

اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر پرخاشگری و اختلال املاء در کودکان دبستانی

محمودنجفی^۱، بیتا سرپولکی^۲

تاریخ دریافت: ۹۵/۱/۱۴

تاریخ پذیرش: ۹۴/۷/۸

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر پرخاشگری و اختلال املاء کودکان دبستانی انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی و طرح آن پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه بود. نمونه شامل ۲۴ دختر و پسر دبستانی بین سنین ۷ تا ۱۲ سال بودند که به روش در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. مداخله بازی درمانی شناختی رفتاری به مدت ۱۲ جلسه یک ساعته به‌صورت هفتگی به افراد گروه آزمایش آموزش داده شد. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه پرخاشگری شهیم و آزمون محقق ساخته املاء استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد بازی درمانی شناختی رفتاری موجب کاهش پرخاشگری کودکان گروه آزمایش در هر سه مؤلفه جسمانی، رابطه‌ای و واکنشی شده بود. همچنین مداخله آموزشی موجب کاهش اختلال املاء در گروه آزمایش شده است. می‌توان نتیجه گرفت که بازی درمانی شناختی رفتاری در کاهش پرخاشگری و بهبود اختلال املاء کودکان دبستانی روشی موثر است و در طرح‌ریزی رویکردهای درمانی برای این گروه از کودکان می‌تواند امیدبخش باشد.

واژگان کلیدی: اختلال یادگیری، بازی درمانی، پرخاشگری، اختلال املاء

مقدمه

کودکان قشر عمده‌ای از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند. در کشورهای در حال توسعه سهم کودکان از کل جمعیت تقریباً به ۵۰ درصد می‌رسد. طی چند دهه گذشته علاقه به تحول عاطفی - اجتماعی کودکان افزایش یافته است. پیش از این پژوهشگران بر این باور بودند که

۱. استادیار روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان (نویسنده مسئول) m_najafi@semnan.ac.ir

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه آزاد سمنان

مشکلات کودکان ناشی از نارسایی تحولی آنها است و مشکلات را پشت سر خواهند گذاشت. واقعیت این است که اگرچه فرایند تحولی که همواره با تغییرات سریع همراه است نمی‌تواند دارای پایداری رفتاری باشد، اما کاملاً روشن است که بسیاری از کودکان در سال‌های نخستین کودکی دارای مشکلات عاطفی و رفتاری هستند که در طی زمان و شاید تا دوران بلوغ و حتی بزرگسالی نیز تداوم یابد (نریمانی، سلیمانی و ابوالقاسمی، ۱۳۹۱؛ گیمپل و هالند^۱، ۲۰۰۲؛ به نقل از برزگر، ۱۳۹۲). یکی از این مشکلات خشم و پرخاشگری است. پرخاشگری یک رفتار آسیب‌رسان جسمی و هیجانی نسبت به دیگران است که به‌طور عمدی انجام می‌شود (بالارد، راتلی، فلمینگ و راشلی^۲، ۲۰۰۴). این مشکل از شایع‌ترین مشکلات کودکان و نوجوانان و از دلایل مهم ارجاع آنها به مراکز مشاوره و روان‌درمانی به‌شمار می‌آید. پرخاشگری در سال‌های اولیه زندگی باعث به وجود آمدن مشکلات فردی (مانند خودپنداره ضعیف و عملکرد تحصیلی ضعیف) و بین فردی (مانند طرد از سوی همسالان) در زندگی کودک می‌شود (گودوین، پیسی و گریس^۳، ۲۰۰۳).

در طول سال‌های ابتدایی مدرسه در کودکان تغییرات مهمی ایجاد می‌شود؛ طوری که استدلال آنها به تدریج منطقی‌تر و توجه آنها سازگارانه‌تر می‌شود. همچنین دیدگاه‌های آنها از رشد پیچیده‌تری برخوردار می‌شود و مهارت‌های خواندن و نوشتن را فرا می‌گیرند. در این میان مشکلی که بعضی از کودکان با آن مواجه می‌شوند ناتوانی در یادگیری خواندن و نوشتن است (کینزبورن و وارینگتون^۴، ۱۹۶۴). کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی اختلال یادگیری را به عنوان یک نوع اختلال عصبی - رشدی در نظر می‌گیرد که مانع توانایی یادگیری و یا استفاده از مهارت‌های تحصیلی ویژه مثل نوشتن، خواندن یا حساب می‌شود (مالو^۵، ۲۰۱۳). در میان اختلال یادگیری، نوشتن و اختلال املاء یکی از بحث‌های جالبی است که مورد توجه بسیاری از متخصصان و روان‌شناسان قرار گرفته است. نوشتن توانایی پیچیده‌ای

-
1. Gimple & Holland
 2. Ballard, Rattley, Fleming & Ashley
 3. Goodwin, Pacey & Grace
 4. Kinsbourne & Warrington
 5. Malow

است که نیازمند دامنه‌ای از توانایی‌های شناختی و زبانی است. فرایند نوشتن ممکن است در وهله اول مرکب از املاء و دستخط باشد. یادگیری خواندن و نوشتن به آموزش و ادغام تدریجی اطلاعات در مورد آوردن کلمات بر روی کاغذ، اصوات گفتار و معانی اینها و پشتیبانی حافظه برای کلمات در املاء و خواندن نیاز دارد. اختلال در هر یک از این فعالیت‌ها ممکن است فرایند نوشتن را با مشکل مواجه سازد (سینگر و باشیر^۱، ۲۰۰۴؛ اسنولینگ و هالم^۲، ۲۰۱۲).

اختلال بیان نوشتاری نوعی ناتوانی یادگیری است که فرد با وجود داشتن هوش طبیعی و به تناسب سن، تجارب زندگی و سوابق تحصیلی در برقراری ارتباط نوشتاری مشکل داشته و عموماً به‌طور قابل ملاحظه‌ای پایین‌تر از سطح طبیعی قرار دارد (سادوک و ویرجینیا^۳، ۲۰۰۰). با توجه به اینکه نوشتن و املاء مستلزم داشتن مهارت‌هایی در زمینه‌های گوناگون است می‌توان نتیجه گرفت که ناتوانی در این زمینه نیز می‌تواند ناشی از نارسایی در بخش‌های مختلف مربوط به این توانایی‌ها مانند نارسایی عصبی، مشکلات بینایی یا شنوایی، تحصیل ناکافی (ایزه، آرنولدی، بارتلینگ و اسکات-کرن^۴، ۲۰۱۲)، مشکل در ادراک شنوایی (اسکات-کرن و برودر^۵، ۲۰۱۰)، نارسایی توجه دیداری و شنیداری (بوس، تاینتریر و والدویس^۶، ۲۰۰۷؛ منگینی و همکاران^۷، ۲۰۱۰)، مشکلات واج‌شناختی و زبانی، آگاهی واجی، حافظه واج‌شناختی و سرعت نام‌گذاری (لویس، فری باین و تیلر^۸، ۲۰۰۲؛ پلازا و کوهن^۹، ۲۰۰۴)، اشکال در حافظه دیداری، شنیداری و حرکتی (ناتان^{۱۰}، ۲۰۰۹؛ به نقل از سلامت، مقتدائی، کافی، عابدی و حسین‌خانزاده، ۱۳۹۲) باشد. اگر مشکلاتی از این قبیل در کودکان تداوم و شدت یابند،

1. Singer & Bashir
2. Snowling & Hulme
3. Sadock & Virginia
4. Ise, Arnoldi, Bartling & Schulte-korne
5. Schulte-korne & Bruder
6. Bosse, Tainturier & Valdois
7. Menghini & et al
8. Lewis, Freebainn & Taylor
9. Plaza & Cohen
10. Nathan

موجب بروز ناهنجاری‌های رفتاری و عاطفی برای دانش‌آموزان، خانواده‌ها و جامعه و موجب هدر رفتن سرمایه‌های انسانی و اقتصادی کشور می‌شود (آذرنیوشان، به‌پژوه و غباری‌بناب، ۱۳۹۱)؛ بنابراین تنها راه برای مقابله با این شرایط تشخیص و درمان به‌موقع است. از میان روش‌های درمانی متفاوتی که برای کاهش پرخاشگری و بهبود اختلال املاء مطرح هستند، بازی درمانی از شاخص‌ترین و پرکاربردترین روش‌ها است (ذوالمجد، برجعلی و آرین، ۱۳۸۶). بازی جهان طبیعی کودک است و اجازه می‌دهد تا کودک از خلاقیت خود استفاده نماید و این در حالی است که کودک تخیل، مهارت، چابکی و قدرت عاطفی، جسمی و شناختی خود را رشد می‌دهد. کودکان از طریق بازی در مورد خود و دیگران چیزهایی را یاد می‌گیرند و از این طریق در سنین پایین با جهان اطراف خود تعامل می‌کنند. بازی درمانی نیز یک مداخله پیشرفته و تکامل یافته برای کودکان است. بازی و بازی درمانی از زمره روش‌هایی است که نتایج مفید و قابل توجهی به بار می‌آورد و به شیوه مثبتی به رفتارهای هیجانی و تکانشی تعادل می‌بخشد (برزگر، ۱۳۹۲، هومیر و موریسون^۱، ۲۰۰۸؛ تکین و سیزر^۲، ۲۰۱۰؛ گینزبورگ^۳، ۲۰۰۷). پژوهش‌هایی که در این زمینه توسط صباغیان‌راد و فتحی (۲۰۱۴)؛ حیاتی، اسماعیلی، نیکرو و فرامرزی (۲۰۱۴)؛ درزی‌رامندی، دانشفر و شجاعی (۲۰۱۲)؛ رای، بلانکو، سالیوان و هولیمان^۴ (۲۰۰۹)؛ برزگر، پورمحمدرضای تجریشی و بهنیا (۱۳۹۱)؛ ذوالمجد و همکاران (۱۳۸۶)؛ قادری، اصغری مقدم و شعیری (۱۳۸۵) انجام شد حاکی از این بود که بازی درمانی در کاهش پرخاشگری موثر است. همچنین پژوهش‌های خالدی، ولیدی‌پاک، میرخوان و عطایی (۲۰۱۴)؛ عبدی، کرمی و حاتمی (۱۳۹۱)؛ پارکر و باگرلی^۵ (۲۰۰۵)؛ سلامت و همکاران (۱۳۹۲) حاکی از این بود که این روش درمان بر بهبود اختلال املاء نیز موثر است؛ زیرا بازی فرصتی را به کودکان می‌دهد تا احساسات خود را آزادانه بیان

-
1. Homeyer & Morrison
 2. Tekin & Sezer
 3. Ginsburg
 4. Ray, Blanco, Sullivan & Holliman
 5. Parker & Baggerly

کنند و با استفاده از نمادها مشکلات خود را در واقعیت جبران کنند (بخشایش و میرحسینی، ۱۳۹۳).

بازی درمانی شناختی رفتاری شامل مداخله‌های مبتنی بر اساس رویکرد شناختی رفتاری در قالب بازی درمانی است. اساس این نظریه بر سیر تحول حسی مبتنی است. بر این اساس بازی به عنوان یک روش کلامی و غیرکلامی در حل مشکلات مورد استفاده قرار می‌گیرد. این رویکرد با بازی درمانی‌های غیرمستقیم، از قبیل درمان‌های رابطه‌ای که از هرگونه بحث مستقیم اجتناب می‌ورزند، متفاوت است. بازی درمانی شناختی موجب رشد افکار و رفتار سازگارانه می‌شود. درمان شناختی رفتاری از طریق بازی درمانی به دنبال شناسایی افکار ناسازگارانه، درک مفروضه‌های فکری و یادگیری به‌منظور اصلاح باورهای غیرمنطقی است. تحول این درمان حدود بیست و پنج سال پیش با بزرگسالان آغاز شد؛ اما به تازگی در مورد کودکان و نوجوانان مورد استفاده قرار گرفته است. اساس این جهت‌گیری بر اهمیت تحریف‌های شناختی در سنین پیش‌دبستانی و دبستان است. با این حال تحولات اخیر در بازی درمانی شناختی رفتاری نشان می‌دهد که این رویکرد می‌تواند پاسخگوی نیازهای نوجوانان نیز باشد؛ با این تفاوت که روش‌های شناختی رفتاری در بزرگسالان به‌گونه مستقیم و در کودکان به‌طور غیرمستقیم از طریق بازی قابل اجرا است. به‌عنوان مثال استفاده از عروسک‌ها و حیوانات دست‌ساز می‌تواند الگویی از راهبردهای شناختی جهت رویارویی با باورهای غیرمنطقی باشد. بازی درمانی شناختی رفتاری رویکردی هدفمند، دارای ساختار و مداخله‌ای مستقیم در چارچوب طبیعت کودک است. ارزیابی عمل‌گرایانه در این روش نتایج درمان را می‌سازد و به لحاظ ساختار به درمانگران در مفهوم‌سازی مشکلات کودکان و نوجوان کمک می‌کند.

از آنجا که نوشتن یک ابزار ارزشمند برای برقراری ارتباط، یادگیری و ابراز وجود است، افرادی که مهارت کافی در نوشتن ندارند ممکن است در وضعیتی نامساعد قرار بگیرند و ممکن است با فرصت‌های محدود برای آموزش و اشتغال رو به رو شوند (گراهام و همکاران، ۲۰۱۲) و همچنین با توجه به این مساله که عدم سلامت کودکان و نوجوانان با نشانگان

پرخاشگری پیامدهای جبران‌ناپذیری برای فرد، خانواده و اجتماع دارد، توجه به سلامت و بهداشت روان آنها بسیار مهم است؛ چرا که سلامت آنها موجب کارایی بیشتر و پیشرفت جامعه می‌شود. بنابراین سوال اصلی پژوهش این است که آیا بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر کاهش پرخاشگری و بهبود اختلال املاء اثر دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و طرح ان از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی دانش‌آموزان پسر و دختر سه دبستان (یک دبستان پسرانه و دو دبستان دخترانه) از منطقه دو شهر تهران تشکیل دادند. از میان جامعه مذکور تعداد ۲۴ دانش‌آموز دارای اختلال املاء (با توجه به نظر معلم و مصاحبه بالینی) که در پرسشنامه پرخاشگری بالاترین نمرات را با توجه به نمره برش داشتند، انتخاب و پس از دریافت رضایت آگاهانه وارد فرایند پژوهش شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از دامنه سنی ۷ تا ۱۲ سال و برخورداری از هوش طبیعی. ملاک خروج نیز عبارت بود از غیبت بیش از دو جلسه و وجود مشکلات جسمانی. تلاش شد تا انجام پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی‌ها مغایر نباشد و شرکت‌کنندگان در تمامی مراحل طراحی، اجرا و گزارش پژوهش از بعد کرامت انسانی، احترام و تمامیت جسمانی و روانی مورد حفاظت قرار گیرند تا انجام پژوهش خلل یا وقفه‌ای در روند مراقبت‌های پزشکی آزمودنی‌ها ایجاد نکند. به منظور رعایت موازین اخلاقی، شرکت‌کنندگان گروه گواه در لیست انتظار برای دریافت مداخله قرار گرفتند و پس از پایان پژوهش، ۵ جلسه بازی درمانی را به صورت دوره‌ای دریافت کردند. در این پژوهش با در نظر گرفتن یک‌سویه بودن آزمون و مبنا قرار دادن $1/645 = \alpha = 0/05$ و همچنین توان آزمون $1-\beta = 0/84$ حجم کلی نمونه ۲۴ نفر برآورد شد.

$$n = \frac{z_{\alpha}(1-\beta)}{d^2} = \frac{(1.645+0.84)2}{.25} = 24.7$$

پژوهش در دو دبستان پسرانه و دخترانه منطقه ۲ تهران اجرا شد. جهت انجام درمان هماهنگی‌های لازم با مسئولین مدارس و همچنین خانواده کودکان صورت گرفت. مداخله

بازی درمانی شناختی رفتاری به صورت گروهی در هفته‌ای یک جلسه طی ساعت ۱۱ تا ۱۲ صبح به شرکت کنندگان گروه آزمایش آموزش داده شد. بدین منظور یک کودک یار و یک روانشناس بالینی فرایند درمان را هدایت کردند. اجرای مداخله به مدت دوازده جلسه طول کشید. اهداف، محتوا و ابزار مورد استفاده در فرایند درمان در جدول ۱ ارائه شده است. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس پرخاشگری رابطه‌ای و آشکار و آزمون محقق ساخته املاء بودند که در ادامه به توضیح هر کدام می‌پردازیم.

مقیاس پرخاشگری رابطه‌ای و آشکار: این پرسشنامه توسط شهیم (۱۳۸۶) ساخته و پایایی و روایی آن در کودکان شهر شیراز ارزیابی شده است. این مقیاس ۲۱ گویه در زمینه پرخاشگری رابطه‌ای و آشکار دارد و در طیف ۴ درجه‌ای لیکرت نمره گذاری می‌شود. مقیاس پرخاشگری رابطه‌ای و آشکار دارای سه زیر مقیاس پرخاشگری جسمانی، پرخاشگری واکنشی کلامی و بیش فعال و پرخاشگری رابطه‌ای است. این پرسشنامه توسط معلم تکمیل می‌شود. تحلیل عوامل با محور اصلی و چرخش مایل منجر به استخراج سه عامل با ارزش ویژه بیش از یک گردید که پنجاه و نه درصد واریانس را تبیین می‌نماید و ضریب KMO برابر با ۰/۹۲ و آزمون بارتلت برای کرویت داده‌ها معنادار بوده است. ضریب همبستگی بین گویه‌ها و نمره کل مؤلفه پرخاشگری جسمانی از ۰/۴۷ تا ۰/۸۲ ضریب همبستگی بین پرخاشگری رابطه‌ای و نمره کل از ۰/۶۷ تا ۰/۸۴ و ضریب همبستگی بین گویه‌ها و نمره کل مؤلفه پرخاشگری واکنشی و بیش فعال از ۰/۲ تا ۰/۶۳ متغیر بوده است. نقطه برش برای تشخیص کودک پرخاشگر در هر زیرمقیاس، یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین در نظر گرفته شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ و بسیار مطلوب گزارش شده است. این ضریب برای پرخاشگری جسمانی، رابطه‌ای، واکنشی و بیش فعال به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۹ و ۰/۸۳ گزارش شده است (شهیم، ۱۳۸۶).

آزمون محقق ساخته املاء: اختلال املاء بر اساس آزمون انجام گرفته توسط پژوهشگر از دانش آموزان تعیین شده است. برای این منظور از دانش آموزان بر اساس مقطع تحصیلی و کتب فارسی مربوطه، آزمون املاء گرفته شد.

در پژوهش حاضر از روش بازی درمانی هدفمند با رویکرد شناختی رفتاری مکتب سوزان ام نل و روش سیستماتیک با عمل‌گرایی برای کاهش پرخاشگری و بهبود اختلال املاء دانش‌آموزان استفاده شده است که در آن از ابزارهای آموزشی روش مونته‌سوری که امکانات لازم برای تقویت همه حواس به جز چشایی و بویایی را فراهم می‌کند، استفاده گردید. پس از تعیین گروه آزمایش، مداخله به صورت گروهی اجرا شد. برای گروه آزمایش ۱۰ جلسه به صورت انفرادی و به مدت ۲ ساعت طی دو ماه، آموزش بازی هدفمند برگزار گردید. لازم به ذکر است ابتدا رضایت والدین برای بازی درمانی جلب شد. خلاصه ۱۰ جلسه بازی درمانی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. محتوای جلسات بازی درمانی

جلسات	محتوا	ابزار
۱	تشخیص سطح کارکردی دانش‌آموزان، 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	تخته توازن
۲	یادگیری مهارت‌های جدید و ارتباط بهنجار، کسب اطلاعات در مورد خود و مشکلات خود، پیشرفت توانایی تعقیب چشمی، پیشرفت وضعیت جانبی و جهت‌یابی، توانایی تمیز و رمزگشایی بینایی، هماهنگی چشم و دست	بازی ردیابی تپله بر روی سطح شیب‌دار
۳	تخلیه انرژی و کمتر شدن رفتار تکانشی، پیشرفت هماهنگی و چالاکي، هماهنگی چشم و دست - چشم و پا	بازی تایر
۴	تمرکز درمان بر خودکنترلی، افزایش دقت و تمرکز و تقویت انگشتان دست	بازی پیچ و مهره
۵	آموزش راهکارهایی در مورد شیوه‌های برخورد با مردم، آموزش مهارت‌هایی برای عملکرد روزانه دانش‌آموز، پیشرفت ادراک بینایی تصویر و زمینه، تشخیص تفاوت‌ها و شباهت‌ها، پیشرفت الگوهای نقل و انتقال در هماهنگی چشم و پا	بازی نردبان-گام زدن

۶	دانش آموز اهمیت میزان موفقیت در اجرای یک تکلیف را در می‌یابد، افزایش هماهنگی چشم و دست، رشد خودپنداره و کمک به کودک در پریدن از زمین	بازی پلانجر (با پریدن اشیا مورد نظر را لمس می‌کند)
۷	پیشرفت هماهنگی حرکات دست و تعادل، پیشرفت تصور بدنی و تن آگاهی، پیشرفت مهارت‌های توالی، تداعی و تمیز شنیداری	بازی خم شدن (دست و پای مورد نظر را باید بر روی اشکال هندسی گفته شده قرار دهد)
۸	شناخت‌های خود را شناسایی کنند، کمک به شناسایی تحریف‌های شناختی و جایگزینی تفکر سازگارانه با تفکر ناسازگارانه	بازی تنگنارم (تصویر نشان داده شده و فرد با کمک حافظه بینایی باید تصویر را تکمیل کند)
۹	پذیرش مسئولیت، بیان تعامل بین افکار-احساسات و رفتار دانش آموز، افزایش خودپنداره، تخلیه انرژی و آگاهی فضایی، پیشرفت هماهنگی چشم و دست	بازی پرتاب‌کننده پای
۱۰	افزایش و تقویت مهارت مقابله با هیجانات منفی و مهارت حل مسئله با توجه به سن تقویمی، پیشرفت انعطاف‌پذیری، پیشرفت قدرت ماهیچه‌ها، پیشرفت عکس‌العمل اجتماعی	بازی تیوپ

یافته‌های پژوهش

گروه نمونه در دامنه سنی ۷ تا ۱۲ سال قرار داشتند. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش با توجه به گروه‌ها و دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش برای دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه آزمایش		گروه گواه	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
پرخاشگری جسمانی	۱۳/۷۵	۲/۲۵	۸/۵۰	۱/۵۱
پرخاشگری رابطه‌ای	۲۲/۷۵	۲/۲۸	۱۶/۶۲	۳/۵۴
پرخاشگری واکنشی	۱۳	۲/۶۱	۷/۲۵	۱/۱۶
دیکته	۱۲/۱۲	۱/۲۴	۱۵/۶۲	۱/۵۹

توزیع نمرات بر اساس شاخص‌های میانگین و انحراف معیار در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است. داده‌ها نشان‌دهنده وجود تفاوت بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش هستند. به منظور بررسی اثربخشی بازی درمانی بر پرخاشگری از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و جهت بررسی تاثیر بازی درمانی بر شاخص املاء از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. یکی از مفروضه‌های این آزمون برابری ماتریس کوواریانس‌ها است که برای بررسی این مفروضه از آزمون باکس استفاده شد. نتایج این آزمون هیچ نوع تخطی جدی از مفروضه را نشان نداد ($M\ BOX=11/16, F=0/821, P>0/05$). مفروضه دیگر همگنی واریانس خطا است که برای بررسی این مفروضه از آزمون لوین استفاده شد. نتایج این آزمون نیز هیچ نوع تخطی از این مفروضه را نشان نداد (پرخاشگری جسمانی: $F=6/56, P>0/05$ ؛ پرخاشگری رابطه‌ای: $F=2/197, P>0/05$ ؛ پرخاشگری واکنشی: $F=0/865, P>0/05$ ؛ اختلال دیکته: $F=3/271, P>0/05$). نتایج آزمون تحلیل کوواریانس

برای مقایسه میانگین‌های پرخاشگری در پس‌آزمون با حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری را در گروه‌ها نشان داد ($F=8/120, P<0/001$, $\eta^2=0/253$)، لامبدای ویلکز). برای بررسی دقیق‌تر آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره انجام شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون کوواریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت گروه‌ها در پرخاشگری با کنترل

پیش‌آزمون

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری
پرخاشگری جسمانی	۲۶/۷۳۳	۱	۲۶/۷۳۳	۶/۵۶	۰/۰۱۱
پرخاشگری رابطه‌ای	۸۴/۶۹۳	۱	۸۴/۶۹۳	۴/۶۶	۰/۰۲۳
پرخاشگری واکنشی	۲۶/۶۰	۱	۲۶/۶۰	۱۳/۳۶	۰/۰۴۰

با توجه به جدول ۳ در متغیرهای وابسته شامل پرخاشگری جسمانی، رابطه‌ای، واکنشی و دیکته تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد. بنابراین، با توجه به آماره توصیفی و استنباطی صورت گرفته، بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری و بهبود اختلال املاء تاثیر دارد. همچنین نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره ($F=8/21, P>0/01$) در مورد متغیر املاء نشان می‌دهد که بازی درمانی بر شاخص کیفیت املاء موثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر کاهش پرخاشگری و بهبود اختلال املاء بود. نتایج نشان داد که بازی درمانی در مرحله پس‌آزمون باعث کاهش پرخاشگری کودکان گروه آزمایش شده و توانسته اختلال املاء آنها را بهبود بخشد. این یافته با یافته‌های صباغیان‌راد و فتحی (۲۰۱۴) همسو است. در پژوهش مذکور اثربخشی بازی درمانی بر کاهش سه مؤلفه پرخاشگری جسمانی، رابطه‌ای و واکنشی در کودکان ۱۰ تا ۱۴ ساله مشاهده شد. همچنین درزی رامندی و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی به بررسی اثربخشی بازی درمانی بر کاهش دو مؤلفه پرخاشگری کلامی و غیر کلامی در کودکان دارای نارسایی‌های عقلانی پرداختند. نتایج نشان داد که بازی درمانی بر کاهش هر دو مؤلفه

پرخاشگری موثر بوده است. همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، پژوهش رای و همکاران (۲۰۰۹) بر روی نمونه‌ای مشتمل بر کودکان پیش‌دستانی نشان داد که نمرات پرخاشگری گزارش شده از سوی معلم و والدین کاهش معناداری را در پیگیری شش ماهه نشان دادند. همچنین در پژوهش ذوالمجد و همکاران (۱۳۸۶) تاثیر شن‌بازی بر شاخص کلی پرخاشگری در پسران یازده ساله تهرانی معنادار گزارش شد.

از سوی دیگر درمان حاضر توانست میزان پرخاشگری کلامی را در کودکان گروه آزمایش کاهش دهد که این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های گذشته است (براتون، لندرت، ۱۹۹۵؛ تئو و همکاران، ۲۰۱۰)، همچنین یافته‌های این پژوهش مبنی بر اثربخشی بازی درمانی رابطه‌ای بر کاهش میزان پرخاشگری رابطه‌ای همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین است (تئو و همکاران، ۲۰۰۲؛ بدیعی، ۲۰۱۰، فولی، هیگدان، وایت، ۲۰۰۶، کینسوردی، گرز، ۲۰۱۰). مغایر با یافته‌های پژوهش حاضر، پژوهش رجب‌پور، مکوندحسینی و رفیعی‌نیا (۱۳۹۰) نشان داد که بازی درمانی تاثیر معناداری بر کاهش پرخاشگری رابطه‌ای دارد، گرچه اذعان می‌دارند که درمان مذکور توانسته است بر کاهش دو مؤلفه پرخاشگری کلامی و جسمانی موثر باشد. برزگر و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش خود تاثیر بازی درمانی در تعدیل مشکلات برونی‌سازی کودکان را تایید کرده است. قادری، اصغری مقدم و شعیری (۱۳۸۵) در پژوهشی اثربخشی بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری کودکان ۸ تا ۱۱ ساله را معنادار گزارش کردند.

از سوی دیگر نتایج یافته‌های این پژوهش نشان داد که بازی درمانی بر عملکرد دانش‌آموزان دارای اختلال املاء اثر مطلوبی دارد. این نتایج با یافته‌های خالدی و همکاران (۲۰۱۴) همسو است. آنها در پژوهش خود دریافتند که بازی درمانی سبب بهبود عملکرد نوشتن در دانش‌آموزان شده است. در این راستا عبدی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی به بررسی اثربخشی تقویت حافظه دیداری از طریق بازی درمانی بر کاهش خطاهای املا دانش‌آموزان با اختلال نوشتن پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد که این مداخله سبب خود نظارتی دانش‌آموزان بر فرایند نوشتن، هدفمندسازی فعالیت و در نهایت یادگیری مهارت نوشتن صحیح شده است. پارکر و باگرلی (۲۰۰۵) نیز در پژوهشی مشابه از بازی درمانی جهت تعدیل مشکلات نوشتن در کودکان با موفقیت استفاده کردند. همچنین، سلامت و همکاران (۱۳۹۲)

در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که بازی درمانی شناختی رفتاری بر بهبود و توان بخشی حافظه و مهارت های اجتماعی دانش آموزان با ناتوانی یادگیری املاء اثربخش بوده است. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که این روش درمان بر بهبود اختلال املاء نیز موثر است؛ چرا که بازی فرصتی را به کودکان می دهد تا احساسات خود را آزادانه بیان نموده و با استفاده از نمادها مشکلات خود را در واقعیت جبران نمایند و برای آنها راه حل بیابند و موقعیت هایی را که ممکن است با آن روبرو شوند از طریق بازی جبران کنند. بازی افکار درونی کودک را با دنیای خارجی او مرتبط می سازد و باعث می شود که کودک بتواند اشیای خارجی را تحت کنترل خود در آورد یا بتواند آنها را دستکاری نموده و تغییر دهد. همچنین بازی به کودک اجازه می دهد تا تجربیات تهدیدکننده خود را نشان دهد (بخشایش و میرحسینی، ۱۳۹۳؛ عبدی و همکاران، ۱۳۹۱؛ صباغیان راد و فتحی، ۲۰۱۴).

در تبیین اثر بخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر کاهش پرخاشگری می توان گفت که کودکان در بازی درمانی می آموزند که رفتارشان یک انتخاب است و بدین وسیله پیامد رفتارشان را نیز انتخاب می کنند، آگاهی از این امر در تقویت رفتار خودکنترلی به آنها کمک می کند. بازی یک فعالیت طبیعی و لذت بخش است که اساسا به منزله رشد شناختی، عاطفی - اجتماعی و روانی - حرکتی کودک است. در طول بازی نیروهای مختلف مانند چابکی، توجه و درک رشد پیدا کرده و شخصیت کودکان شکل گرفته و تغییرات بسیاری در ویژگی های آنها اتفاق می افتد. بازی باعث افزایش حس کنجکاوی و قدرت نوآوری می شود و همچنین باعث لمس احساس حقیقی شخصیت و تجربه واقعیت می شود. بازی این فرصت را برای کودک فراهم می کند تا بتواند تصویری از دنیای درونی خود ارائه دهد و بیان هیجانات را برایش تسهیل می کند. عملکرد عمده بازی درمانی حل کردن هرگونه تعارضی در کودک است که با عملکرد موثر او در محیط تداخل می کند. بازی درمانی محیط امنی را برای کودکان فراهم می کند که در آن کودکان به تدریج هیجانات، تنش ها، احساس ناامنی، پرخاشگری و ترس های سرکوب شده خود را ابراز کنند (کارلسون و آرتو، ۱۹۹۹؛ جعفری، محمدی،

خانبانی، فرید و چیتی، ۲۰۱۱؛ درزی رامندی و همکاران، ۲۰۱۲؛ توزنده‌جانی، بهشتیان و قاجاری، ۲۰۱۴؛ گنجی، ذبیحی، خدابخش و کراسکیان، ۱۳۹۰). ارتباط در اتاق بازی به این صورت است که کودک احساسات منفی خود را از طریق بازی به یک بزرگسال همدل (درمانگر) بیان می‌کند و آن فرد احساسات ارائه شده کودک را انعکاس می‌دهد و می‌پذیرد. وقتی این احساسات از طرف درمانگر پذیرفته شد، دیگر قدرت و شدت سابق را نداشته و اثرات آن بر رفتار کودک کاهش می‌یابد و بعد از این مرحله عبارات مثبت شروع شده و با بازی کودک مخلوط شده و کودک شروع به یادگیری مهارت‌های جدید می‌کند. به عبارت دیگر می‌توان گفت از طریق بیان احساسات یا رفتارهای پرخاشگرانه در اتاق بازی و همچنین با حضور همدلی و درک درمانگر که به مراتب مهم‌تر از بروز رفتار پرخاشگرانه به تنهایی است، کودک یاد می‌گیرد که با نیازهای خود به شیوه مناسب اجتماعی برخورد کند. همچنین در جریان بازی مهارت‌های ارتباطی کودکان رشد می‌کنند و در چنین چهارچوبی می‌توانند به باز پدیدآوری مکرر موضوع و رویدادهای مهم بپردازند، احساسات و هیجانات خود را برون‌ریزی کنند، به بینش جدیدی دست یابند و شیوه‌های سازش یافته‌تر حل مساله را برگزینند (رای و همکاران، ۲۰۰۹؛ برزگر و همکاران، ۱۳۹۱).

یافته دیگر پژوهش حاضر تائید اثربخشی بازی درمانی بر بهبود اختلال نوشتن بود. در تبیین اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر بهبود اختلال املاء می‌توان گفت همان‌گونه که نوشتن مستلزم مهارت‌هایی در زمینه‌های گوناگون است نارسایی در نوشتن و اختلال املاء نیز می‌تواند به نارسایی عصبی، مشکلات بینایی یا شنوایی، تحصیل ناکافی (ایزه و همکاران، ۲۰۱۲)، مشکل در ادراک شنوایی (اسکات-کرن و برودر، ۲۰۱۰)، نارسایی توجه دیداری و شنیداری (بوس و همکاران، ۲۰۰۷؛ منگینی و همکاران، ۲۰۱۰)، مشکلات واج‌شناختی و زبانی، آگاهی واجی، حافظه واج‌شناختی و سرعت نام‌گذاری (لویس و همکاران، ۲۰۰۲؛ پلازا و کوهن، ۲۰۰۴)، اشکال در حافظه دیداری، شنیداری و حرکتی (ناتان، ۲۰۰۹؛ به نقل از سلامت و همکاران، ۱۳۹۲) مربوط باشد. این‌طور فرض می‌شود کودکانی که در املاء مشکل دارند، نارسایی‌هایی نیز در حافظه دارند که با روش‌های بازی درمانی شناختی رفتاری می‌توان آنها را حل کرد و باعث بهبود عملکرد تحصیلی شد. شیوه کار

در این روش این است که با اصول و روش‌های معین سعی درمانگر بر آن است که بتواند همه انواع حافظه را در فرد به کار بگیرد و باعث تقویت آنها شود. تقویت حافظه موجب بهبود تقویت املاء در دانش آموز می‌شود. اگر حافظه دیداری این دانش آموزان تقویت شود آنها قادر خواهند بود بر فرایند نوشتن خود نظارت کنند و این یعنی آنها قادر خواهند بود برای نوشتن خود هدف تعیین کنند. این دانش آموزان با کمک فرد آموزش دهنده می‌توانند خطاهای املائی خود را تشخیص داده و الگوهای صحیح را دریافت کنند و با تمرین آنها را یاد گرفته و به موقعیت‌های دیگر تعمیم دهند. به عبارتی بازی به کودکان کمک می‌کند تا شایستگی‌های جدیدی را که منجر به اعتماد به نفس آنها می‌شود و نیز باعث می‌شود تا با چالش‌های آینده روبرو شوند، پرورش دهند (خالدی و همکاران، ۲۰۱۴؛ سلامت و همکاران، ۱۳۹۲؛ عبدی و همکاران، ۱۳۹۱؛ گینزبورگ، ۲۰۰۷).

به‌طور کلی نتایج این پژوهش حاکی از این بود که بازی درمانی شناختی رفتاری در کاهش پرخاشگری و بهبود اختلال املاء موثر بوده است و با توجه به اینکه کودکان این سرزمین روزی تصمیم‌گیرندگان آینده خواهند بود، در نظر گرفتن شاخصه‌های سلامت روانی و انجام اقداماتی به منظور بهبود وضعیت سلامت آنها ضروری به نظر می‌رسد. یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌تواند در مدارس و موسساتی که با کودکان با اختلال یادگیری سروکار دارند مورد استفاده قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثر سایر روش‌های بازی درمانی و همچنین اثربخشی دیگر درمان‌ها بر این اختلال‌ها بررسی تا بهترین روش درمان انتخاب شود. همچنین با توجه به اینکه در این پژوهش پیگیری انجام نشده است پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به منظور بررسی ماندگاری اثر درمان دوره پیگیری هم در نظر گرفته شود.

منابع

آذرنيوشان، ب؛ به‌پژوه، ا؛ غباری‌بناب، ب. (۱۳۹۱). اثر بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در دوره ابتدایی. فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۲(۲)، ۱۶-۵.

- بخشایش، ع؛ میرحسینی، ر. (۱۳۹۳). اثربخشی بازی درمانی بر کاهش علائم اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه و بهبود عملکرد تحصیلی کودکان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۲(۶)، ۱۳-۱.
- برزگر، ز. (۱۳۹۲). مقدمه‌ای بر جایگاه بازی درمانی در مشکلات روان‌شناختی کودکان. *فصلنامه تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۳(۲)، ۳۵-۴۴.
- برزگر، ز؛ پور محمدرضای تجربی، م؛ بهنیا، ف. (۱۳۹۱). اثربخشی بازی بر مشکلات برونی‌سازی در کودکان پیش‌دبستانی با مشکلات رفتاری. *مجله علوم رفتاری*، ۶(۴)، ۳۴۷-۳۵۴.
- ذوالمجد، آ؛ برجعلی، ا؛ آرین، خ. (۱۳۸۶). تاثیر شن‌بازی درمانی بر رفتارهای پرخاشگرانه پسران. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۷(۲)، ۱۶۸-۱۵۵.
- رجب پور، ف؛ مکوندحسینی، ش؛ رفیعی‌نیا، پ. (۲۰۱۲). اثربخشی گروه درمانی رابطه والد-کودک بر پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی. *مجله علمی-پژوهشی روان‌شناسی بالینی*، ۴(۱)، ۶۵-۷۴.
- سلامت، م؛ مقتدائی، ک؛ کافی، م؛ عابدی، ا؛ حسینی خانزاده، ع. (۱۳۹۲). اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری بر حافظه و مهارت‌های اجتماعی کودکان با ناتوانی یادگیری املاء. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۶)، ۵۶۶-۵۵۶.
- شهیم، س. (۱۳۸۶). پرخاشگری رابطه‌ای در کودکان پیش‌دبستانی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۳(۳)، ۲۷۱-۲۶۴.
- عبدی، ا؛ کرمی، م؛ حاتمی، ج. (۱۳۹۱). اثربخشی تقویت حافظه دیداری به طریق بازی درمانی بر کاهش خطاهای املائی دانش‌آموزان دارای اختلال نوشتن. *پژوهش در علوم توان‌بخشی*، ۸(۴)، ۱۱-۱.
- قادری، ن؛ اصغری مقدم، م؛ شعیری، م. (۱۳۸۵). بررسی کارایی بازی درمانی رفتاری - شناختی روی پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک. *دانشور رفتار*، ۱۳(۱۹)، ۸۴-۷۵.

- گنجی، ک؛ ذیحی، ر؛ خدابخش، ر؛ کراسکیان، آ. (۱۳۹۰). تاثیر بازی درمانگری کودک محور بر کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۳(۴)، ۲۵-۱۵.
- نریمانی، م؛ سلیمانی، ا؛ ابوالقاسمی، ع. (۱۳۹۱). مقایسه ابعاد درونی و بیرونی سبک‌های تفکر در دانش‌آموزان نابینا و بینا. *مجله روانشناسی مدرسه*، ۱، ۱۱۸-۱۰۸.

- Ballard, M. E; Rattley, K. T; Fleming, W. C; & Ashley, P. K. (2004). School aggression and dispositional aggression among Middle School Boys. *Research in Middle Level Education Online*, 27(1), 28-39.
- Bosse, M. L; Tainturier, M. J; & Valdois, S. (2007). Developmental dyslexia: the visual attention span deficit hypothesis. *Cognition*, 104(2), 198-230.
- Bratton, S. C; Ray, D; Rhine, T & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional psychology: research and practice*, 36(4), 376-390.
- Carlson, R; & Arthur, N. (1999). Play therapy and the therapeutic use of story. *Canadian journal of counseling*, 33(3), 212-226.
- Darzi Ramandi, L; Daneshfar, A; & Shojaei, M. (2012). Effects of aromatherapy and play on intellectually disables aggression. *Annals of biological research*, 3(11), 5211-5215.
- Foley, Y. C; Higdon, L. & White, J. F. (2006). A qualitative study of filial therapy: Parents' voices. *International Journal of Play Therapy*, 15(1), 37.
- Ginsburg, K. R. (2007). The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. *American academy of pediatrics*, 119(1), 182-191.
- Goodwin, T; Pacey, K & Grace, M. (2003). Childrean: violence prevention in preschool settings. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, 16(2), 52-60.
- Graham, S; Bollinger, A; Olson, C. B; Aoust, C. D; Mccutchen, D; & Olinghouse, N. (2012). *Teaching elementary school students to be effective writers*. United States: Institute of education sciences.
- Hayati, M; Smaeeli far, N; Nikroo, M; & Faramarzi, E. (2014). Effectiveness of child-centered play therapy in the decrease of aggression among 5- to-10 year- old children. *International journal of psychology and behavioral research*, 3(4), 308-316.
- Homeyer, L. E; & Morrison, M. O. (2008). Play therapy; practice; issue and trends. *American journal of play*, 12(3), 210-228.

- Ise, E; Arnoldi, C. J; Bartling, J; & Schulte-korne, G. (2012). Implicit learning in children with spelling disability: evidence from artificial grammar learning. *Journal of neural transmission*, 119, 999-1010.
- Jafari, N; Mohammadi, M. R; Khanbani, M; Farid, S; & Chiti, P. (2011). Effect of play therapy on behavioral problems of mal adjusted preschool children. *Iran journal psychiatry*, 6, 37-42.
- Khaledi, S; Validipak, A; Mirkhan, I; & Atai, M. (2014). The positive impact of play therapy on writing performance of students with dysgraphia. *International journal school health*, 1(2), 1-4.
- Kinsbourne, M; & Warrington, E. K. (1964). Disorders of spelling. *Journal of neurology, neurosurgery & psychiatry*, 27, 224-228.
- Kinsworthy, S; & Garza, Y. (2010). Filial therapy with victims of family violence: A phenomenological study. *Journal of family violence*, 25(4), 423-429.
- Lewis, B. A; Freebainn, L. A; & Taylor, H. G. (2002). Correlates of spelling abilities in children with early speech sound disorders. *Reading and writing: an interdisciplinary journal*, 15, 389-407.
- Malow, M. S. (2013). Learning disabilities and DSM-V. *Strategies for successful learning*, 7(1), 1-6.
- Menghini, D; Finzi, A; Benassi, M; Bolzani, R; Facoetti, A; Giovagnoli, S; Ruffino, M; & Vicari, S. (2010). Different underlying neurocognitive deficits in developmental dyslexia: a comparative study. *Neuropsychologia*, 48, 863-872.
- Parker, M; & Baggerly, J. (2005). Child- centered group play therapy with African American boys at the elementary school level. *Journal of counseling & development*, 83(4), 378-396.
- Plaza, M; & Cohen, H. (2004). Predictive influence of phonological processing, morphological, syntactic skill and naming speed on spelling performance. *Brain and cognition*, 55(2), 368-373.
- Ray, D. C; Blanco, P. J; Sullivan, J. M; & Holliman, R. (2009). An exploratory study of child-centered play therapy with aggressive children. *International journal of play therapy*, 18(3), 162-175.
- Sabaghian Rad, L; & Fathi, F. (2014). The effect of school games on aggression in 10-14 years old intellectually disabled girls. *European journal of experimental biology*, 4(5), 129-132.
- Sadock, B. J; & Virginia, A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & wilkins.
- Schulte-korne, G; & Bruder, J. (2010). Clinical neurophysiology of visual and auditory processing in dyslexia: a review. *Clinical neurophysiology*, 121(11), 1794-1809.
- Singer, B; & Bashir, A. (2004). *Developmental variations in writing*. Handbook of language and literacy: Development & disorders, New York: Guilford.

- Snowling, M. J; & Hulme, C. (2012). Annual research review: the nature and classification of reading disorders- a commentary on proposals for DSM-5. *Journal of child psychology and psychiatry*, 53(5), 593-607.
- Tekin, G; & Sezer, O. (2010). Applicability of play therapy in Turkish early childhood education system: today and future. *Procedia social and behavioral sciences*, 5, 50-54.
- Tew, K; Landreth, G. L; Joiner, K. D; & Solt, M. D. (2002). Filial therapy with parents of chronically ill children. *International Journal of Play Therapy*, 11(1), 79.
- Toozandeh Jani, H; Beheshtian, E; & Ghajari, E. (2014). A survey on effectiveness of play therapy on mental efficacy of first grade educable mentally retarded students. *International journal of innovative and applied research*, 2(6), 116-125.