

مقایسه اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر شناخت درمانی و بازی درمانی تعاملی محور بر انعطاف پذیری شناختی دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال ویژه در یادگیری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۱۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۰۲

خلاصه

مقدمه: اختلال ویژه در یادگیری گروه ناهمگونی از کودکان را در بر می گیرد که مشکلاتی را در حوزه های گوناگونی دارند. پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر شناخت درمانی و بازی درمانی تعاملی محور بر انعطاف پذیری شناختی دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال ویژه در یادگیری انجام شد.

روش کار: روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه و یک مرحله پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش را ۵۴ دانش آموزان دختر پایه اول ابتدایی مبتلا به اختلال ویژه در یادگیری دارای پرونده در مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهرستان قم در سال ۱۴۰۲ تشکیل داده اند. در مجموع تعداد ۴۵ نفر برای سه گروه با روش نمونه گیری هدفمند در نظر گرفته شد و در مرحله بعد به صورت تصادفی به سه گروه ۱۵ نفر در دو گروه آزمایش و یک گروه گمارش شدند. در این پژوهش از پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی دنیس و وندر وال (۲۰۱۰) استفاده شد. برای گروه دو آزمایش بازی درمانی تعاملی محور براساس بسته جرنبرگ و بوث (۲۰۱۰) ۲۱ جلسه ۴۵ دقیقه ای و بازی درمانی مبتنی بر شناخت درمانی براساس بسته محمد اسماعیل (۱۳۸۷) ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای انجام شد و برای گروه گواه مداخله صورت نگرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر مختلط و آزمون تعقیبی توکی با نرم افزار SPSS18 استفاده شد.

نتایج: یافته ها نشان داد که بازی درمانی مبتنی بر شناخت درمانی و بازی درمانی تعاملی محور بر انعطاف پذیری شناختی دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال ویژه در یادگیری اثر دارد ($P \leq 0.01$). اما بازی درمانی مبتنی بر شناخت درمانی بر انعطاف پذیری شناختی اثربخش تر از بازی درمانی تعاملی محور است ($P \leq 0.01$). **نتیجه گیری:** این پژوهش تلویحات کاربردی به روانشناسان و مشاوران با توجه به تاثیر بیشتر بازی درمانی مبتنی بر شناخت درمانی در میزان انعطاف پذیری شناختی ارائه می دهد.

کلمات کلیدی: بازی درمانی، شناخت درمانی، تعامل، انعطاف پذیری شناختی، اختلال یادگیری.

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

هدی شاهزاده احمدی^۱
رمضان حسن زاده^{۲*}
محمد کاظم فخری^۳

^۱دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

^۲استاد، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران. (نویسنده مسئول)

^۳استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

نویسنده مسئول: رمضان حسن زاده، استاد، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

Email:
hasanzadehramzan@gmail.com

مقدمه

اختلال ویژه در یادگیری^۱ گروه ناهمگونی از کودکان را در بر می گیرد که مشکلاتی را در حوزه های گوناگونی دارند (فنویک و همکاران^۲، ۲۰۱۶). این مشکلات اثرات زیان باری را برای فرد ایجاد می کند که به نظر می رسد خیلی بیشتر از خواندن، نوشتن و حساب کردن باشد و حوزه هایی همچون سلامت، بهداشت روانی، روابط، تحصیل، را عمیقاً تحت تأثیر قرار می دهد (دانگون و کارب^۳، ۲۰۱۷). در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم^۴ طبقه اختلالات یادگیری به اختلال ویژه در یادگیری تغییر نام داده است (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۸) و اختلال خواندن، نوشتن و اختلال ریاضی که هر یک قبلاً یک اختلال مستقل و مجزا محسوب می شدند، اکنون به عنوان یک مشخص کننده^۵ در اختلال ویژه در یادگیری گنجانیده شده است (بیوتیا و همکاران^۶، ۲۰۱۶). کودکان مبتلا به اختلال ویژه در یادگیری علاوه بر مشکلات تحصیلی در بسیاری از سطوح شناختی، رفتاری و حتی هیجانی در تعاملات خود دچار نقصان هستند (هیوارد و همکاران^۷، ۲۰۱۹). بر اساس آخرین تعریف راهنمای تشخیص - آماری اختلالات روانی، اختلال ویژه در یادگیری زمانی تشخیص داده می شود که پیشرفت در آزمون های استاندارد شده برای خواندن، ریاضیات و بیان نوشتاری به طور قابل ملاحظه ای، زیر حد مورد انتظار بر حسب سطح سن، هوش و تحصیلات باشد (مول و همکاران^۸، ۲۰۱۵). از لحاظ سنی بیشتر این کودکان در گستره سنی ۱۰ تا ۱۵ سالگی قرار دارند (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۴). حدود ۲ تا ۱۰ درصد از کودکان مبتلا به این اختلال هستند و معمولاً تعداد پسرها در این اختلال سه برابر دخترهاست (ویتاکر و همکاران^۹، ۲۰۱۵). این کودکان اغلب تا قبل از سنین مدرسه شناسایی نمی شوند (نریمانی و سلیمانی،

۱۳۹۳)، ولی با ورود به مدرسه به ویژه در سال های اول و دوم دبستان، مشکلات آنان در زمینه خواندن، نوشتن، حساب کردن و هجی کردن به تدریج مشخص می شود (فیفر^{۱۰}، ۲۰۱۵). این کودکان ممکن است در چند درس یا فقط در یک درس مشکل داشته باشند، اما ضعیف ناشی از عملکرد نامناسب در انجام تکالیف شناختی در این کودکان توجیه مناسبی بر بررسی عوامل شناختی مانند انعطاف پذیری شناختی خواهد داشت (فنویک و همکاران^{۱۱}، ۲۰۱۶). در حیطه تحصیلی عوامل بسیار متنوعی از جمله شناخت، رفتاری، عواطف دارای اهمیت اساسی هستند اما عوامل شناختی بسیار موثری مانند انعطاف پذیری شناختی و پردازش اطلاعات در حیطه تحصیلی اثر گذار هستند (رینکوف^{۱۲}، ۲۰۱۷). عملکرد مناسب افراد منوط به ایجاد ساختارهای زمینه ای اساسی مانند انعطاف پذیری شناختی^{۱۳} در جهت رشد سازگاری با محیط پیرامونی خواهد بود به نحوی که بتواند عملکرد را بسیار بهبود بخشد (چن و همکاران^{۱۴}، ۲۰۲۲). انعطاف پذیری شناختی عبارت است از توانمندی بیش تر برای ارتباط با لحظه اکنون و نیز تغییر در رفتار یا پافشاری بر آن وقتی در جهت ارزش های زندگی فرد حرکت می کند (شارپلی و بیتسیکا^{۱۵}، ۲۰۱۴). انعطاف پذیری شناختی، به میزان تجربه پذیری شناختی فرد در مقابل محرکات متفاوت گفته می شود که می تواند سبب انتخاب بهترین پاسخ سازگارانه توسط فرد در شرایط متفاوت گردد (ورسب و همکاران^{۱۶}، ۲۰۱۸). این افراد چسبندگی کمتری به عقاید خود، یا به عقاید سنتی نشان می دهند (شهواری و همکاران، ۱۳۹۳). مطابق با نظریه انعطاف پذیری شناختی، سلامت روانی یعنی پذیرش محیط - های درونی و بیرونی خود فرد و تعهد به فعالیت هایی که از لحاظ ارزشمندی باثبات است (روج و داک^{۱۷}، ۲۰۲۱). انعطاف پذیری شناختی، می تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط

9. Whitaker, et al

10. Feifer

11. Fenwick, et al

12. Rinkoff

13. cognitive flexibility

14. Chen, et al

15. Sharpley & Bitsika

16. Wersebe, et al

17. Rogge & Daks

1. specific learning disability

2. Fenwick, et al

3. Donggun & Carrb

4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM)

5. specifier

6. Biotteau, et al

7. Hayward

8. Moll, et al

درمانی مبتنی بر شناخت درمانی از روش‌های نوینی می‌باشند که با در برداشتن بسیاری از مهارت‌ها در حیطه‌هایی چون شناختی، رفتاری، هیجانی، و اجتماعی، به طور فعالانه و چشمگیری به کودکان کمک می‌کنند (محمدی و همکاران، ۱۴۰۱). بازی درمانی مبتنی بر شناخت درمانی با تمرکز بر فعالیت دو جانبه درمان‌گر و مراجع سبب بهبود حس شایستگی و توانمندی در مراجع می‌گردد (هنریکسن و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین، این رویکرد با تمرکز بر فعالیت می‌تواند جنبه‌های مشکل ساز شناخت-ها، رفتار، هیجانات و حتی دیدگاه‌های ارتباطی افراد را استخراج نماید (هنسلی، ۲۰۲۰). در بازی درمانی مبتنی بر شناخت درمانی، به مرور به کودکان می‌آموزند که او با کارکرد و سازگاری بیشتر می‌تواند سبب بروز رفتارهای مناسب‌تر در خود شده (آنگری و همکاران، ۲۰۲۳) و باعث افزایش توانمندی خویش در انجام امور گردد (آتش‌پور و همکاران، ۱۳۹۹). در بازی درمانی مبتنی بر شناخت درمانی می‌تواند حافظه، تمرکز، توجه، تفکر انتقادی و مهارت‌های عملکرد شناختی دیگر را در فرد مورد نظر بهبود دهد (خولیل و سولیچاتون، ۲۰۱۸).

از جانی بازی درمانی تعاملی محور به عنوان یک روش درمانی غیرمستقیم، به کودکان کمک می‌کند تا احساسات خود را تنظیم کند، مشکلات را بازنگری کند و مهارت‌های مورد نیاز برای مواجهه با موقعیت‌های مختلف را بیاموزد (واسکونلوس و سوزا، ۲۰۲۲). هدف اصلی این روش درمانی، ایجاد فضایی امن و غیرتهدیدکننده برای فرد است تا او بتواند در آنجا احساسات، افکار و تجربیات خود را بیان کند (ارویار و وستانیس، ۲۰۲۰). تعامل بین کودکان و متخصص درمانی در بازی درمانی تعاملی محور بسیار مهم است (ذکایی آشتیانی و همکاران، ۱۴۰۱). متخصص درمانی با شنوا کردن و درک نیازها و مشکلات فرد، به او کمک می‌کند تا مهارت‌های ارتباطی، مدیریت احساسات، حل

محیط سازگار کند (لیونیدو و همکاران، ۲۰۱۹). انعطاف‌پذیری شناختی با بهزیستی روانی و آسیب‌پذیری کمتر در طیف گسترده-ای از ناراحتی که شامل افسردگی، اضطراب و ناراحتی‌های روانی و آسیب‌پذیر در خانواده رابطه منفی دارد (میر و همکاران، ۲۰۱۸). در محیط خانواده، عوامل شناختی و عاطفی به صورت هم‌راستا نقش بسزایی در ارتباطات اعضا ایفا می‌نمایند که میزان رفتارهای همدلانه آنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد (سونگ و همکاران، ۲۰۱۸).

جهت بهبود عملکرد فراگیران در حیطه تحصیلی و در ارتباط با متغیرهای شناختی و هیجانی مانند انعطاف‌پذیری شناختی، انعطاف‌پذیری شناختی، رفتار انطباقی کلاسی و خودپنداره تحصیلی، می‌توان به روش‌هایی از جمله بازی درمانی مبتنی بر شناخت درمانی و بازی درمانی تعاملی محور اشاره داشت. بازی درمانی تعاملی محور و بازی درمانی مبتنی بر شناخت درمانی از روش‌های نوین و مؤثر در بهبود عملکرد و تغییر رفتار به شمار می‌آیند (چن و همکاران، ۲۰۲۲). این روش در سال‌های اخیر در زمینه‌های مختلف از جمله بهبود عملکرد در افراد در حوزه‌های متفاوت مانند حیطه شغلی و تحصیلی به موازات روش‌هایی چون بازی درمانی مبتنی بر شناخت درمانی مورد استفاده قرار گرفته است (کارانکا و همکاران، ۲۰۱۹). این مداخلات تأکید زیادی بر درگیری کودک در فرایند رشد و تکامل دارند و مربی با ارائه اقدامات لازم از نظر رشدی به کودک کمک می‌کند تا از این فرایند بهره‌مند شود (بکر، ۲۰۱۴). در واقعیت امر، بازی به کودک کمک می‌کند تا دنیایی که در آن زندگی می‌کند را بشناسد، بفهمد، و کنترل کند (فیلی و همکاران، ۱۴۰۱). از طریق بازی است که کودک ارزش‌های اجتماعی جامعه‌ای را که بدان تعلق دارد کشف کرده و در نهایت به سازگاری خود با محیط اجتماعی اش کمک می‌کند (ارفع، ۱۴۰۱). به‌طور کلی بازی درمانی تعاملی محور و بازی

7. Hensley

8. Angreni, et al

9. Kholilah & Solichatun

10. Vasconcelos & Souza

11. Eruyar & Vostanis

1. Leonidou, et al

2. Song, et al

3. Chen, et al

4. Carrançã, et al

5. Becker

6. Henriksen, et al

ویژه در یادگیری دارای پرونده در مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهرستان قم در سال ۱۴۰۲ تشکیل داده اند. با توجه به اینکه حداقل تعداد نمونه برای پژوهش‌های مداخله‌ای ۱۵ نفر در هر گروه می‌باشد (دلاور، ۱۳۹۳). در مجموع تعداد ۴۵ نفر برای سه گروه با روش نمونه‌گیری غیر تصادفی هدفمند در نظر گرفته شد و در مرحله بعد به صورت تصادفی به سه گروه ۱۵ نفر در دو گروه آزمایش و یک گواه گمارش شدند.

معیارهای ورود: رضایت والدین جهت شرکت در پژوهش، دانش آموزان دختر پایه اول ابتدایی، مبتلا به اختلال ویژه در یادگیری، تشخیص توسط مرکز مشاوره آموزش و پرورش، شدت متوسط اختلال به تشخیص روانشناس مرکز، عدم استفاده از داروهای اعصاب، عدم مشکل یا بیماری جسمانی، عدم سابقه شرکت در کارگاه یا کلاس‌های آموزشی.

معیارهای خروج: ناقص تکمیل شدن پرسشنامه‌ها، تردید در مورد دارا بودن هر یک از معیارهای ورود در خلال مداخله، عدم رضایت فرد در هر یک از مراحل مداخله، مصرف داروهای آرام‌بخش و یا خواب‌آور، هر هنگام که تمایل داشته باشند از مطالعه خارج شوند، خروج به تشخیص پزشک و یا روان‌شناس.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی، دنیس و وندر وال (۲۰۱۰)

پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توسط دنیس و وندر وال در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ سوال می‌باشد. این پرسشنامه برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیربالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی- رفتاری افسردگی و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود. در ایران و در پژوهش‌های شماره و همکاران (۲۰۱۴) سه زیرمقیاس برای این پرسشنامه بدست آمده است که عبارتند از جایگزین‌ها^۳، ۵، ۶، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰، کنترل ۱، ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۵، ۱۷ و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی^۴، ۱۰، ۱۸. نمره‌گذاری این پرسشنامه، بر درجه‌بندی هفت‌گانه

مسئله و تفکر انتقادی خود را تقویت کند (روزمانا و همکاران^۱، ۲۰۲۰). این روش درمانی همچنین به کودکان کمک می‌کند تا مهارت‌های اجتماعی و تعاملی خود را بهبود بخشد و روابط سالمتری را برقرار کند (لنتون^۲، ۲۰۲۰). در همین راستا چلمردی (۱۴۰۲) نشان داد که بازی درمانی بر بهبود انعطاف‌پذیری شناختی کودکان دارای اختلال یادگیری موثر است. محمدی و همکاران (۱۴۰۱) دریافته‌اند که هر دو روش برنامه فلسفه برای کودکان و بازی درمانی تعاملی محور به شیوه گروهی بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تأثیر معناداری داشته‌اند. وارن و همکاران^۳ (۲۰۲۲) نشان داده‌اند که درمان تعامل والد-کودک بر انعطاف‌پذیری، ارزیابی شناختی و رفتار انطباقی اثرگذار است. حسین و همکاران^۴ (۲۰۱۹) دریافته‌اند که بازی درمانی بر حافظه کوتاه مدت بینایی و انعطاف‌پذیری شناختی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی اثرگذار است. گوردون و کوپر^۵ (۲۰۱۶) نشان داده‌اند که درمان تعامل والد-کودک بر انطباق محوری انعطاف‌پذیر اثرگذار است. به طور کلی با در نظر گرفتن پیامدهای بلند مدت اختلالات و شیوع گسترده اختلال ویژه در یادگیری در کودکان و همچنین با توجه به مشکلاتی که این عملکرد نامناسب برای خود فرد، خانواده و جامعه ایجاد می‌کنند؛ و از طرفی با علم به ناکافی بودن روش‌های رایج درمانی، اهمیت توجه به این گروه از اختلالات و لزوم بهره‌گیری از راهبردهای جدید درمانی در این اختلالات مبرهن می‌باشد. با توجه به مطالب فوق سوال اصلی پژوهش‌گر این است که آیا بین اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر شناخت درمانی و بازی درمانی تعاملی محور بر انعطاف‌پذیری شناختی، انعطاف‌پذیری شناختی، رفتار انطباقی کلاسی و خودپنداره تحصیلی دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال ویژه در یادگیری تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و یک مرحله پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش را ۵۴ دانش‌آموزان دختر پایه اول ابتدایی مبتلا به اختلال

3. Warren, et al

4. Hosein, et al

5. Gordon & Cooper

1. Rusmana, et al

2.

Lenton

انعطاف پذیری شناختی خواهد بود و بالعکس. روایی سازه و همزمان این پرسشنامه توسط سازندگان تأیید شد و پایایی به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برابر جایگزین ها ۰/۸۸، کنترل ۰/۸۹ و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی ۰/۹۰ و برای کل آن ۰/۹۱ به دست آمد. در ایران شاره و همکاران روایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و پایایی به روش کرونباخ را ۰/۹۰ به دست آوردند. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ به دست آوردند.

لیکرت صورت بندی شده است. بسیار موافقم = ۷ موافقم = ۶ تا حدودی موافقم = ۵ نظری ندارم = ۴ تا حدودی موافقم = ۳ مخالفم = ۲ بسیار مخالفم = ۱ برای محاسبه امتیاز هر زیرمقیاس، نمره تک تک گویه‌های مربوط به آن زیرمقیاس را با هم جمع می‌شود و برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه گویه‌های پرسشنامه را با هم جمع کنید. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۴۰ خواهد بود و نقطه برش ۷۰ حد معیار کارکرد مناسب است. هر چه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان دهنده میزان بیشتر

جدول ۱. خلاصه جلسات بازی درمانی مبتنی بر شناخت درمانی محمد اسماعیل (۱۳۸۷)

جلسه	هدف	محتوا
جلسه اول	آشنایی، تعیین اهداف و پیش آزمون.	تشخیص سطح کارکردی دانش آموزان، آشنایی کودکان با یکدیگر، تقویت ارتباط اعضا، پیشرفت توازن و ثبات، افزایش سطح آگاهی فضایی، افزایش هماهنگی چشم و دست-چشم و پا، افزایش آگاهی جنبشی و لمسی
جلسه دوم	یادگیری مهارت ها و ارتباط	یادگیری مهارت های جدید و ارتباط بهنجار، کسب اطلاعات در مورد خود و مشکلات خود، پیشرفت توانایی تعقیب چشمی، پیشرفت وضعیت جانبی و جهت یابی، توانایی تمیز و رمزگشایی بینایی، هماهنگی چشم و دست
جلسه سوم	تخلیه انرژی و کمتر شدن رفتار تکانشی،	تخلیه انرژی و کمتر شدن رفتار تکانشی، پیشرفت هماهنگی و چالاکي، هماهنگی چشم و دست-چشم و پا
جلسه چهارم	خودکنترلی	تمرکز درمان بر خودکنترلی، افزایش دقت و تمرکز و تقویت انگشتان دست
جلسه پنجم	آموزش راه کارها	آموزش راه کارهایی در مورد شیوه های برخورد با مردم، آموزش مهارت هایی برای عملکرد روزانه دانش آموز، پیشرفت ادراک بینایی تصویر و زمینه، تشخیص تفاوت ها و شباهت ها، پیشرفت الگوهای نقل و انتقال در هماهنگی چشم و پا
جلسه ششم	هماهنگی	دانش آموز اهمیت میزان موفقیت در اجرای یک تکلیف را درمی یابد، افزایش هماهنگی چشم و دست، رشد خودپنداره و کمک به کودک در پریدن از زمینجلسه هفتم: کسانی هستند که مرا دوست بدارند
جلسه هفتم	مهارت های توالی	پیشرفت هماهنگی حرکات دست و تعادل، پیشرفت تصور بدنی و تن آگاهی، پیشرفت مهارت های توالی، تداعی و تمیز شنیداری
جلسه هشتم	شناخت	شناخت های خود را شناسایی کنند، کمک به شناسایی تحریف های شناختی و جایگزینی تفکر سازگارانه با تفکر ناسازگارانه
جلسه نهم	پذیرش مسئولیت	پذیرش مسئولیت، بیان تعامل بین افکار- احساسات و رفتار دانش آموز، افزایش خودپنداره، تخلیه انرژی و آگاهی فضایی، پیشرفت هماهنگی چشم و دست
جلسه دهم	افزایش و تقویت مهارت و پس آزمون	افزایش و تقویت مهارت مقابله با هیجانات منفی و مهارت حل مسئله با توجه به سن تقویمی، پیشرفت انعطاف پذیری، پیشرفت قدرت ماهیچه ها، پیشرفت عکس العمل اجتماعی

جدول ۲. خلاصه جلسات بازی درمانی تعاملی محور جرنبرگ و بوث (۱۳۹۸)

جلسه	هدف	محتوا
جلسه اول	معارفه و مصاحبه فردی با اعضا	ایجاد آشنایی و رابطه اولیه با والدین، تبیین اهداف درمان و قوانین جلسات، توضیح منطق درمان مبتنی بر دلبستگی و بازی درمانی تعاملی محور، توضیح در مورد ضبط ویدیویی، اجرای پیش آزمون
جلسه دوم	تعامل اولیه مادر - کودک	استفاده از روش تعامل مارشاک جهت ارزیابی بینش مادر در چهار بُعد تراپلی، توضیح روند اجرای جلسه به مادر، بررسی دیدگاه مادر در مورد رفتارهای منفی کودک، اجرای پیش آزمون، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور
جلسه سوم	ارائه بازخورد	مرور و ویدیویی تعامل اولیه مادر، کودک، ارائه بازخورد، ارائه پسخوراند، افزایش بینش مادرانه.

جلسه چهارم	شروع جلسات بازی درمانی	ایجاد رابطه و تجربه ای دلپذیر بین کودک و درمانگر، ایجاد حس اعتماد در کودک، علاقمند کردن کودک به انجام فعالیت ها، ارائه پسخوراند، اجرای پس آزمون، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور.
جلسه پنجم	مقاومت در برابر پذیرش	به چالش کشیدن دیدگاه منفی کودک نسبت به خود و دیگران، کنترل مقاومت کودک، ارائه پسخوراند، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور
جلسه ششم	شناسایی و درک موانع	شناسایی موانع پیشرفت در مسیر دل بستگی صحیح کودک، ارائه پسخوراند، اجرای پس آزمون، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور.
جلسه هفتم	اعتراض و قبولی با دودلی	کاهش نگرانی و رفتارهای اعتراضی کودک، پذیرش درمانگر، ارائه پسخوراند، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور
جلسه هشتم	رشد کردن و اعتماد کردن	افزایش توانایی های خودمراقبتی، افزایش احساس شایستگی، اجرای پس آزمون، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور
جلسه نهم	شرکت مادر در جلسه درمان	بازی نقش در تعاملی هماهنگ، بررسی ارتباط کلامی مادر، کودک، چگونگی پاسخدهی به نیازهای کودک، ارائه بازخورد، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور.
جلسه دهم	راهنمایی در طی جلسات	بررسی آمادگی مادر و تمرکز روی نیازهای او، درک نقش درمانگر، ارائه بازخورد، اجرای پس آزمون، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور
جلسه یازدهم	کمک به والدین برای درک مثبت کودک	درک همدلانه از رفتار کودک، حفظ انتظارات والدین هم راستا با نیازهای کودک، ارائه بازخورد، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور.
جلسه دوازدهم	درک مشکلات والدین	مشاهده نقاط قوت و ضعف طرحواره های تعاملی در روابط مادر و کودک، درک آنچه پشت مقاومت والدین است، ارائه بازخورد، اجرای پس آزمون، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور.
جلسه سیزدهم	بر آورده کردن نیازهای بر آورده نشده والدین	درک و پاسخ همدلانه به نیازهای اولیه مادر، ایجاد حس پذیرش و امنیت در مادر، ارائه بازخورد، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور
جلسه چهاردهم	به عهده گرفتن جلسات توسط والد	مرکز بر نقش مراقبت بزرگسال، کمک به والدین برای کنترل رفتار دشوار، پیردن به مشکل والد هنگام مدیریت کودک، ارائه بازخورد، اجرای پس آزمون، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور.
جلسه پانزدهم	شروع جلسات بازی درمانی توسط والد	درگیر نمودن مادر در فعالیتهای اطمینان بخشی به کودک در مورد حمایت والد، تمرکز والد بر نقاط قوت کودک، ارائه بازخورد، دادن تکلیف در منزل، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور.
جلسه شانزدهم	پذیرش والد از جانب کودک	افزایش اطمینان و حس اعتماد در کودک توسط مادر، ارائه بازخورد، تداوم نقش آفرینی فعال والد در منزل، اجرای پس آزمون، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور.
جلسه هفدهم	شناسایی و درک موانع توسط مادر	بررسی موانع ایجاد دل بستگی صحیح کودک توسط مادر، شناسایی و به چالش کشیدن دیدگاه منفی کودک توسط مادر، رفع مقاومت کودک توسط والد، ارائه بازخورد، تداوم نقش آفرینی فعال والد در منزل، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور.
جلسه هجدهم	کاهش اعتراض و قبولی با دودلی با کمک والد	کاهش نگرانی و رفتارهای اعتراضی کودک توسط مادر، افزایش امنیت و پذیرش مادر، ارائه بازخورد، تداوم نقش آفرینی فعال والد در منزل، اجرای پس آزمون، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور.
جلسه نوزدهم	افزایش رشد و اعتماد کودک توسط والد	افزایش توانایی های خودمراقبتی کودک توسط مادر، افزایش احساس شایستگی کودک، ارائه بازخورد، تداوم نقش آفرینی فعال والد در منزل، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور.
جلسه بیستم	ختم جلسات و تمرین های والد	مرور و ارزیابی مطالب ارائه شده در جلسات قبلی، جلوگیری از سرخوردگی احتمالی کودک و اطمینان از ادامه بازیها توسط مادر، ارائه بازخورد، تداوم نقش آفرینی فعال والد در منزل، اجرای پس آزمون .
جلسه بیست و یکم	خاتمه و اخذ پس آزمون	تمرکز روی رابطه بین مادر و کودک، تأیید نقاط قوت و هویت کودک به سمت آینده.

روش اجرا

های آنان در هر یک از مراحل کار پژوهشی انجام شد و پس از اخذ مجوزهای سازمانی از معاونت پژوهشی دانشگاه با توجه به روش نمونه گیری هدفمند با مراجعه به مرکز مربوطه، جلسات دو

در ابتدای فرایند میدانی، بررسی و مطالعه مقدماتی از طریق گفتگو با کارشناسان و اساتید دانشگاهی جهت دریافت نظرات و دیدگاه

حرفه‌ای، علمی و آموزشی، احترام، رازداری رعایت گردیده شد. همچنین قبل از شروع جلسات پیش‌آزمون از دو گروه آزمایش و یک گروه گواه و پس از اتمام جلسات مداخله پس‌آزمون از دو گروه آزمایش و گواه با استفاده از ابزار پرسشنامه (انعطاف‌پذیری شناختی) دریافت شد، در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط و آزمون تعقیبی توکی با نرم‌افزار SPSS18 استفاده شد.

روش مداخله‌ای به ترتیب هفتگی دو جلسه‌ای (در روزهای زوج و فرد برای هر گروه آزمایش در هفته) فقط بر روی دو گروه آزمایشی برگزار شد. با توجه به بسته‌بندی درمانی تعاملی محور براساس بسته جرنبرگ و بوث (۲۰۱۰) ۲۱ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و بازی درمانی مبتنی بر شناخت درمانی براساس بسته محمد اسماعیل (۱۳۸۷) ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای پس از توافق برای شرکت در پژوهش، رضایت‌نامه آگاهانه به عنوان تعهد شرکت در جلسات نوشته شد و استانداردهای اخلاقی از جمله مسئولیت‌پذیری

نتایج

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری انعطاف‌پذیری شناختی در گروه آزمایش و گواه

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
جایگزین‌ها	آزمایش (PTCT)	۱۸/۸۰	۲/۲۴	۳۴/۱۳	۶/۲۶	۳۴/۲۷	۵/۳۱
	آزمایش (IPT)	۱۸/۴۰	۲/۷۴	۲۴/۸۷	۷/۰۳	۲۴/۶۷	۷/۹۹
	گواه	۱۸/۲۷	۳/۰۱	۱۸/۵۳	۴/۱۷	۱۸/۸۰	۳/۶۸
کنترل	آزمایش (PTCT)	۱۷/۲۰	۳/۶۸	۲۶/۴۷	۴/۶۲	۲۶/۶۰	۵/۰۱
	آزمایش (IPT)	۱۷/۲۰	۲/۸۰	۲۱/۰۷	۱/۹۸	۲۱/۸۷	۳/۰۶
	گواه	۱۷/۳۳	۲/۶۹	۱۷/۴۰	۳/۴۱	۱۷/۴۷	۳/۷۹
جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی	آزمایش (PTCT)	۴/۶۷	۰/۸۳	۱۰/۱۳	۱/۹۸	۱۰/۲۳	۲/۳۷
	آزمایش (IPT)	۴/۵۳	۰/۸۱	۷/۴۰	۳/۰۸	۷/۵۳	۳/۳۵
	گواه	۴/۷۰	۰/۶۴	۴/۶۳	۰/۷۶	۴/۴۰	۰/۸۲
انعطاف‌پذیری شناختی	آزمایش (PTCT)	۴۰/۶۷	۵/۲۳	۷۰/۷۳	۱۰/۶۹	۷۱/۱۰	۸/۲۴
	آزمایش (IPT)	۴۰/۱۳	۴/۷۱	۵۳/۳۳	۸/۹۲	۵۴/۰۷	۹/۳۴
	گواه	۴۰/۳۰	۴/۱۷	۴۰/۵۷	۴/۵۴	۴۰/۶۷	۵/۲۰

پس‌آزمون، انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال ویژه در یادگیری به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در متغیرها معنی‌دار نمی‌باشد که بیانگر نرمال بودن توزیع متغیرها است. با توجه به نتایج تحلیل واریانس آزمون لوین، سطح معناداری بدست آمده بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین به طور کلی، می‌توان گفت پیش‌فرض همگونی واریانس در گروه‌ها از تجانس برخوردار است. به طور کلی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس مورد تایید واقع شد.

چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پیش‌آزمون انعطاف‌پذیری شناختی در دو گروه آزمایش (IPT و PTCT) و گواه تقریباً با هم برابر بوده‌اند، اما در پس‌آزمون میانگین نمرات انعطاف‌پذیری شناختی گروه آزمایش (IPT و PTCT) به مراتب متفاوت از میانگین نمرات گروه گواه بوده و همچنین در جدول فوق به تناسب مقادیر پیگیری در دو گروه آزمایش (IPT و PTCT) و گواه نیز قابل مشاهده می‌باشد. همچنین در بررسی پیش‌فرض‌ها مقادیر آماره شاپیرو-ویلکز در نمرات پیش‌آزمون و

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر (آمیخته) با گروه بندی، مراحل درمانی و تعامل متقابل

توان آزمون	اندازه اثر	معنی داری	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	منابع تغییر	پ
۱	۰/۶۲۴	۰/۰۱	۳۴/۸۶۸	۱۲۶۸/۲۳۰	۲	۲۵۳۶/۴۵۹	گروه	
۱	۰/۶۶۳	۰/۰۱	۸۲/۶۰۸	۱۲۳۹/۵۱۱	۱	۱۲۳۹/۵۱۱	مراحل درمان	جایگزین ها
۱	۰/۵۷۵	۰/۰۱	۲۸/۳۶۷	۴۲۵/۶۴۴	۲	۸۵۱/۲۸۹	تعامل گروه و مراحل درمان	
۱	۰/۵۳۷	۰/۰۱	۲۴/۳۱۱	۴۱۰/۰۲۲	۲	۸۲۰/۰۴۴	گروه	
۱	۰/۴۹۴	۰/۰۱	۴۱/۰۸۴	۵۰۴/۱۰۰	۱	۵۰۴/۱۰۰	مراحل درمان	کنترل
۰/۹۹۶	۰/۳۸۵	۰/۰۱	۱۳/۱۲۴	۱۶۱/۰۳۳	۲	۳۲۲/۰۶۷	تعامل گروه و مراحل درمان	
۱	۰/۶۴۴	۰/۰۱	۳۸/۰۶۳	۱۵۹/۶۲۴	۲	۳۱۹/۲۴۸	گروه	جایگزین هایی
۱	۰/۶۶۷	۰/۰۱	۸۴/۰۰۵	۱۷۰/۸۴۴	۱	۱۷۰/۸۴۴	مراحل درمان	برای رفتار های
۱	۰/۶۰۳	۰/۰۱	۳۱/۸۹۷	۶۴/۸۶۹	۲	۱۲۹/۷۳۹	تعامل گروه و مراحل درمان	انسانی
۱	۰/۷۱۷	۰/۰۱	۵۳/۰۸۵	۴۶۷۹/۶۶۹	۲	۹۳۵۹/۳۳۷	گروه	
۱	۰/۸۲۰	۰/۰۱	۱۹۰/۸۲۹	۵۰۰۲/۶۷۸	۱	۵۰۰۲/۶۷۸	مراحل درمان	انعطاف پذیری
۱	۰/۷۵۵	۰/۰۱	۶۴/۸۶۲	۱۷۰۰/۳۸۶	۲	۳۴۰۰/۷۷۲	تعامل گروه و مراحل درمان	شناختی

هایی برای رفتار های انسانی دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال ویژه در یادگیری در مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری درمانی تفاوت معنی دار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین ها در مراحل درمانی محاسبه شد.

نتایج جدول ۴ نشان می دهد مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. به طور مشخص در تعامل گروه و مراحل درمان تفاوت برای جایگزین ها، کنترل و جایگزین هایی برای رفتار های انسانی بدست آمده است. در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات جایگزین ها، کنترل و جایگزین

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت تعیین تفاوت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

پیش آزمون	مرحل ۱	مرحل ۲	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معنی داری
	پیش آزمون	پس آزمون	۷/۸۰۰	۱/۰۷۹	۰/۰۰۱
جایگزین ها	پیش آزمون	پیگیری	۸	۰/۸۷۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۲۰۰	۰/۱۷۶	۱
	پیش آزمون	پس آزمون	۴/۶۶۷	۰/۷۶۵	۰/۰۰۱
کنترل	پیش آزمون	پیگیری	۴/۷۶۷	۰/۹۵۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۴۲۵	۰/۳۳۶	۱
	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۷۰۰	۰/۳۱۷	۰/۰۰۱
جایگزین هایی برای رفتار های انسانی	پیش آزمون	پیگیری	۲/۶۳۳	۰/۳۴۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۶۵۷	۰/۶۰۱	۱
	پیش آزمون	پس آزمون	۱۴/۵۱۱	۰/۴۳۵	۰/۰۰۱
انعطاف پذیری شناختی	پیش آزمون	پیگیری	۱۴/۷۶۸	۰/۹۶۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۴۰۰	۰/۲۷۶	۱

میانگین‌های نشان می‌دهد که خرده مقیاس‌های انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال ویژه در یادگیری در مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به طور معنی‌دار متفاوت است.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد بین نمرات خرده مقیاس‌های انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال ویژه در یادگیری در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. تفاوت بین پس‌آزمون با پیگیری معنی‌دار نمی‌باشد که ناشی از ثبات درمان است. مقایسه

جدول ۶. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی توکی برای دو گروه آزمایش

متغیر	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی‌داری
جایگزین‌ها	گروه IPT - گروه PTCT	۶/۴۲	۱/۲۷۱	۰/۰۱
کنترل	گروه IPT - گروه PTCT	۳/۳۸	۰/۸۶۶	۰/۰۱
جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی	گروه IPT - گروه PTCT	۱/۸۶	۰/۴۳۲	۰/۰۱
انعطاف‌پذیری شناختی	گروه IPT - گروه PTCT	۱۱/۶۶	۱/۹۷۹	۰/۰۱

و کوپر (۲۰۱۶) است. در علت همسویی در نتایج بدست آمده می‌توان نکات مشترک نشانه‌های شناختی در رفتارهای مرتبط با انعطاف‌پذیری شناختی اشاره نمود با توجه به مبانی نظری شناختی به عنوان یک عامل مهم و مشترک بین مبانی نظری می‌توان دریافت که این متغیر انعطاف‌پذیری شناختی در برگیرنده مولفه‌های چند بعدی هستند، بنابراین هر چند که در این پژوهش‌ها به نسبت پژوهش حاضر تفاوت‌هایی در ابزار استفاده شده و موقعیت زمانی و مکانی وجود دارد اما با توجه به منطبق مبانی شناختی در متغیرهای مورد مطالعه همسویی بدست آمده قابل تایید است.

در تبیین این یافته بر اساس دیدگاه‌های شناختی و اجتماعی می‌توان بیان نمود که بازی درمانی مبتنی بر شناخت درمانی و بازی درمانی تعاملی محور دو روش متفاوت هستند و تأثیرات آن‌ها بر انعطاف‌پذیری شناختی نیز متفاوت است. بازی‌های مبتنی بر شناخت درمانی معمولاً بر تمرکز بر توسعه و تقویت مهارت‌های شناختی و شناختی-رفتاری تمرکز دارند (وارن و همکاران، ۲۰۲۲). این بازی‌ها به صورت مستقیم بر عملکرد شناختی و انعطاف‌پذیری شناختی تأثیر می‌گذارند. از طرف دیگر، بازی درمانی تعاملی محور بر تقویت مهارت‌های اجتماعی، ارتباطی و تعاملی تمرکز دارد، که این مهارت‌ها همچنین می‌توانند بهبود انعطاف‌پذیری شناختی را تسهیل کنند (حسین و همکاران،

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد بین نمرات انعطاف‌پذیری شناختی در دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال ویژه در یادگیری در گروه آزمایشی IPT با گروه آزمایشی PTCT تفاوت معنی‌دار وجود دارد و با توجه به شاخص‌های میانگین و اندازه اثر بدست آمده در درمان PTCT سبب ایجاد تغییرات بیشتر در انعطاف‌پذیری شناختی در دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال ویژه در یادگیری شد و این درمان قوی‌تر از درمان IPT در این گروه از بیماران است. بازی درمانی مبتنی بر شناخت درمانی اثر بیشتری بر انعطاف‌پذیری شناختی در مقایسه با شناخت درمانی تعاملی محور دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر شناخت درمانی و بازی درمانی تعاملی محور بر انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال ویژه در یادگیری انجام شد. با توجه به نتایج پژوهش بین اثر بخشی بازی‌های مبتنی بر شناخت درمانی و بازی درمانی تعاملی محور بر انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال ویژه در یادگیری تفاوت معناداری وجود دارد، تایید شد. این یافته‌ها همسو با نتایج چلمردی (۱۴۰۲)، محمدی و همکاران (۱۴۰۱)، وارن و همکاران (۲۰۲۲)، حسین و همکاران (۲۰۱۹)، گوردون

۲۰۱۹). بازی‌های مبتنی بر شناخت درمانی معمولاً از روش‌های مستقیمی برای تقویت مهارت‌های شناختی استفاده می‌کنند، مانند تمرینات حافظه، تمرینات توجه و تمرینات حل مسئله. در مقابل، بازی درمانی تعاملی از روش‌های تعاملی و گروهی برای تقویت مهارت‌های ارتباطی، اجتماعی و تعاملی استفاده می‌کند که بهبود انعطاف پذیری شناختی را نیز ترویج می‌دهد. بازی درمانی مبتنی بر شناخت درمانی اثر بیشتری بر انعطاف پذیری شناختی در مقایسه بازی درمانی تعاملی محور دارد (برکچی تبریزی و همکاران، ۱۴۰۰). در تبیین این یافته‌ها بر اساس دیدگاه شناختی می‌توان بیان کرد که بازی درمانی مبتنی بر شناخت درمانی معمولاً به عنوان یک تمرین روان‌شناختی است که به افزایش شناخت و تمرکز ذهنی کمک می‌کند. این تمرین به دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ویژه در یادگیری در مقایسه بازی درمانی تعاملی محور کمک می‌کند تا به شکلی بی‌انحراف و بی‌ارزش‌گذاری به تجربه‌های ذهنی خود نگاه کنند و از آنها دوری کنند (خیراله بیاتپانی و همکاران، ۱۳۹۹). بازی درمانی مبتنی بر شناخت درمانی به افراد کمک می‌کند تا با شناخت از تجربه‌های خود در حال حاضر، از جمله احساسات، افکار و بدنشان، به شکلی متعادل‌تر و مثبت‌تر با استرس روبرو شوند (شیرودآقایی و همکاران، ۱۴۰۰). این تمرین به دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ویژه در یادگیری کمک می‌کند تا از ذهن پرتی و اشتباهات گذشته یا نگرانی‌های آینده دوری کنند و به جای آن، به تجربه‌های حال حاضر پردازند. با افزایش آگاهی از افکار، احساسات و نگرش‌های خود، دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ویژه در یادگیری قادر خواهند بود تا به شکل بهتری با خودشان ارتباط برقرار کنند و تصمیمات بهتری بگیرند (وانگ و همکاران، ۲۰۲۳). بازی درمانی مبتنی بر شناخت درمانی در مقایسه با بازی درمانی تعاملی محور بازی درمانی شناختی بیشترین تمرکز خود را بر شناخت و عملکرد شناختی قرار می‌دهد. این بازی‌ها به طور مستقیم بر توانایی‌های شناختی مانند حافظه، توجه، استدلال و حل مسئله تمرکز دارند. به عبارت دیگر، این بازی‌ها بهبود عملکرد شناختی را مستقیماً هدف می‌گیرند (عبداللهی، ۱۳۹۹). بازی‌های شناختی معمولاً شامل تمرین و تکرار مکرر از مهارت‌های شناختی است. این تمرینات می‌توانند به تقویت و تقویت عملکرد شناختی کمک کنند. هر چه تمرینات

بیشتری انجام شود، انعطاف پذیری شناختی بیشتری تقویت می‌شود. بازی درمانی شناختی به طور عمده در محیط فردی و تک به تک انجام می‌شود (چلمردی، ۱۴۰۲). این به این معنی است که بازی‌های شناختی می‌توانند برای هر فرد به صورت خاص و منحصر به فرد طراحی شوند و به نیازهای شناختی هر فرد پاسخ دهند. این تمرکز بر فردیت و تناسب با نیازهای شناختی فرد باعث می‌شود تاثیربخشی این بازی‌ها در بهبود انعطاف پذیری شناختی بیشتر شود (خیراله بیاتپانی و همکاران، ۱۳۹۹). به طور کلی، بازی درمانی شناختی بیشترین تمرکز خود را بر شناخت و عملکرد شناختی قرار می‌دهد و با استفاده از تمرین و تکرار، تمرکز فردی و تناسب با نیازهای شناختی فرد، می‌تواند در بهبود انعطاف پذیری شناختی موثرتر باشد. بنابراین، اگرچه هر دو روش بازی درمانی مبتنی بر شناخت درمانی و بازی درمانی بهبود انعطاف پذیری شناختی فرد را هدف دارند، اما رویکرد و روش استفاده شده در هر کدام متفاوت است (وارن و همکاران، ۲۰۲۲). بازی درمانی مبتنی بر شناخت درمانی بیشتر بر تمرکز بر شناخت و حضور ذهن در لحظه حال تمرکز دارد، در حالی که بازی درمانی تعاملی بیشتر بر تقویت مهارت‌ها و توانایی‌های ارتباطی از طریق فعالیت‌ها و بازی‌های تعاملی تمرکز دارد.

محدود بودن پژوهش به دانش‌آموزان پایه اول ابتدایی دارای اختلال ویژه یادگیری و ویژگی تعمیم دهی یافته‌های آن را به سایر دانش‌آموزان و پایه‌های دیگر با محدودیت مواجه می‌کند، در نتیجه جانب احتیاط در تعمیم دهی باید رعایت شود، محدودیت به استفاده از ابزار پرسشنامه و عدم دسترسی به نمونه افراد در خصوص انجام مرحله پیگیری. در مراکز درمانی پیشنهاد می‌گردد که از بازی درمانی مبتنی بر شناخت درمانی استفاده نمایند. مدل بازی درمانی مبتنی بر شناخت درمانی به عنوان رویکردی بسیار کوتاه مدت، ساده، تأثیرگذار و کارآمد و در عین حال اقتصادی در خصوص بهبود انعطاف پذیری شناختی و انعطاف پذیری شناختی برای درمان و آموزش به درمان‌گران، مشاوران، و معلمان معرفی و پیشنهاد می‌شود و مدل روان‌درمانی ترکیبی می‌تواند بسیاری از محدودیت‌های درمان را برطرف کند.

تقدیر و تشکر

در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

"این مقاله مستخرج از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول در واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران می‌باشد." و

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

دارای کد اخلاق به شماره

IR.IAU.SARI.REC.1402.091 از کمیته اخلاق در

پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری می‌باشد.

منابع

- آتش پور، سیدحمید؛ عبدیان، طاهره؛ قاسمی، حمیده (۱۳۹۹). آموزش اثربخشی ذهن آگاهی بر سرمایه روان‌شناختی، شادکامی و رضایت از زندگی در زنان خانه‌دار. *پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۵ (۵۳): ۱۵-۱.
- ارفع، مریم (۱۴۰۱). تاثیر بازی درمانی در رشد و شکوفایی استعداد و خلاقیت کودکان استثنایی، هشتمین همایش علمی پژوهشی توسعه و ترویج علوم تربیتی و روانشناسی/ایران، تهران.
- استکی آزاد، نسیم؛ گل پرور، محسن؛ سجادیان، ایلناز (۱۴۰۰). اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر روابط والد-کودک و هنر-بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر سرمایه عاطفی مادران دارای کودک تک‌والد. *آموزش پرستاری*، ۱۰ (۶): ۶۴-۵۳.
- برکچی تبریزی، شیماء؛ علمی منش، نیلا؛ زارع، حسین (۱۴۰۰). اثربخشی بازی‌درمانی با رویکرد گشتالتی بر انعطاف‌پذیری در پسران کم‌توان ذهنی بالای ۱۴ سال، همایش ملی پژوهش‌های نوین در روانشناسی و علوم رفتاری، خمینی شهر.
- جرنبرگ، آن. ام؛ بوث، فیلیس، ب. (۱۳۹۸). بازی‌درمانی با روش تراپلی. ترجمه مهرداد اکبری، سپیده صالحی و سرور سعدیان، تهران: نشر پرند.
- چلمردی، سپیده (۱۴۰۲). تاثیر بازی‌درمانی بر انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری، پنجمین همایش ملی پژوهش‌های حرفه‌ای در روانشناسی و مشاوره با رویکرد از نگاه معلم.
- خانجانی، زینب؛ نظری، محمدعلی و آب روانی، پریا (۱۳۹۸). اثربخشی توانبخشی شناختی بر کارکردهای اجرایی افراد دچار سکتة مغزی، *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۹ (۳۴): ۴۹-۲۱.
- خیراله بیاتیان، غلامرضا؛ حافظی، فریبا؛ عسگری، پرویز؛ نادری، فرح (۱۳۹۹). اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری و آموزش نظریه ذهن بر انعطاف‌پذیری شناختی در دانش‌آموزان دارای ناتوانی‌های خاص یادگیری با و بدون همبودی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی. *تازه‌های علوم شناختی*، ۲۲ (۳): ۳۶-۲۴.
- دلاور، علی. (۱۳۹۳). *روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. تهران: ویرایش ۴.
- ذکایی آشتیانی، الهه؛ سامانی، سیامک؛ سهرابی شگفتی، نادره؛ امیدوار، بنفشه. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی بازی‌درمانی تعاملی با مدل تراپلی بر اضطراب کودکان با آسیب‌های دلبستگی (مطالعه موردی). *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۲۰ (۲): ۱۸۹-۲۰۵.
- شیروآقایی، الهام؛ امیرفخرایی، آریتا؛ زارعی، اقبال. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری و درمان تعامل والد-کودک بر کنش‌های اجرایی کودکان با اختلال مقابله‌ای/نافرمانی. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۲ (۳): ۴۱۱-۴۲۸.
- شهسواری، امیرمحمد؛ رسول‌زاده طباطبایی، سید کاظم؛ عشایی، حسن؛ ستاری، کلثوم؛ محمدی، مصطفی (۱۳۸۸). تاثیر استرس بر توجه انتخابی (متمرکز) بینایی با نگاه به عامل گشودگی نسبت به تجربه (انعطاف‌پذیری). *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۳ (۱): ۱۵-۲۸.
- عبداللهی، شهناز (۱۳۹۹). اثربخشی بازی‌درمانی بر روحیه علمی و خودپنداره تحصیلی دانش‌آموزان ابتدایی منطقه ۱۲ شهر تهران، کنفرانس بین‌المللی مدیریت، علوم انسانی و رفتاری در ایران و جهان اسلام، کرج.
- فیلی، حمیرا (۱۴۰۱). واکاوی تاثیر بازی‌درمانی بر میزان توجه و انعطاف‌پذیری شناختی و بازداری دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری، چهارمین همایش ملی پژوهش‌های حرفه‌ای در روانشناسی و مشاوره با رویکرد از نگاه معلم، میناب.
- محمدی، غلامرضا؛ پیرانی، ذبیح؛ زنگنه مطلق، فیروزه. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی برنامه فلسفه برای کودکان و بازی‌درمانی گروهی به شیوه شناختی-رفتاری بر انعطاف‌پذیری روانشناختی در کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی. *تفکر و کودک*، ۱۳ (۲): ۵۹-۴۳.

- نریمانی، محمد و سلیمانی، اسماعیل. (۱۳۹۳). اثربخشی توان-بخشی شناختی بر کارکردهای اجرایی (حافظه کاری و توجه) و پیشرفت تحصیلی دانش-آموزان دارای اختلال یادگیری ریاضی. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۳(۲): ۹۱-۱۱۵.
- محمداسماعیل، الهه (۱۳۸۷). *بازی‌درمانی: نظریه‌ها، روش‌ها و کاربردهای بالینی*. تهران: دانژه.
- Angreni, N. M. R. (2023). *PENGEMBANGAN PANDUAN KONSELING COGNITIVE BEHAVIORAL TEKNIK COGNITIVE RESTRUCTURING BERBASIS WEBSITE UNTUK MENGATASI KECEMASAN PADA REMAJA KORBAN KEKERASAN* (Doctoral dissertation, Universitas Pendidikan Ganesha).
- Becker, B. (2014). How often do you play with your child? The influence of parents' cultural capital on the frequency of familial activities from age three to six. *European Early Childhood Education Research Journal*, 22(1), 4-13.
- Carrançã, B., Serpa, S., Rosado, A., & Guerrero, J. P. (2019). A pilot study of a mindfulness-based program (MBSoccerP): The potential role of mindfulness, self-compassion and psychological flexibility on flow and elite performance in soccer athletes. *Revista Iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 14(1), 34-40.
- Chen, H., Liu, C., Zhou, F., Chiang, C. H., Chen, Y. L., Wu, K.,... & Chiou, W. K. (2022). The effect of animation-guided mindfulness meditation on the promotion of creativity, flow and affect. *Frontiers in Psychology*, 13, 894337.
- Davis, E. M., Garcia, D., Rothenberg, W. A., Barnett, M. L., Davidson, B., Espinosa, N., ... & Jent, J. F. (2022). A preliminary analysis of parent-child interaction therapy plus natural helper support to increase treatment access and engagement for low-income families of color. *Children and youth services review*, 134, 106370.
- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cogn Ther Res*, 34, 241-253.
- Eruyar, S., & Vostanis, P. (2020). Feasibility of group therapy with refugee children in Turkey. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(4), 626-637.
- Hayward, K., Raine, J., & Hendry, C. (2019). Developing 'Negotiation capital': influence and imagination in three and four-year-old triadic collaborative play in nursery. *European Early Childhood Education Research Journal*, 27(1), 15-27.
- Henriksen, D., Richardson, C., & Shack, K. (2020). Mindfulness and creativity: Implications for thinking and learning. *Thinking skills and creativity*, 37, 100689.
- Hensley, N. (2020). Educating for sustainable development: Cultivating creativity through mindfulness. *Journal of Cleaner Production*, 243, 118542.
- Hosseini, K. A. A., Rasouli, H., & Kousha, M. (2019). The effectiveness of play therapy on visual short-term memory and cognitive flexibility in children with attention deficit/hyperactivity disorder.
- Kholilah, E., & Solichatun, Y. (2018). Terapi Bermain Dengan CBPT (Cognitive Behavior Play Therapy) Dalam Meningkatkan Konsentrasi Pada Anak ADHD. *Psikoislamika: Jurnal Psikologi dan Psikologi Islam*, 15(1), 41-50.
- Lenton, P. L. (2020). The effectiveness of a group Theraplay and sunshine circles intervention on reducing behavioural difficulties resulting from early complex trauma.
- Leonidou, C., Panayiotou, G., Bati, A., & Karekla, M. (2019). Coping with psychosomatic symptoms: The buffering role of psychological flexibility and impact on quality of life. *Journal of health psychology*, 24(2), 175-187.
- Prayag, G., Le, T. H., Pourfakhimi, S., & Nadim, Z. (2022). Antecedents and consequences of perceived food authenticity: A cognitive appraisal perspective. *Journal of Hospitality Marketing & Management*, 31(8), 937-961.
- Rinkoff, M. B. (2017). *The impact of mindfulness based interventions on the psychological capital of leaders* (Doctoral dissertation, Pepperdine University).
- Rusmana, N., Hafina, A., & Suryana, D. (2020). Group play therapy for preadolescents: post-traumatic stress disorder of natural disaster victims in Indonesia. *The Open Psychology Journal*, 13(1).
- Rogge, R. D., & Daks, J. S. (2021). Embracing the intricacies of the path toward mindfulness: Broadening our conceptualization of the process of cultivating mindfulness in day-to-day life by developing the unified flexibility and mindfulness model. *Mindfulness*, 12, 701-721.
- Sharpley C. F., Bitsika, V., (2014). Wootten Addie C., and Christie David R. H.. Predictors of Depression in Prostate Cancer Patients: A Comparison of Psychological Resilience Versus Pre-Existing Anxiety and Depression, *Journal of Men's Health*, 11(3): 115-120. doi:10. 1089/jomh.. 0024.
- Shareh, H., Farmani, A., & Soltani, E. (2014). Investigating the reliability and validity of the cognitive flexibility inventory (CFI-I) among Iranian university students. *clinical psychology*, 4,6, 43-50.
- Song, M. K., Choi, S. H., Lee, D. H., Lee, K. J., Lee, W. J., & Kang, D. H. (2018). Effects of cognitive-behavioral therapy on empathy in patients with chronic pain. *Psychiatry investigation*, 15(3), 285.
- Vasconcelos, A., & Souza, S. (2022). Play Therapy and Otherness: a group play therapy experience in the light of Lévinas. *Psicologia em Estudo*, 27, e47800.
- Warren, J. M., Halpin, S. A., Hanstock, T. L., Hood, C., & Hunt, S. A. (2022). Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) for families presenting with child maltreatment: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 134, 105942.

- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hofer, P., & Gloster, A. T. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 18*(1), 60-68.
- Wong, T. Y., Chang, Y. T., Wang, M. Y., & Chang, Y. H. (2023). The effectiveness of child-centered play therapy for executive functions in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 28*(3), 877-894.

Original Article

Comparing the effectiveness of cognitive-based play therapy and interactive play therapy on the cognitive flexibility of female students with special learning disabilities

Received: 06/07/2024 - Accepted: 23/08/2024

Hoda Shahzadehahmadi¹
Ramezan Hasanzadeh*²
Mohammad Kazem Fakhri³

¹Ph.d. student of Educational Psychology, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

²Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

³Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Corresponding author: Ramazan Hasanzadeh, Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Email:
hasanzadehramzan@gmail.com

Abstract

Introduction: Specific learning disorder encompasses a heterogeneous group of children who face difficulties in various domains. The present study aimed to compare the effectiveness of cognitive therapy-based play therapy and interaction-centered play therapy on the cognitive flexibility of female students with specific learning disorder. The research method was a quasi-experimental design with a pretest-posttest control group and a three-month follow-up phase. The statistical population included 54 first-grade female students diagnosed with specific learning disorder who had cases in the Educational Counseling Center of Qom city in 2023. A total of 45 students were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups: two experimental groups and one control group, with 15 students in each. The Cognitive Flexibility Questionnaire by Dennis and Vander Wal (2010) was used in this study. The interaction-centered play therapy group received 21 sessions of 45 minutes each based on the Jernberg and Booth (2010) protocol, and the cognitive therapy-based play therapy group received 10 sessions of 60 minutes each based on the Mohammad Esmail (2008) protocol. No intervention was provided for the control group. Data were analyzed using mixed repeated measures ANOVA and Tukey's post-hoc test with SPSS18 software. The findings indicated that both cognitive therapy-based play therapy and interaction-centered play therapy had a significant effect on the cognitive flexibility of female students with specific learning disorder ($P \leq 0.01$). However, cognitive therapy-based play therapy was more effective in enhancing cognitive flexibility than interaction-centered play therapy ($P \leq 0.01$). This study provides practical implications for psychologists and counselors, highlighting the greater impact of cognitive therapy-based play therapy on cognitive flexibility.

Key words: Play therapy, cognitive therapy, interaction, cognitive flexibility, learning disorder.

Acknowledgement: There is no conflict of interest