آن را مورد بررسی قرار دادند. روش ورزش مغزی، مغز را فعال می‌کند تا استرس پیرامون خاطرات، موقعیت‌ها، افراد، مکان و مهارت‌های خاص را متعادل سازد. پروتکل فعالیت ورزش مغز با فعال سازی هردو نیمکره مغز از طریق الگو دهی عصبی مجدد برای تقویت یادگیری کل مغز، عملکرد تحصیلی و رفتاری را افزایش می‌دهد (نگارکار، روکید و ملوید، ۲۰۱۸). ورزش مغزی شامل مجموعه‌ای از حرکات است که سبب فعالیت ظاهری مغز، ترویج عصبی و تسهیل در یادگیری در مغز می‌شود. این برنامه مبتنی بر این تصور است که مشکلات یادگیری ناشی از ناهماهنگی مغز و بدن می‌باشد و در نتیجه موجب مسدود شدن توانایی فرد در یادگیری می‌شود (دنیسون و دنیسون، ۱۹۹۴). مداخله ورزش مغز برای کودکان مبتلا به ناتوانی‌های رشدی^۳ مانند اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه^۴، کنش پریشی^۵، خوانش پریشی^۶ و اختلال طیف اتیسم^۷ اجرا می‌شود. حوزه‌هایی که با استفاده از این روش در آن‌ها پیشرفت‌های

5. dyspraxia
6. dyslexia
7. autism spectrum disorder

1. brain gym
2. play filial therapy
3. developmental disabilities
4. attention deficit disorder (ADD)

۲ - تمایل به همکاری داشته باشد، ۳ - رضایت نامه از طریق والدین تکمیل شود، ۴ - تشخیص قطعی اختلال یادگیری خاص برای دانش آموز از طریق متخصص مربوطه، و ملاکهای خروج نیز شامل؛ ۱ - عدم تمایل به همکاری کودک، دو جلسه غیبت در جلسات آموزش، ۲ - داشتن اختلالات روان شناختی و ۳ - استفاده از داروها جهت درمان اختلال روان شناختی می باشد. پژوهش حاضر دارای کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی واحد اهواز با شناسه IR.IAU.AHVAVZ.REC.1399.103 می باشد.

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس همدلی شناختی و عاطفی کودکان (فرم درجه بندی والدین)**: این مقیاس یک مقیاس عینی که توسط دادس، هانتر، هاوس، فراست، والسو، بان، مرز، ما سری (۲۰۰۸) ساخته شده و مشتمل بر ۲۳ سؤال می باشد که در یک طیف ۹ درجه ای لیکرت بصورت کاملاً مخالفم (-۴) تا کاملاً موافقم (+۴) نمره گذاری می شود. این مقیاس بر اساس شاخص همدلی برایان تطبیق سازی شده است و تنها مقیاسی است که قادر است همدلی کودکان سنین ۴ تا ۱۶ سال را ارزیابی نماید. روایی و پایایی مقیاس مزبور در پژوهش دادس و همکاران (۲۰۰۸) احراز شده است. دادس و همکاران (۲۰۰۸) به منظور بررسی روایی مقیاس، از روش های روایی همگرا و تحلیل عوامل استفاده کردند. نتایج روایی همگرا حکایت از روایی همگرایی مطلوب مقیاس همدلی شناختی و عاطفی کودکان: فرم درجه بندی والدین با « شاخص همدلی برایان » داشت. علاوه بر این، نتایج تحلیل عوامل مقیاس نشان داد که مقیاس شامل دو عامل شناختی و عاطفی می باشد به منظور بررسی پایایی مقیاس نیز از روش همسانی درونی استفاده شد که بر این اساس ضریب آلفای کرونباخ مقیاس، ۰/۸۱ برآورد گردید. در این راستا روایی مقیاس با روش های صوری و تحلیل عوامل بررسی شد. نتایج تحلیل عوامل نشان داد که مقیاس از دو عامل شناختی و عاطفی اشباع شده است. همچنین پایایی مقیاس با روش ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس های همدلی شناختی و عاطفی

اجتماعی را یاد بگیرند و رشد کنند، به ویژه و سایل بازی، نقش تعیین کننده در بازی دارد تا وی بتواند جهان اطرافش را کشف کند (اهلوی - دلایر، اسپینوزا و ماسون، ۲۰۱۸). پژوهشگران بازی درمانی را به عنوان روشی که مشکلات هیجانی و اجتماعی را کاهش می دهد مطرح کرده اند (لواسانی، کرامتی و کدیور، ۲۰۱۸) و بارزترین شیوه تغییر رفتار در کودکان، بازی درمانی می باشد. یکی از این روش ها، بازی درمانی مبتنی بر ارتباط والد-کودک یا بازی درمانی فیلیال است (اوروجی اقدم، عطادخت و بشرپور، ۲۰۲۰). بازی درمانی فیلیال در واقع روشی است که به آموزش عملی بازی درمانی به والدین مبتدی بر ارتباط والد-کودک می پردازد. این روش به استفاده از والدین در فرآیند درمان مشکلات کودکان و همچنین به بازی به عنوان یک عامل درمان برای کودکان اهمیت بسزایی داده است (قدمپور، شهبازی راد، محمدی و عباسی، ۲۰۱۶). بر اساس مطالب فوق، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی تمرینات ورزش مغزی و بازی درمانی فیلیال بر همدلی و روابط والد کودک در دانش آموزان اختلال یادگیری شهر تهران انجام شد.

روش پژوهش

تحقیق از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه تحقیق شامل کلیه دانش آموزان دارای اختلال یادگیری خاص در مقطع ابتدایی شهر تهران می باشند پس از کسب مجوزهای لازم از اداره آموزش و پرورش کودکان استثنایی شهر تهران ابتدا لیست ۱۴ سامی مرکز آموزشی و توانبخشی مشکلات ویژه ناتوانایی یادگیری مشخص و از بین آنها ۴ مرکز بصورت تصادفی انتخاب شد و از بین مراجعین آنان ۴۵ کودک ناتوان یادگیری که والدین و خودشان مایل به همکاری بودند، تعیین و به صورت تصادفی به سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) تقسیم شدند. این سه گروه، یک گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل تمرینات ورزش مغزی و یک گروه آموزش در معرض متغیر مستقل بازی درمانی فیلیال قرار گرفتند و هیچ مداخله ای آموزشی در مورد گروه گواه اعمال نشد. در همین راستا ملاک ورود در تحقیق حاضر، ۱ - آزمودنی باید مقطع ابتدایی باشد،

روش اجرای پژوهش

در ابتدا پس از کسب اجازه از مسئولین مراکز آموزشی و توانبخشی مشکلات ویژه نا توانایی یادگیری شهر تهران، و حاضر شدن در این مکان‌ها، در تحقیق حاضر، کلیه مسیر تحقیق و اهداف پژوهش برای کودکان و والدین ایشان توضیح داده می‌شود و کلیه سوالات و ابهامات ایشان در قبل و حین اجرای تحقیق توضیح داده می‌شود و در صورتی که مایل به همکاری باشند و رضایت والدین وجود داشته باشد تحقیق بر کودکان اجرا می‌گردد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس یک و چند متغیره) در نرم‌افزار SPSS27 استفاده گردید. گروه آزمایش اول طی هشت جلسه یک‌ساعته و به صورت هفتگی تحت تمرینات ورزش مغزی به شیوه جلسات گروهی و براساس بسته آموزشی مختاریان و همکاران (۱۳۹۴) قرار گرفت. محتوای جلسات تمرینات ورزش مغزی در جدول ۱ ارایه شده است.

به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۹ به دست آمد (خانچانی، شریعتی و امین، ۱۳۹۲).

۲. پرسشنامه رابطه والد- کودک (CPRS): این مقیاس توسط پیاننا^۱ برای اولین بار در سال ۲۰۱۱ ساخته شد و شامل ۳۳ ماده است و ۴ مولفه، که ادراک والدین را در مورد رابطه خود با کودکشان را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره گذاری آن براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (نمره ۵ برای قطعا صدق می‌کند و نمره ۱ برای قطعا صدق نمی‌کند) صورت می‌پذیرد. این پرسشنامه توسط طهما سیان و خرم آبادی (۱۳۸۶) ترجمه و روایی محتوی آن نیز توسط متخصصان ارزیابی شد (ابارشی، ۱۳۸۸). این مقیاس شامل حوزه‌های تعارض (۱۷ ماده)، صمیمیت (۱۰ ماده)، وابستگی (۶ ماده)، و رابطه مثبت کلی (مجموع تمام حوزه‌ها) می‌باشد (عابدی شاپور آبادی و هم‌کاران، ۱۳۹۱). دریسکول و پیاننا (۲۰۱۱) در پژوهشی آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در هر یک از مولفه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۶۹ و ۰/۸۰ گزارش کرده اند.

جدول ۱. فهرست ۲۶ حرکت ورزش مغزی

جلسه اول	نوشیدن آب	خزیدن متقابل	خزیدن متقابل نشسته	تنفس شکمی	فکر یک X
جلسه دوم	نوشیدن آب	۸ امین القبا	فیل	تنفس شکمی	فرآیند خلاقانه دوتایی کلاه فکر کردن
جلسه سوم	نوشیدن آب	جغد	صندلی گهواره‌ای	تنفس شکمی	کلاه فکر کردن
جلسه چهارم	نوشیدن آب	فعالیت بازو	انعطاف پا	تنفس شکمی	پمپ ساق پا
جلسه پنجم	نوشیدن آب	پایه گذاری	۸ تنبل	تنفس شکمی	دکمه‌های مغزی
جلسه ششم	نوشیدن آب	دکمه‌های تعادل	دکمه‌های فضایی	تنفس شکمی	انرژی خمیازه ای
جلسه هفتم	نوشیدن آب	قلاپ‌ها	نقاط مثبت	تنفس شکمی	پلاتر گرانش-
جلسه هشتم	نوشیدن آب	انرژی زا	چرخش‌های گردن	تنفس شکمی	دکمه‌های زمینی

گروه آزمایش دوم طی هشت جلسه یک‌ساعته و به صورت هفتگی تحت درمان فیلیال تراپی به شیوه جلسات گروهی و براساس بسته آموزشی لندرث (۲۰۰۶) قرار گرفت.

جدول ۲. جلسات بازی درمانی فیلیال

جلسه	شرح جلسات
جلسه ۱	معرفی والدین، شرح بازی درمانی فیلیالی و اثرات آن بر اساس پژوهش‌های قبل، شرح منطق درمان و اعتماد سازی و بیان وظایف درمانگر و مادران و شرح تجربیات مثبت و منفی فرزندپروری والدین، تکلیف آشنایی و شناخت

هیجان‌های منفی و مثبت کودک و پاسخ انعکاسی در مورد تکلیف، تکلیف خانگی شناخت هیجان‌ها و رفتار مرتبط با آن‌ها در کودک و گوش دادن انعکاسی به کودک.	
جلسه ۲	آمدگی والدین برای اولین بارزی تعاملی، مرور تکلیف خانگی، مدل سازی پاسخ همدلانه از طریق بازی و نمایش به کودک توأم با اصول بازی درمانی فیلیالی، ورود والدین به اتاق بازی و آشنایی با اسباب بازی‌ها و چگونگی استفاده از آن‌ها و قانده‌های آن‌ها، دادن فهرست اسباب بازی‌ها به والدین، انتخاب زمان و مکان مناسب برای جلسات بازی در خانه.
جلسه ۳	توضیح والدین در مورد اسباب بازی‌ها موجود در خانه و مکان جلسه انتخاب شده، انجام تکلیف خانگی «مزاحم من نشو»، تشویق درمانگر به انجام نقش بازی کردن در دو مورد مهم: انجام ندهید (عدم انتقاد از رفتار کودک، عدم تحسین کودک، سؤال نپرسیدن، عدم وقفه در بازی، عدم دادن اطلاعات و آموزش به کودک، ندا شتن نصیحت و موعظه، عدم انجام فعالیت جدید، منفعل یا آرام نبودن)، انجام دهید (تنظیم مرحله بازی).
جلسه ۴	اجازه به کودک برای هدایت از طریق بازی، دنبال کردن رفتار، منعکس کردن احساسات کودک، تنظیم محدودیت‌ها، تأیید قدرت و تلاش کودک، پیوستن به بازی به عنوان یک پیرو کودک، فعال بودن از نظر کلامی)
جلسه ۵-۷	مرور جلسه قبل، انجام و تکرار جلسه چهارم با رعایت موارد در جلسه سوم، تنوع به بازی با کودک و استفاده از اسباب بازی‌ها مختلف، گزارش جلسه و نمایش فیلم دو نفر تز والدین، ارائه باز خورد درمانگر و گروه، مشکلات و موانع در بازی (معمولاً در جلسه ۵ یا ۶)، ارائه راه حل گروهی و راه حل درمانگر در مورد مشکلات، تأکید بر ایجاد رابطه بدون دخالت در بازی و نه کنترل رفتاری، ارائه بازخورد در بازی با کودک.
جلسه ۸	گزارش والدین از جلسات بازی، دیدن فیلم بازی والدین (موارد باقیمانده) و ارائه بازخوردهای گروهی و بازخورد درمانگر بررسی روند و فرایند جلسات بازی تأکید بر تأثیرات بازی تعاملی مادر- کودک و اثرات مفید آن، ارزیابی مفید بودن بازی‌ها و ارزیابی ابزارهای هیجانی کودکان در حین بازی، بررسی تغییرات در روند فرزندپروری والدین بعد از انجام جلسات، اجرای پس آزمون

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی این پژوهش از قبیل میانگین و انحراف معیار متغیرهای همدلی و روابط والد- کودک (ابعاد نزدیکی، وابستگی و تعارض) در گروه‌های تمرینات ورزش مغزی و بازی در مانی فیلیال و گواه در مرا حل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۳ ارائه شده است.

میانگین (انحراف معیار) سن در گروه تمرینات ورزشی مغزی ۹/۵۵ (۱/۱۴)، در گروه بازی درمانی فیلیال، ۱۰/۱۷ (۱/۶۶) و در گروه گواه ۱۰/۰۰ (۱/۲۹) بود. سه گروه، تفاوت معناداری از نظر سن نداشتند ($P > 0/05$).

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار همدلی و روابط والد- کودک (ابعاد نزدیکی، وابستگی و تعارض) در گروه‌های تمرینات ورزش مغزی و بازی درمانی فیلیال و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین
همدلی	تمرینات ورزش مغزی	۲۶/۰۰	۴/۹۵	۱۸/۸۰
	بازی درمانی فیلیال	۲۶/۰۰	۴/۰۸	۱۷/۶۰
	گروه گواه	۲۵/۲۰	۵/۲۸	۲۴/۰۷
روابط والد- کودک	تمرینات ورزش مغزی	۷۸/۲۰	۹/۶۵	۹۴/۲۰
	بازی درمانی فیلیال	۸۱/۸۰	۹/۰۳	۹۵/۰۰
				۱۱/۲۰

۱۲/۰۷	۸۱/۸۰	۱۱/۷۵	۸۰/۲۰	۱۱/۱۵	۷۹/۸۰	گروه گواه
۳/۵۷	۳۱/۳۳	۳/۶۷	۳۲/۰۷	۳/۲۱	۲۶/۰۷	روابط والد - کودک تمرینات ورزش مغزی
۳/۷۳	۳۲/۶۷	۳/۳۹	۳۳/۰۷	۳/۰۱	۲۷/۲۷	(بعد نزدیکی) بازی درمانی فیلیال
۴/۰۲	۲۷/۲۷	۳/۹۱	۲۶/۷۳	۳/۷۱	۲۶/۶۰	گروه گواه
۲/۵۶	۱۴/۲۰	۲/۵۰	۱۳/۴۰	۲/۶۴	۱۸/۵۳	روابط والد - کودک تمرینات ورزش مغزی
۲/۱۰	۱۳/۸۷	۲/۲۳	۱۳/۰۰	۲/۴۳	۱۸/۰۷	(بعد وابستگی) بازی درمانی فیلیال
۲/۲۵	۱۷/۶۷	۲/۴۴	۱۷/۵۳	۲/۶۹	۱۷/۴۷	گروه گواه
۲/۴۳	۲۶/۲۷	۲/۸۰	۲۵/۸۰	۳/۵۱	۳۲/۳۳	روابط والد - کودک تمرینات ورزش مغزی
۲/۶۹	۲۵/۴۷	۳/۱۲	۲۴/۸۰	۳/۴۸	۳۰/۶۰	(بعد تعارض) بازی درمانی فیلیال
۳/۹۰	۳۰/۹۳	۴/۲۵	۳۰/۸۷	۴/۳۵	۳۱/۰۰	گروه گواه

نتایج جدول ۳ حاکی از تفاوت نمرات میانگین متغیرهای همدلی و روابط والد-کودک در پیش‌آزمون در مقایسه با پس‌آزمون و پیگیری است؛ در ادامه به بررسی مفروضه خطی بودن پرداخته شد.

جدول ۴. مفروضه خطی بودن رابطه بین پیش‌آزمون‌های متغیرهای همدلی و روابط والد-کودک با پس‌آزمون‌های آن‌ها					
شاخص‌های آماری متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
همدلی	۲۶۴/۴۶۱	۱	۲۶۴/۴۶۱	۱۶/۶۷۵	۰/۰۰۱
روابط والد - کودک	۴۲۸۰/۶۳۷	۱	۴۲۸۰/۶۳۷	۲۲۳/۴۲۵	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۴ نشان دهنده رابطه بین متغیرهای همدلی و روابط والد-کودک با پس‌آزمون‌های آن‌ها در سطح $p < ۰/۰۱$ معنی‌دار و می‌باشند. می‌توان ادعا نمود که مفروضه خطی بودن بین رابطه بین متغیر وابسته و متغیر کمکی (کواریت)، رعایت شده است.

جدول ۵. همگنی شیب‌های رگرسیون پیش‌آزمون‌های متغیرهای مهارت مدیریت هیجان، شایستگی اجتماعی، همدلی و روابط والد-کودک با پس‌آزمون‌های آن‌ها					
شاخص‌های آماری متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
گروه × پیش‌آزمون مهارت مدیریت هیجان	۰/۳۹۱	۲	۰/۱۹۵	۰/۰۲۹	۰/۹۷۲
گروه × پیش‌آزمون شایستگی اجتماعی	۳۸/۱۱۵	۲	۱۹/۰۵۷	۱/۹۷۶	۰/۱۵۶
گروه × پیش‌آزمون همدلی	۱/۵۳۵	۲	۰/۷۶۸	۰/۰۴۳	۰/۹۵۸
گروه × پیش‌آزمون روابط والد-کودک	۲۲/۶۱۲	۲	۱۱/۳۰۶	۰/۷۸۱	۰/۴۶۷

بر اساس جدول ۵، نتایج F گروه × پیش‌آزمون همدلی نشان می‌دهد شیب‌های رگرسیون پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همدلی در گروه‌های آزمایشی و گواه بر اساس جدول ۵، نتایج F گروه × پیش‌آزمون همدلی × پیش‌آزمون روابط والد-کودک نشان می‌دهد شیب‌های رگرسیون پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری روابط والد-

متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرونوف استفاده شد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرونوف نشان داد، فرض نرمال بودن داده‌ها تأیید می‌گردد.

کودک در گروه‌های آزمایشی و گواه معنی‌دار نمی‌باشد ($F=0/781$ و $P>0/05$). بنابراین، تعامل شیب‌های رگرسیون همدلی و روابط والد-کودک با گروه معنی‌دار نمی‌باشند و فرض همگنی شیب‌های رگرسیون تأیید می‌گردد. برای بررسی فرض بهنجار بودن توزیع نمره‌های

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی نمره‌های پس آزمون همدلی و روابط والد-کودک در گروه‌های آزمایشی و گروه گواه

آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معنی‌داری
اثر پیلابی	۰/۹۸۶	۸/۷۴۴	۸	۷۲	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۳۸	۳۶/۱۹۰	۸	۷۰	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۲۴/۷۶۰	۱۰۵/۲۳۱	۸	۶۸	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۲۴/۶۱۸	۲۲۲/۶۱۸	۴	۳۶	۰/۰۰۱

متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جدول ۷ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای نمره‌های پس آزمون در متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۶ ملاحظه می‌شود، آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) در گروه‌های تمرینات ورزش مغزی و بازی درمانی فیلیال و گواه نشان می‌دهد که این گروه‌ها حداقل در یکی از

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری روی نمره‌های پس آزمون همدلی و روابط والد-کودک

منبع متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	اندازه توان اثر آزمون
همدلی	۷۳۳۴/۴۹۹	۲	۳۶۶۷/۲۴۹	۲۳۱/۲۳۲	۰/۰۰۱	۰/۹۲۴
روابط والد-کودک	۱۱۴۸/۷۰۰	۲	۵۷۴/۳۵۰	۲۹/۹۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۱۲

به دست آمدند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که در متغیرهای وابسته مهارت مدیریت هیجان، شایستگی اجتماعی، همدلی و روابط والد-کودک بین گروه‌های تمرینات ورزش مغزی و بازی درمانی فیلیال و گواه تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود.

همان‌طور که در جدول ۷ ملاحظه می‌شود نسبت F تحلیل کوواریانس تک متغیری برای متغیر مهارت مدیریت هیجان ($F=4/880$ و $P<0/01$)، شایستگی اجتماعی ($F=200/644$ و $P<0/01$)، همدلی ($F=231/232$) و روابط والد-کودک ($F=29/978$ و $P<0/01$)

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه تفاوت میانگین همدلی گروه‌های تمرینات ورزش مغزی (گروه ۱)، بازی درمانی فیلیال (گروه ۲) و گواه (گروه ۳) در مرحله پس آزمون

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	میانگین‌های تعدیل یافته	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی‌داری
همدلی	گروه ۱ - گروه گواه	۲۴/۵۲-۲۰/۶۲	۴۵/۱۴۳	۲/۱۹۹	۰/۰۰۱
	گروه ۲ - گروه گواه	۲۴/۵۲-۱۹/۲۳	۴۳/۷۵۳	۲/۱۹۲	۰/۰۰۱
روابط والد-کودک	گروه ۱ - گروه ۲	۱۹/۲۳-۲۰/۶۲	۱/۳۸۹	۱/۴۷۱	۰/۳۵۱
	گروه ۱ - گروه گواه	۸۰/۱۴-۹۸/۰۵	۱۷/۹۱۴	۲/۴۱۷	۰/۰۰۱
کودک کل	گروه ۱ - گروه گواه	۸۰/۱۴-۹۷/۳۹	۱۷/۲۵۳	۲/۴۰۹	۰/۰۰۱
	گروه ۱ - گروه ۲	۹۷/۳۹-۹۸/۰۵	۰/۶۶۰	۱/۶۱۷	۰/۶۸۵

گروه ۱ - گروه گواه	۲۶/۷۱-۳۲/۸۵	۶/۱۳۷	۰/۷۴۲	۰/۰۰۱
گروه ۲ - گروه گواه	۲۶/۷۱-۳۲/۲۹	۵/۵۸۲	۰/۷۹۷	۰/۰۰۱
گروه ۱ - گروه ۲	۳۲/۲۹-۳۲/۸۵	۰/۵۵۶	۰/۵۳۸	۰/۳۰۸
گروه ۱ - گروه گواه	۱۸/۲۲-۱۲/۹۸	۵/۲۳۸	۰/۶۰۲	۰/۰۰۱
گروه ۲ - گروه گواه	۱۸/۲۲-۱۲/۷۲	۵/۵۰۵	۰/۶۴۶	۰/۰۰۱
گروه ۱ - گروه ۲	۱۲/۷۲-۱۲/۹۸	۰/۲۶۷	۰/۴۳۶	۰/۴۳۶
گروه ۱ - گروه گواه	۳۲/۴۴-۲۴/۵۱۱	۷/۹۳۳	۰/۹۸۹	۰/۰۰۱
گروه ۲ - گروه گواه	۳۲/۴۴-۲۴/۵۱۲	۷/۹۳۲	۱/۰۶۲	۰/۰۰۱
گروه ۱ - گروه ۲	۲۴/۵۱۲-۲۴/۵۱۱	۰/۰۰۱	۰/۷۱۶	۰/۹۹۹

پوران و نریمانی (۲۰۲۱)، شاهی مریدی و همکاران (۲۰۲۰)، یادگاری (۲۰۲۱) استفانی، هافت (۲۰۱۹) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود باتوجه به اثربخشی فیلیالتراپی بر همدلی و روابط واد و کودک در دانش آموزان دارای اختلال یادگیری خاص، می‌توان گفت که فیلیال تراپی رابطه مادر کودک را تقویت می‌کند (کریمی و دشتبزرگی، ۲۰۲۰) و موجب بهتر شدن روابط خانوادگی می‌شود (لندرث و براتون، ۲۰۲۰). از این رو، مادران شرکت کننده در جلسات فیلیال تراپی از طریق این درمان و تکالیف موجود در آن با کودکان خود بیشتر در تعامل بوده اند. تغییر در رفتار والد تغییر در رفتار کودک نیز به دنبال خواهد آمد و بسیاری از مشکلات هیجانی و رفتاری کودک که ریشه در تعاملات پرخاشگرانه والدین دارد بهبود می‌یابد (وانولت، ۲۰۱۱) تغییر در نوع نگرش والدین نسبت به فرزندانشان و سبک فرزندپروری از دلایل دیگر این تغییرات می‌باشد فضا و بافت خشن خانواده و نیز فرزندپروری خشن باعث بروز افزایش رفتار ناسازگارانه در کودکان می‌گردد؛ بنابراین طبیعی به نظر می‌رسد که با بهبود بافت خانواده و شیوه تعامل اعضا با یکدیگر و مخصوصا بهبود تعامل والدین با کودک شاهد کاهش رفتارهای ناسازگارانه کودک باشیم. از آنجاکه می‌توان برخی از فرایندهای اثربخش درمان که جز مهمی از بازی درمانگری است را به بازی درمانگری فیلیال نیز انتقال داد مانند برون ریزی تخلیه هیجانی و بیان احساس این اثرات تأثیر عمده‌ای در بهبود رابطه کودک با والد می‌گذارد. کودکی که قادر نیست در موقعیت‌های روزمره زندگی این برون ریزی‌های هیجانی را داشته باشد می‌تواند در جریان بازی با والد این موضوع

همان طور که در جدول ۸ ملاحظه می‌شود، تفاوت بین میانگین گروه تمرینات ورزش مغزی و گروه گواه بر همدلی برابر ۴۵/۱۴۳ می‌باشد که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که تمرینات ورزش مغزی بر بهبود همدلی مؤثر بوده است. بنابراین، فرضیه ۱-۳ پژوهش تأیید می‌شود. همچنین، تفاوت بین میانگین گروه بازی درمانی فیلیال و گروه گواه بر همدلی برابر ۴۳/۷۵۳ است که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که بازی درمانی فیلیال بر بهبود همدلی مؤثر بوده است همان طور که در جدول ۹ ملاحظه می‌شود، تفاوت بین میانگین گروه تمرینات ورزش مغزی و گروه گواه بر روابط والد-کودک برابر ۱۷/۹۱۴ می‌باشد که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که تمرینات ورزش مغزی بر بهبود روابط والد-کودک مؤثر بوده است

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی تمرینات ورزش مغزی و بازی درمانی فیلیال بر همدلی و روابط والد کودک در دانش آموزان اختلال یادگیری شهر تهران انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد در متغیرهای وابسته همدلی و روابط والد-کودک بین گروه‌های تمرینات ورزش مغزی و بازی درمانی فیلیال و گواه تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه تمرینات ورزش مغزی و گروه بازی درمانی فیلیال بر بهبود همدلی و روابط والد کودک و تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های نشیویاری، نریمانی و همکاران (۲۰۲۲)، آقاجانی، عبادی و همکاران (۲۰۲۱) سلطانی و فرهادی (۲۰۲۱)، آریان

از نظر جسمانی تا سن ۸ سالگی قادر نیستیم تا در یکجا بنشینیم. دانش آموزان به منظور یادگیری از محیطشان نیاز به حرکت هدایت شده دارند. ورزش مغزی در دانش آموزان دارای مشکلات رفتاری از طریق حرکات ورزشی ریز مغزی موجب هماهنگی و تعادل دو نیمکره مغز (دنیسون و دنیسون، ۱۹۸۶). ورزش مغزی از طریق حرکات ساده فیزیکی همراه با نوشیدن آب، واحی خاصی از فرونتال مغزی دانش آموزان دارای مشکلات رفتاری را تحریک می‌کند و توانایی آن‌ها را برای توجه و پردازش هرچه کارآمدتر اطلاعات دریافت شده از حواس افزایش می‌دهد. این ورزش، مغز را به حالت بیدار و هوشیار نگه می‌دارد و دامنه توجه را افزایش می‌دهد. پژوهش‌های اخیر نشان دادند که بکارگیری حرکات فیزیکی جهت بهبود یادگیری دانش آموزان دارای مشکلات رفتاری، بخش‌های مختلف مغز را بیدار و هوشیار می‌کند (پاندر و همکاران، ۲۰۰۷). وقتی کودک آزادانه بتواند فعالیت بدنی داشته باشد همین فعالیت می‌تواند مطابق با نظریه روانکاوانه منجر به تخلیه هیجانات منفی (کاتارسیس) شده و از طرف دیگر چون در تعامل با همسالان آزادانه واکنش و فعالیت دارد همین امر مانند الگو و تعادل دهنده رفتاری هیجانی برای کودک عمل نموده و در گروه همسالان از نظرهیجانی، شناختی، رفتاری و اجتماعی کودک رشد و پختگی کسب می‌کند و به دلیل اینکه توجه وی در جریان ورزش مغزی به اطلاعات و محیط پیرامون به شکل کاشگرانه و خودجوش می‌باشد با پردازش دقیق‌تر مغزی و همچنین، تمرکز و یادگیری بیشتری همراه می‌شود و به این ترتیب کودک از نر عاطفی و رفتاری تعادل لازم را کسب می‌کند

لازم به ذکر است که نتایج پژوهش حاضر محدود به جامعه‌ای است که در پژوهش شرکت داشته‌اند و قاب تعمیم به دیگر جامعه‌های پژوهشی نیست از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر می‌توان به عدم توازن ویژگی‌های شخصیتی مادران شرکت کننده، عدم حضور پدران در جلسات آموزشی، کوتاه بودن دوره پیگیری، عدم توانایی کنترل متغیرهای طبقه‌ی اجتماعی و اقتصادی والدین و شیوه نمونه‌گیری در دسترس اشاره نمود. همچنین عدم وجود تحقیقات کافی در ایران در مورد

اتفاق افتد. حضور والدین و شناخت و پذیرش این احساس‌ها از سوی آن‌ها تلاش برای درک احساس‌ها و عدم قضاوت یک جانبه، سبب در هم شکستن بازداری و چرخه‌های ارتباطی معیوب والد و کودک و از بین رفتن رفتارهای ناشایست در کودک می‌گردد. بنابراین عدم آگاهی و بی‌اطلاعی والدین از والدگری صحیح عامل بسیاری از مشکلات کودکان به شمار می‌رود. این شیوه درمانی با افزایش احساس اثرمندی در والدین از میزان اضطراب آن‌ها می‌کاهد و این کاهش اضطراب خود باعث بهتر عمل کردن والدین در مقابل رفتارهای ناسازگارانه کودکانشان می‌شود.

مختاریان و همکاران (۱۳۹۴) همسو با این یافته در پژوهشی نشان دادند که برنامه ورزش مغزی بر کاهش استرس مادر و کاهش علائم بیش‌فعالی در کودکان آن‌ها اثربخش بوده است. اکثر مشکلات رفتاری در افراد از دوران کودکی آن‌ها نشأت می‌گیرد. در محیط خانوادگی نیز، ارتباطی که تاکنون بیش از سایر روابط مورد پژوهش و بررسی قرار گرفته، رابطه مادر-کودک است. همانگونه که رفتارهای فرزندپروری باعث رشد مهارت‌های خویش تندی می‌شود، ناتوانی والدین در هماهنگی رفتارهایشان با نیازهای کودک، باعث بروز رفتارهای بازداری زدایی و کنترل نشده در این کودکان می‌شود. در واقع کیفیت تعامل والد-کودک عبارت است از نحوه برقراری ارتباط و نگرش والدین نسبت به کودکان و ایجاد جو عاطفی توسط والدین. بهبود کیفیت تعامل والد-کودک (مانند شپریس و همکاران، ۲۰۱۵) نشان داده است تأثیر گذاشتن بر افزایش مهارت ارتباطی و عملکرد اجرایی کودکان و افزایش میزان توجه و تحمل والدین در مواجهه با رفتارهای کودک منجر به کاهش مشکلات عاطفی در عملکرد خانواده و استفاده درست و مناسب از تقویت رفتار درست کودک و شیوه‌های انضباطی متناسب با رفتار و سن کودک می‌شود و به این ترتیب میزان افسردگی، اضطراب و رفتار پرخاشگرانه و ناسازگاری کودک کاهش می‌یابد. در تبیین اثربخشی ورزش مغزی می‌توان گفت در مدارس ابتدایی، اغلب به دانش آموزان گفته می‌شود که در جای خود بنشینند و ساکت بمانند و گرنه دچار مشکل خواهند شد. این انتظار، از نظر تحولی (رشدی) مناسب این گروه سنی نمی‌باشد.

اوروجی اقدم، زهرا؛ عطادخت، اکبر؛ بشرپور، سجاد. (۲۰۲۰). اثر بخشی بازی درمانی مبتنی بر ارتباط والد - کودک بر کیفیت زندگی کودکان پیش دبستانی. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۹(۳)، ۱-۹.

آریا پوران، سعید؛ گرجی چالساری، مهرنوش. (۱۳۹۸). اثر بخشی بازی درمانی فیلیالی بر سواد هیجانی کودکان دارای اختلال یادگیری خاص. *مجله ناتوانی یادگیری*، ۱۹(۱)، ۷-۳۱.

آقاجانی، سیف اله؛ عبادی، متین؛ عینی، ساناز. (۱۴۰۰). پیش بینی سازگاری اجتماعی براساس باورهای فراشناختی، ناگویی هیجانی و همدلی در دانش آموزان دچار اختلال یادگیری ویژه، *روان شناسی افراد استثنایی*، ۱۱(۲۴)، ۲۱۶-۱۸۷.

خانجانی، زینب؛ شریعتی، مریم، امین، یادگار. (۱۳۹۳). مقایسه تحول همدلی در کودکان دارای اختلال درونی سازی ۵ تا ۱۱ سال. *نشریه علمی-پژوهشی آموزش و ارزشیابی*، ۷(۲۷)، سال ۷، شماره ۲۷، ۳۹-۵۴.

خدابخشی کولایی، آ، شاهی، ع، نویدیان، ع. و مصلی نژاد، ل. (۱۳۹۴). اثر بخشی آموزش برنامه والدگری مثبت به مادران کودکان مبتلا به ختلال نقص توجه و بیش فعالی در کاهش مشکلات برونی سازی شده کودک. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۷(۳)، ۴۳-۱۳۷.

سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت؛ روئیز، پدرو (۲۰۱۵). *خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری / پزشکی بالینی*. ترجمه: دکتر فرزین رضایی (۱۳۹۶). تهران: انتشارات ارجمند.

سلطانی، مریم؛ فرهادی، هادی. (۱۴۰۰) اثربخشی فیلیال تریپی (بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک) بر اعتیاد به بازی های رایانه ای و پرخاشگری در کودکان پیش دبستانی، *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۲۲(۲)، ۱۳-۲۱.

سعادت، نادره، برنجی، سحر، و آقازیارتی، علی. (۱۳۹۹) بررسی نقش سبک های فرزندپروری مادران در پیش بینی مشکلات رفتاری نوجوانان. *دوفصلنامه مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*: ۱(۱): ۶۹-۶۱.

شاهی مریدی، داداله؛ وکیلان، علیرضا؛ مقدم، احمدی امیر؛ شیخ فتح الهی، محمود. (۱۳۹۹). مقایسه تاثیر تحریک الکتریکی عملکردی و ورزش درمانی عملکردی در درمان سکنه مغزی ایسکمی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۹(۱)، ۲۳-۳۸.

طهماسبیان، کارینه؛ مهریار، امیر هوشنگ؛ بوالهری، جعفر و بیرشک، بهروز. (۱۳۷۶). بررسی آموزش مادران در

بازی درمانی به شیوه فیلیال برای مقایسه با نتایج این پژوهش از محدودی های عمده این تحقیق بود؛ بنابراین مهمترین کاربرد این پژوهش می تواند اثربخشی آن در زمینه کاهش مشکلات رفتاری کودک کان و افزایش مهارت های اجتماعی مورد پسند جامعه باشد. این روش می تواند به منظور افزایش مهارت های اجتماعی - هیجانی به والدینی که به مراکز درمانی مراجعه می کنند توسط درمانگرانی که با کودکان کار می کنند یا روانشناسان و روانپزشکان آموزش داده شود. همچنین، پیشنهاد می شود در سایر شهرها و در رابطه با کودکان دارای اختلالات یادگیری و طیف اوتیسم نیز این روش ها مورد مطالعه قرار بگیرد.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال ها، شرکت کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

تشکر و قدردانی

از همه افراد شرکت کننده در پژوهش و همه افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

ابارشی، زهره؛ طهماسبیان، کارینه؛ مظاهری، محمد علی و بناغی، لیلی. (۱۳۸۸). تأثیر آموزشی ارتقای روانی اجتماعی کودک از طریق بهبود تعامل مادر - کودک بر خود - برنامه اثرمندی والدگری و رابطه مادر و کودک زیر سه سال. *فصلنامه علمی - پژوهشی در سلامت روانشناختی*، ۳(۳)، ۵۲-۵۰.

انجمن روان پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (DSM-5)*. ترجمه: رضاعی، فرزین؛ فخرایی، علی؛ فرمند، آتوسا، نیلوفری، علی؛ هاشمی آذر، ژانت؛ شاملو، فرهاد (۱۳۹۶). ناشر: ارجمند، چاپ چهارم.

- unguided play therapy on reducing behavioral disorders in preschool children. *J of Educational Psychology*, 37(11): 113-127.
- Karimi, E., DashtBozorgi, Z., (2020). The Effects of Filial Therapy on the Mother-Child Interaction and Behavioral Problems of Children with Intellectual Disability. *MEJDS*, 10:186-186.
- Landreth, G.L. & Bratton, S.C. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT)*. New York: Taylor Francis group.
- Landreth, G. & Bratton, S. (2020). *ChildParent Relationship Therapy: An evidencebased 10-session filial therapy model (2nd Ed.)*. New York: Routledge.
- Lavasani, M., Keramati, H., & Kadivar, P. (2018). The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on social adjustment and academic adjustment of students with reading disorders. *J of Learning Disabilities*, 7(3): 91-109.
- Li, L., Liu, Z., & Cheng, Q. (2019). Exosome plays an important role in the development of hepatocellular carcinoma. *Pathology-Research and Practice*. 215(8), 73-81.
- Loannis, A. & Efrosini, K. (2008). Nonverbal social interaction skills of children with learning disabilities. *Research in developmental disabilities*, 29, 1-10.
- Matin, H., Ahmadi, S., & Jalali, M. (2019). Phenomenology of the experiences of mothers of children with learning disabilities. *Family Psychology*, 5(2), 53-64.
- Moradi, P., Davoodi, H., Heidari, H., & Aleyasin, S.A. (2018). Comparison of the Effectiveness of Brain Gym and Child-Parent Relationship Therapy on Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *MEJDS*, 95(8), 1-8.
- Morelli, S., Lieberman, M. & Zaki, J. (2015). The Emerging Study of Positive Empathy. *Social and Personality Psychology Compass*, 9(2), 57-68.
- Mrazik, M., Naidu, D., Borza, C., Kubitowich, T., & Shergill, S. (2019). King Devick computerized neurocognitive test scores in professional football players with learning and attentional disabilities. *Journal of the Neurological Sciences*, 399(4), 140 - 143.
- Nagarkar, R., Rokade, P., Malwade, M. (2018). Effectiveness of brain gym activity on quality of life in autism spectrum. *International J. of Healthcare and Biomedical Research*, 6(20), 11-16.
- Orouji aghdam, Z., Atadokht, A., & Basharpour, S. (2020). The Effectiveness of Parent-Child Relationship-Based Game Therapy on Quality of Life in Preschool Children. *JHPM*. 9(3):1-9.
- Pundir, M, Nagarkar, AN., & Panda, NK. (2007). Intervention strategies in children with cochlear
کاهش اختلالات رفتاری، روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی
ایران، ۳(۳): ۲۷-۲۲.
- عابدی، شاپو آبادی، ثریا؛ پور محمدی رضایی تجربی، معصومه؛
محمد خانی، پروانه و فرضی، مرجان(۱۳۹۱). اثر بخشی
برنامه گروهی والدگری مثبت بر رابطه مادر - کودک در
کودکان با اختلال بیش فعالی/نارسایی توجه. *روان شناسی
بالینی*، ۱۵(۳)، ۷۳ - ۶۲.
- کریمی لیجاهی، رقیه؛ آذرین، آما؛ اکبری، بهمن. (۱۳۹۸). اثر
بخشی بازی درمانی بر عملکرد خواندن، مهارت‌های سازشی
و مشکلات رفتاری دانش آموزان نارسا خوان. *فصلنامه
سلامت روان کودک*، ۶(۳).
- لندرث، گری (۲۰۱۰). *بازی درمانی هنر برقراری ارتباط*. مترجم:
داورپناه. (۱۳۹۰). تهران، رشد
- مختاریان، طیبه؛ یاریاری، فریدون؛ مختاریان، طاهره. (۱۳۹۴).
اثربخشی ورزش مغزی بر کاهش استرس مادران، کاهش
بیش فعالی و افزایش توجه در کودکان دارای اختلال
نارسایی توجه/بیش فعالی و کاهش استرس آن‌ها. *فصلنامه
کودکان/استثنایی*، سال ۱۵، شماره ۳.
- نیرمانی، محمد، پرزور، پرویز، و بشرپور، سجاد. (۱۳۹۴). مقایسه
حساسیت بیفردی و تعادل عاطفی در دانش‌آموزان با و بدون
اختلال یادگیری خاص. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۱۵(۱)،
۱۴۱-۱۲۵.
- یزدانی پور، معصومه. (۱۳۹۹). مقایسه اثر بخشی فیلیال تراپی و
تراپلی بر شایستگی اجتماعی، هیجانی، اضطراب و مشکلات
رفتاری کودکان با آسیب شنوایی. پایان نامه کارشناسی ارشد
روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم
تربیتی و روان شناسی، تهران.
- Ahloy-Dallaire, J., Espinosa, J., & Mason, G. (2018). Play and optimal welfare: Does play indicate the presence of positive affective states? *Behavioral Processes*. 156(11), 3-15.
- Chambrier, A, F., & Zesiger, P. (2018). Is a fact retrieval deficit the main characteristic of children with mathematical learning disabilities? *Acta psychologica*. 190(9), 95 - 102.
- Damodaran, K. D. (2013). Parent child interaction therapy: child well-being through an effective parenting intervention, *the journal of positive psychology*, 3, 1-12.
- Dennison, P. E., & Dennison, G. E. (1994). *Brain Gym® teacher's edition— Revised*. Ventura, CA: *Edu-Kinesthetics*.
- Figueroa, R. A. (2016). The diagnosis of LD in English learner, *Journal of Learning Disabilities* 39(3), 206 - 209.
- Ghadampoor, E., Shahbazirad, A., Mohamadi, F., & Abbasi, M. (2016). The effectiveness of

- implants having attention deficit hyperactivity disorder. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 71(6): 985-988.
- Shah, C. G. & Buch, P. M. (2019). Prevalence of specific learning disabilities among Gujarati medium primary school children. *Indian Journal of Child Health*, 6(6), 283-286.
- Sheperis, C., Sheperis, D., Monceaux, A., Davis, JR., Lopez, B. (2015). Parent- child interaction therapy for children with special needs. *The professional counselor*, 2, 248-260.
- Haft, S. L., Duong, P. H., Ho, T. C., Hendren, R. L., & Hoeft, F. (2019). Anxiety and Attentional Bias in Children with Specific Learning Disorders. *Journal of abnormal child psychology*, 47(3), 487-497.
- Szuster, A., & Jarymowicz, M. (2020). Human empathy of automatic VS. Reflective origin: Diverse attributes and regulative consequences. *New Ideas in Psychology*, 56,100748.
- Tarantino, L., De Gasperis, G., Masco, T.D., & Pino, M.C. (2019). *Immersive applications: what if users are in the autism spectrum?* In The 17th International Conference on Virtual – Reality Continuum and its Applications in Industry (p. 32). ACM.
- Taroyan, N. A., Nicolas, R.I. & Fawcett, A.J (2007). Behavioral and neurophysiological correlates of dyslexia in the continuous performance task. *Clinical Neurophysiology*, 118(4), 845-855. 14783/od. V 10 I 40. 1012000360.
- Tolin, D.F. (2019). Inhibitory learning for anxiety – related disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*. 26(1), 225 -236.
- Vanfleet, R. (2011). Filial therapy: what every play therapist should know? *British association of play therapy*, 67, 18-24
- Yadegari, A. (2021). The Effectiveness Of Filial Therapy (Play Therapy Based On Parent-Child Relationship) On Oppositional Defiant Disorder In Preschool Children. *Int J Med Invest*. 10(1): 56-67.
- Yang, C., Zhu, Y. L., Xia, B. Y., Li, Y. W., & Zhang, J. (2020). The effect of structured empathy education on empathy competency of undergraduate nursing interns: A quasi – experimental study. *Nurse education today*, 85, and 104296.