



<https://cbs.ui.ac.ir/?lang=en>

Research Article

The Effectiveness of Filial Therapy on Sedentary Behaviors in Children with Specific Learning Disorder

Saeed Ariapooran*: Associate Professor of psychology, Malayer University, Malayer, Iran
s.ariapooran@malayeru.ac.ir

Razieh Hajimoradi: Ph.D. Student in Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran
r.hajimoradi92@gmail.com

Sayed Valiollah Mousavi: Associate Professor of psychology, Guilan University, Rasht, Iran
mousavi180@yahoo.com

Abstract

Children with special learning disorders (SLD) have low physical activity and high sedentary behaviors. The purpose of the present study was to investigate the effectiveness of Filial Therapy on sedentary behaviors (SB) in children with SLD. The research method was semi-experimental (pre-test, post-test, follow-up with Placebo and control group). The statistical population of this study consisted of 116 mothers of SLD children aged 7 to 11 years in Malayer city. Among mothers, 95 mothers (91.90%) rated their child's sedentary behavior above the cut-off point (700 minutes or 12 hours and 7 minutes per week, Fischer et al, 2012). Of these mothers, 42 were randomly assigned to the experimental (12), placebo (12) and control (12) groups. Child weekly screen time scale (watching TV, tablet and so on) was used to assess the SB. Group Filial Therapy in 10 two-hour sessions was performed for the experimental group. The Placebo group received weekly information on SLD and participated in question-answer sessions, and the control group received no training. The analysis of variance with repeated measures and Bonferroni post-hoc test were used for analyzing the data. The results showed that the Filial Therapy had a significant effect on decreasing the SB (during the week and the weekend) compared to Placebo and the control group. But there was no significant difference between scores of the placebo group in post-test and follow-up compared to the control group. According to the results, Filial Therapy is recommended to reduce SB in students, especially students with SLD.

Keywords: Filial Therapy, Sedentary Behaviors, Specific Learning Disorder

* Corresponding author

Copyright©2020, University of Isfahan. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), which permits others to download this work and share it with others as long as they credit it, but they can't change it in any way or use it commercially



اثربخشی فیلپال تراپی بر رفتارهای خموده در دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری خاص

سعید آریاپوران*: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران

s.ariapooran@malayeru.ac.ir

راضیه حاجی‌مرادی: دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محق اردبیلی، اردبیل، ایران

r.hajimoradi92@gmail.com

سید ولی‌الله موسوی: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

mousavi180@yahoo.com

چکیده

کودکان با اختلال یادگیری خاص، فعالیت فیزیکی کم و رفتارهای خموده زیادی دارند. هدف پژوهش، بررسی اثربخشی فیلپال تراپی بر کاهش رفتارهای خموده کودکان با اختلال یادگیری خاص بود. روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه پلاسیبو و کنترل) بود. جامعه آماری این پژوهش را ۱۱۶ مادر کودکان ۷ تا ۱۱ با اختلال یادگیری خاص در شهرستان ملایر تشکیل دادند. از میان مادران، ۹۵ مادر (۹۱/۹۰ درصد) رفتار خموده فرزند خود را بالاتر از نقطه برش (۷۰۰ دقیقه یا ۱۱ ساعت و ۴۰ دقیقه در هفته؛ فیشر و همکاران، ۲۰۱۲) ارزیابی کرده بودند. از میان این مادران، ۳۶ نفر به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش (۱۲ نفر)، پلاسیبو (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) جایگزین شدند. برای ارزیابی رفتارهای خموده از مقیاس صفحه نمایش هفتگی کودک (نگاه کردن به تلویزیون، تبلت و...) استفاده شد. در این پژوهش، فیلپال تراپی به صورت گروهی در ده جلسه دوساعته آموزش داده شد. گروه پلاسیبو به صورت هفتگی اطلاعاتی در زمینه اختلال یادگیری خاص را دریافت می‌کردند و در جلسات پرسش و پاسخ در این زمینه شرکت کردند و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد فیلپال تراپی در مقایسه با پلاسیبو و گروه کنترل بر کاهش رفتارهای خموده (در طول هفته و آخر هفته) تأثیر معنی‌دار داشته است؛ اما بین نمرات گروه پلاسیبو در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل، تفاوت معنی‌دار وجود نداشت. براساس یافته‌ها، فیلپال تراپی برای کاهش رفتارهای خموده در میان دانش‌آموزان به‌ویژه دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: اختلال یادگیری خاص، فیلپال تراپی، رفتارهای خموده

مقدمه

بر اساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)^۱، اختلال یادگیری خاص، اختلالی است که در آن فرد در یادگیری و استفاده از مهارت‌های تحصیلی (دست کم شش ماه داشتن حداقل یک مورد از موارد خواندن ناصحیح یا آهسته و دشواری در خواندن، مشکل در درک معنای متن یا جملات خوانده شده، مشکل در هجی کردن، مشکل در بیان نوشتاری باورها، مشکل در تسلط بر قواعد اعداد و ارقام، اطلاعات عددی یا محاسبه و استدلال ریاضی) مشکل دارد. علاوه بر این، عملکرد تحصیلی و شغلی فرد دچار مشکل می‌شود و مشکل یادگیری وی در سن مدرسه شروع می‌شود. همچنین، مشکل وی توسط سایر مشکلات از قبیل ناتوانی‌های عقلانی، مشکلات دیداری یا شنوایی، سایر اختلالات عقلانی و عصبی، شرایط ناگوار روان-اجتماعی، ناآشنایی یا آشنایی کم با زبانی که تدریس می‌شود، یا پایه تحصیلی ضعیف توجیه نشود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). چاکو و ویدوکومار^۳ (۲۰۲۰) نشان دادند میزان اختلال یادگیری خاص در بین دانش‌آموزان ۱۶/۴۹ درصد و میزان اختلال خواندن، نوشتن و ریاضی به ترتیب ۱۲/۵۷، ۱۵/۶ و ۹/۹۳ درصد بوده است. در پژوهش دیگر، میزان شیوع اختلال یادگیری خاص بین ۵ تا ۱۵ درصد گزارش شده است (گریگورنکو و همکاران^۴، ۲۰۲۰). در برخی پژوهش‌ها نشان داده شده است میزان شیوع اختلال یادگیری خاص بین ۹/۶ تا ۲۶/۵ درصد است (شاه و بوج^۵، ۲۰۱۹؛ اسماعیل، محمد و سلطان^۶، ۲۰۱۹). در ایران نیز میزان شیوع اختلال یادگیری خاص بین ۶/۲۲

تا ۱۳ درصد گزارش شده است (سخاوتی و همکاران، ۲۰۱۷؛ اسلامی شهر بابکی و همکاران، ۲۰۱۴؛ علی محمدلو، نیوشا و فراقدانی، ۲۰۱۵). یکی از مشکلاتی که کودکان دارای اختلال یادگیری خاص با آن مواجه هستند، رفتارهای خموده^۷ از جمله تماشای تلویزیون، بازی ویدیویی و استفاده از رایانه (استوکول^۸ و همکاران، ۲۰۲۱) است که در سال‌های اخیر در میان کودکان و نوجوانان افزایش یافته است (اون و بولد^۹، ۲۰۲۱؛ کراکت و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۱؛ کامبونیر^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۱).

رفتارهای خموده هر نوع رفتاری را شامل می‌شود که به صورت نشسته و با صرف انرژی کم انجام می‌شود (اون و همکاران^{۱۲}، ۲۰۱۰). به عبارت دیگر، هر نوع رفتاری که در آن فرد انرژی کمی مصرف می‌کند و بیشتر به صورت نشسته و یا لم داده انجام می‌شود، رفتار خموده در نظر گرفته می‌شود که از جمله آنها می‌توان به تماشای تلویزیون، رانندگی، استفاده از تلفن همراه، تبلت، رایانه و... اشاره کرد که در انجام آنها فرد هیچ‌گونه تحرک فیزیکی ندارد (آریاپوران، ۱۴۰۰). علاوه بر این، چاستین و همکاران^{۱۳} (۲۰۱۲) رفتار خموده را اختصاص دادن وقت خود به رفتارهای در حال نشسته یا دراز کش تعریف می‌کنند.

بر اساس پژوهش در زمینه رفتار خموده در میان دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص، این دانش‌آموزان دارای فعالیت فیزیکی کم و رفتار خموده زیاد هستند (کوک، لی و هینریش^{۱۴}، ۲۰۱۵). علاوه بر این، میزان مشاهده تلویزیون در کودکان دارای

7. sedentary behaviors

8. Stockwell

9. Owen & Bould

10. Kracht, Beyl, Maher, Katzmarzyk & Staiano

11. Chambonniere

12. Owen, Healy, Matthews & Dunstan

13. Chastin, Ferriolli, Stephens, Fearon & Greig

14. Cook, Li, & Heinrich

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

2. American Psychiatric Association

3. Chacko & Vidhukumar

4. Grigorenko, Compton, Fuchs, Wagner, Willcutt, & Fletcher

5. Shah & Buch

6. Ismail, Mohamed & Soltan

سندرم متابولیک (اولیویرا و گودز^۸، ۲۰۱۶) و افسردگی (هالگرین، دانستان و اونز^۹، ۲۰۲۰؛ کاندولا و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۰؛ هانگ^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۰) تأیید شده است. براین اساس، درمان‌های روان‌شناختی برای کاهش رفتار خموده بسیار حائز اهمیت است و نقش مهمی در کاهش مشکلات سلامتی مرتبط با رفتارهای خموده دارد که از میان آنها موفق‌ترین مداخلات آنهایی هستند که مشارکت بیشتر والدین و محیط خانه را دربردارند (ایلمز، دمیرلی کایلان و کاراکان^{۱۲}، ۲۰۱۵؛ داوینگ و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۸). از جمله درمان‌های مبتنی بر خانواده، فیلیال تراپی^{۱۴} است که هم خانواده (به‌ویژه مادر) و هم کودک را درگیر می‌کند.

فیلیال تراپی را برنارد و گورنی در اوایل دهه ۱۹۶۰ با هدف آموزش برنامه بلندمدت برای والدین ساختند (گوئرنی و ریان^{۱۵}، ۲۰۱۳). این درمان روش‌هایی را پیشنهاد می‌کند که از طریق آن سیستم خانوادگی و مجموعه‌ای از اعضای خانواده، به‌ویژه کودکان را در فرایند درمان مشارکت می‌دهد (کورنت^{۱۶}، ۲۰۱۲). این درمان بر بهبود روابط والدین یا مراقبانی که بیشترین زمان را با کودکان می‌گذرانند و کودکان آنان متمرکز است و با آموزش دادن به والدین به‌عنوان عامل درمانی در زندگی فرزندان، به آنها کمک می‌کند (بیجان^{۱۷}، ۲۰۲۰؛ کوپر، براون و یو^{۱۸}، ۲۰۲۰). لندرت یک نوع ده‌جلسه‌ای از این درمان را طراحی کرده است و به‌نوعی آن را درمان رابطه کودک‌والد^{۱۹} نامیده است

مشکلات یادگیری زیاد گزارش شده است (جانسون و همکاران^۱، ۲۰۰۷). هالاول، استیفنز و کارنووک^۲ (۲۰۱۲) نیز نشان دادند افراد دارای اختلالات یادگیری فعالیت فیزیکی کمی دارند و سبک زندگی آنها مبتنی بر رفتارهای خموده است. علاوه‌براین، در پژوهشی دیگر، فعالیت فیزیکی کم در میان کودکان دارای اختلال یادگیری خاص نسبت به هم‌سالان بدون اختلال گزارش شده است (مک‌کینزی، مورای و مورای^۳، ۲۰۱۸). در پژوهش‌های مختلف به مشکلات مرتبط با رفتار خموده در دانش آموزان دارای اختلال یادگیری خاص اشاره شده است. برای نمونه، نشان داده شده است که فعالیت فیزیکی کم و رفتار خموده در افراد دارای مشکلات یادگیری در درازمدت، مشکلات زیادی مانند مشکل در انجام تکالیف، دیدگاه منفی به مدرسه، نمرات پایین، مشکل در تمرکز و توجه و پیشرفت تحصیلی کم را به وجود می‌آورد (جانسون و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین، نشان داده شده است که فعالیت فیزیکی کم و رفتار خموده، سلامت فیزیکی افراد مبتلا به اختلال یادگیری را تهدید می‌کند و به چاقی به‌عنوان یکی از پیامدهای منفی سلامتی در این افراد اشاره شده است (هالاول و همکاران، ۲۰۱۲). علاوه‌براین، در میان افراد بدون اختلال یادگیری به پیامدهای منفی رفتار خموده از جمله مشکلات فیزیکی، روان‌شناختی و اجتماعی (کانینگام و همکاران^۴، ۲۰۲۰) اشاره شده است. همچنین، نقش رفتارهای خموده در بیماری‌های قلبی-عروقی (میر^۵، ۲۰۲۱)، چاقی (هامر و همکاران^۶، ۲۰۲۱؛ مک‌کای و مورگان^۷، ۲۰۲۰)، سندرم

8. Oliveira & Guedes

9. Hallgren, Dunstan & Owen

10. Kandola, Lewis, Osborn, Stubbs & Hayes

11. Huang

12. Yilmaz, Demirli Caylan & Karacan

13. Downing, Hnatiuk, Hinkley, Salmon & Hesketh

14. Filial Therapy

15. Guernsey & Ryan

16. Cornett

17. Beijan

18. Cooper, Brown & Yu

19. Child-Parent Relationship Therapy (CPRT)

1. Johnson, Cohen, Kasen & Brook

2. Hallawell, Stephens & Chamock

3. McKenzie, Murray & Murray

4. Cunningham, O'Sullivan, Caserotti & Tully

5. Mir

6. Hamer, Chastin, Viner, & Stamatakis

7. McCoy & Morgan

کودکان دارای اختلال یادگیری (کاله^{۱۲} و لندرت، ۱۹۹۹) و بهبود سواد هیجانی (آریاپوران و گرجی چالسپاری، ۱۳۹۸) و مهارت‌های اجتماعی و پرخاشگری (جعفررنگچی و فرهادی، ۱۳۹۸) کودکان دارای اختلال یادگیری خاص اثربخش بوده است؛ بنابراین، در این پژوهش اثربخشی فیلپال تراپی بر کاهش رفتارهای خموده بررسی شده است که خلأ پژوهشی در این زمینه وجود دارد. از جمله ضعف‌های بسیاری از پژوهش‌های پیشین که اثربخشی فیلپال تراپی را بر متغیرهای مختلف بررسی کرده‌اند، استفاده نکردن از گروه پلاسیبو بوده است که در پژوهش حاضر از یک گروه پلاسیبو در کنار گروه کنترل به‌عنوان گروه مقایسه استفاده شده است. استفاده از گروه پلاسیبو باعث می‌شود اثر درمان به حضور درمان‌گر یا پژوهشگر و دید و بازدیدهای هفتگی در جلسات نسبت داده نشود. به‌عبارت‌دیگر، مقایسه نتایج گروه پلاسیبو و گروه آزمایش می‌تواند اثربخش بودن یا نبودن روش درمانی و تکنیک‌های اجرا شده در آن را بهتر نشان دهد.

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی فیلپال تراپی بر رفتارهای خموده در میان دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص بود. پژوهش‌ها میزان بالای رفتارهای خموده در کودکان دارای اختلال یادگیری خاص را تأیید کرده‌اند (کوک و همکاران، ۲۰۱۵). بسیاری از پژوهش‌ها نیز اثربخشی درمان‌های مبتنی بر خانواده را بر کاهش رفتار خموده در کودکان بررسی و تأیید کرده‌اند (ایلمز و همکاران، ۲۰۱۵؛ داوینگ و همکاران، ۲۰۱۸)؛ اما تا زمان انجام این پژوهش، اثربخشی فیلپال تراپی بر کاهش رفتارهای خموده در کودکان دارای اختلال یادگیری خاص و سایر کودکان بررسی نشده است؛ بنابراین، چون این نوع بازی درمانی، هم

(لندرت و براتون^۱، ۲۰۲۰) و براساس نظر گوئرني و ریان (۲۰۱۳) به‌صورت گروهی نیز اجرا می‌شود. در مطالعه‌ای مروری، کورنت و براتون (۲۰۱۵) با هدف بررسی ۵۰ سال پژوهش بر فیلپال تراپی، نشان دادند فیلپال تراپی بر مادران، کودکان، ارتباط مادر-کودک و کارکرد خانواده تأثیر دارد. علاوه‌براین، اثربخشی این درمان بر مهارت‌های بازی، حمایت گروهی و تغییرات رفتاری (سانگانانویچ، کوک و رانگل-گومز^۲، ۲۰۱۰) و پاسخ‌های هیجانی کودکان (گوریایچوا و سینل‌نیکوا^۳، ۲۰۱۴)، افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان (لیندو^۴ و همکاران، ۲۰۱۶؛ عدیلی، کلانتری و عابدی، ۱۳۹۴)، کاهش مشکلات رفتاری (لی^۵، ۲۰۱۷؛ یادگاری، ۲۰۲۱؛ کریمی و دشتبزرگی، ۱۳۹۹)، مشکلات برون‌نمود (آلن^۶، ۲۰۲۰)، افسردگی کودکان (ابراهیمی و همکاران، ۲۰۱۹)، همدلی، پذیرش خویشتن و خودکارآمدی نوجوانان (کیم و جانگ^۷، ۲۰۲۰) و علائم اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی (عابدی، سیدقلعه و بهرامی‌پور، ۱۳۹۶) تأیید شده است. همچنین، این درمان بر استرس فرزندپروری (لی^۸، ۲۰۱۷؛ کیانی و همکاران، ۱۳۹۹)، مراقبت از فرزند (گیلمارتین و مک‌الوانی^۹، ۲۰۲۰)، تعامل مادر-کودک (لیم و اوگوا^{۱۰}، ۲۰۱۴؛ کریمی و دشتبزرگی، ۱۳۹۹)، پاسخ‌های همدلانه والدین به کودکان (کارنیزهولت^{۱۱} و براتون، ۲۰۱۴) تأثیر معنادار داشته است. برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند این درمان بر افزایش پذیرش کودک، استرس مرتبط با فرزندپروری در مادران

1. Landreth & Bratton

2. Sangganjanavanich, Cook & Rangel-Gomez

3. Goryacheva & Sinelnikova

4. Lindo

5. Lee

6. Allen

7. Kim & Jang

8. Lee

9. Gilmartin & McElvaney

10. Lim & Ogawa

11. Carnes-Holt

12. Kale

فیلیال تراپی متغیر مستقل و رفتارهای خموده متغیر وابسته بود.

جامعه آماری این پژوهش را کل مادران دارای کودکان ۸ تا ۱۱ سال مبتلا به اختلال یادگیری خاص در شهرستان ملایر تشکیل دادند که در مراکز مربوط به اختلالات یادگیری شهرستان پرونده داشتند و روان شناسان مرکز (کارشناس ارشد روان شناسی بالینی و دکتری روان شناسی) تشخیص داده بودند که آنها دارای اختلال یادگیری خاص هستند. این کودکان برخی از خدمات آموزشی و درمانی را از مرکز اختلالات یادگیری دریافت می کردند. در زمان انجام پژوهش، مادران ۱۱۶ کودک به مراکز اختلالات یادگیری دعوت شدند. باتوجه به اینکه ۷۰۰ دقیقه (۱۱ ساعت و ۴۰ دقیقه) در هفته (فیشر و همکاران^۲، ۲۰۱۲) به عنوان نقطه برش در رفتارهای خموده در نظر گرفته شده است، در پژوهش حاضر میزان ساعات بالاتر از ۱۱ و ۴۰ دقیقه به عنوان نمره برش در نظر گرفته شد. براین اساس، ۹۵ دانش آموز به میزان بیشتر از نقطه برش به فعالیت های خموده پرداخته بودند که ۹۱/۹۰ درصد از افراد نمونه را تشکیل دادند. بعد از تماس تلفنی، از میان مادران این کودکان ۷۱ نفر آمادگی خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کردند که از میان آنان ۲ نفر به دلیل شاغل بودن (و احتمال شرکت نکردن در جلسات به دلیل انجام وظایف شغلی) حذف شدند. در میان ۶۹ نفر باقی مانده، ۱۱ نفر بی سواد و یا دارای تحصیلات اولیه ابتدایی بودند و به دلیل ناتوانایی در پاسخ به پرسشنامه ها از نمونه نهایی حذف شدند. علاوه بر این، چون مادران باید در سه گروه براساس سطح تحصیلات خود، جنسیت، سن و پایه تحصیلی فرزند جایگزین می شدند، ۴۲ نفر از آنان در گروه بندی نهایی به صورت تصادفی انتخاب و در سه گروه آزمایش (۱۴ نفر)،

کودک و هم والدین (به ویژه مادر) را درگیر می کند و موجب رابطه بهتر کودک-والد می شود (لیم و اوگاو، ۲۰۱۴) و در پژوهش های پیشین رابطه تعامل والد-کودک با رفتارهای خموده تأیید شده است (گاریگت، کالی و بوشنیک^۱، ۲۰۱۷)، می تواند بر کاهش رفتارهای خموده در کودکان دارای اختلال یادگیری خاص تأثیر داشته باشد. نتایج این پژوهش می تواند برای درمان گران مفید واقع شود تا بتوانند از این نوع بازی درمانی برای کودکان (به ویژه کودکان دارای اختلال یادگیری خاص) و کاهش رفتارهای خموده و استفاده از صفحه نمایش (نگاه کردن به تلویزیون، تبلت، رایانه و...) استفاده کنند. باتوجه به خلأ پژوهش در زمینه اثربخشی فیلیال تراپی بر کاهش رفتارهای خموده در کودکان و به ویژه کودکان دارای اختلال یادگیری خاص، نتایج این پژوهش تقویت پیشینه پژوهش را به دنبال دارد و موجب ترغیب پژوهشگران برای انجام پژوهش در این زمینه خواهد شد؛ از این رو، سؤال اصلی این پژوهش این است که: آیا فیلیال تراپی بر کاهش رفتارهای خموده در کودکان دارای اختلال یادگیری خاص اثربخش است؟

روش پژوهش

در این پژوهش ابتدا رفتارهای خموده غربالگری شده اند. برای غربالگری کودکان براساس رفتارهای خموده در میان کل کودکان با اختلال یادگیری خاص از روش توصیفی-پیمایشی استفاده شده است. بعد از آن، از میان دانش آموزان دارای رفتارهای خموده زیاد به صورت تصادفی سه گروه آزمایش، پلاسیبو و کنترل انتخاب شدند؛ بنابراین، در محله دوم روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه پلاسیبو و کنترل بود. در این پژوهش بازی درمانی

². Fischer, Yildirim, Salmon & Chinapaw

¹. Garriguet, Colley & Bushnik

ویدئو، بازی‌های رایانه‌ای، بازی‌های رایانه‌ای برخط، بازی‌های ویدئویی (پلی استیشن، ایکس‌باکس و...)، بازی با دستگاه‌های دستی (تبلت، آی‌پد)، بازی با موبایل و بازی با موبایل برخط. شیوه پاسخ‌دهی به هر رفتار خموده به این صورت بود که میزان دقایق اختصاص داده به هر رفتار خموده در ۵ روز اول هفته و دو روز آخر هفته را مادران مشخص می‌کردند. درنهایت، جمع دقایق پنج روز اول هفته به‌عنوان رفتار خموده در طول هفته تقسیم بر ۶۰ دقیقه و جمع دقایق دو روز آخر هفته تقسیم بر ۶۰ دقیقه به‌عنوان رفتار خموده در آخر هفته در نظر گرفته شد. علاوه‌براین، جمع ساعات این دو به‌عنوان رفتار خموده کلی در نظر گرفته می‌شود. در پژوهش ساندرز و همکاران (۲۰۱۶) این مقیاس و رفتارهای موجود در آن برای ارزیابی فعالیت‌های خموده در اوقات فراغت مناسب و قابل قبول ارزیابی شده است. علاوه‌براین، آنها نشان دادند فرزندپروری سازگارانه با زمان صفحه نمایش ارتباط معنی‌دار دارد. همچنین، بین فعالیت‌های خموده با میزان فعالیت بدنی رابطه منفی به دست آمد. در پژوهش گینگولد و همکاران (۲۰۱۴) نیز نشان داده شد بین فعالیت‌های خموده با فعالیت فیزیکی رابطه منفی وجود دارد. این مقیاس را در ایران، رستمی (۱۳۹۸) در میان دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص استفاده کرده است و میزان ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۸۶ بود. همچنین، بین رفتار خموده در طول روزهای هفته (۵ روز اول هفته) ($r=0/96$) و روزهای آخر هفته (دو روز آخر هفته) ($r=0/77$) با کل رفتار خموده رابطه مثبت به دست آمد. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر با ۰/۷۹ بود. همچنین، بین رفتارهای خموده در طول هفته ($r=0/52$) و آخر هفته ($r=0/92$) با کل رفتارهای خموده رابطه مثبت به دست آمد.

پلاسیو (۱۴ نفر) و کنترل (۱۴ نفر) جایگزین شدند. در زمان شرکت در جلسات، ۲ نفر از مادران گروه فیلیال‌تراپی به دلیل شرکت نکردن در جلسات و همکاری نکردن با پژوهشگر در تکالیف خانگی از گروه حذف شدند و در گروه پلاسیو و گروه کنترل نیز مادران همتاشده با آنان حذف شدند. درنهایت، در هر گروه ۱۲ نفر باقی ماندند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن کودک دارای اختلال یادگیری خاص، داشتن حداقل سواد دبیرستان، دریافت نمره بالاتر از ۱۱ ساعت و ۴۰ دقیقه (فیشر و همکاران ۲۰۱۲) توسط کودک در مقیاس زمان استفاده از صفحه نمایش کودک براساس ارزیابی مادر، داشتن رضایت در پژوهش و نداشتن اختلال جسمانی یا روان‌شناختی دیگر غیر از اختلال یادگیری خاص در کودکان، برخورداری مادران از سلامت روان‌شناختی و جسمانی براساس مصاحبه اولیه و ابراز مادر و خانه‌داربودن مادر. همچنین، ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: شرکت نکردن در جلسات به صورت متوالی، مشارکت نداشتن با پژوهشگر، اجرائکردن تکالیف خانگی و انجام ندادن بازی‌های خانگی به همراه کودک.

ابزار پژوهش

مقیاس زمان استفاده از صفحه نمایش کودک^۱: در این پژوهش از مقیاس زمان استفاده از صفحه نمایش کودک (ساندرز و همکاران^۲، ۲۰۱۶؛ گینگولد، سیمون و اسکاندورف^۳، ۲۰۱۴) استفاده شد. این مقیاس شامل ۸ رفتار خموده است که مبتنی بر زمان نگاه کردن به صفحه نمایش هستند. این رفتارها عبارت بودند از: تماشای تلویزیون، تماشای دی‌وی‌دی یا

1. Child Weekly Screen Time Scale

2. Sanders, Parent, Forehand & Breslend

3. Gingold, Simon & Schoendorf

روش مداخله

در این پژوهش، فیلیال تراپی لندرت (۱۹۹۱)؛ به نقل از لندرت، (۲۰۱۲) به صورت گروهی در ده جلسه دوساعته و به صورت هفتگی (روزهای پنجشنبه) آموزش داده شد. این آموزش را بسیاری از پژوهشگران در ایران استفاده کرده‌اند و اثربخشی آن بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان (عدیلی و همکاران، ۱۳۹۴)، کاهش مشکلات رفتاری (یادگاری، ۲۰۲۱)؛ کریمی و دشتبزرگی، (۱۳۹۹)، کاهش افسردگی کودکان (ابراهیمی و همکاران، ۲۰۱۹)، بهبود علائم اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی (عابدی، سیدقلعه و بهرامی‌پور، ۱۳۹۶) و همچنین بهبود سواد هیجانی (آریاپوران و گرجی چالسپاری، ۱۳۹۸) و مهارت‌های اجتماعی و پرخاشگری (جعفرننگچی و فرهادی، ۱۳۹۸) کودکان دارای اختلال یادگیری خاص تأیید شده است. گفتنی است که جلسات را یک خانم دانشجوی دکتری روان‌شناسی زیر نظر روان‌شناس

دارای مدرک دکتری که قبلاً هم در یک پژوهش فیلیال تراپی را براساس آموزش فیلیال تراپی لندرت (لندرت و براتون، ۱۳۹۴)؛ نقل از عابدی و همکاران، (۱۳۹۶) روی کودکان اجرا کرده بود، در آبان‌ماه ۱۳۹۸ اجرا کرد. باتوجه به دلایل فرهنگی نسبت به فیلیال تراپی لندرت (۱۹۹۱)؛ به نقل از لندرت، (۲۰۱۲) تغییراتی در پروتکل آموزشی ایجاد شد. از جمله اینکه گرفتن فیلم از بازی تعاملی کودک با مادر به صورت داوطلبانه انجام شد و فیلم‌های گرفته شده، بیشتر کودک را هنگام بازی تعاملی نشان می‌داد تا مادر؛ از این رو، به دلایل فرهنگی به مادران گفته شد که به صورت داوطلبانه و به صورتی که تمایل دارند، از بازی تعاملی فیلم بگیرند. همچنین، بازی‌های تعاملی محدود به اسباب‌بازی‌های کودکان شد که مادران به همراه خود به جلسات آورده بودند. شرح جلسات درمانی در جدول زیر آورده شده است:

جدول ۱. شرح جلسات فیلیال تراپی

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
جلسه اول: معرفی بازی‌درمانی و شرح رفتار خموده	مفهوم‌سازی درمان و آشنایی با رفتارهای خموده و شرح وظایف	معرفی والدین، توضیحات درباره رفتار خموده، شرح بازی‌درمانی فیلیالی و اثرات آن براساس پژوهش‌های قبل، شرح منطبق درمان و اعتمادسازی و بیان وظایف درمان‌گر و مادران، شرح تجربیات مثبت و منفی فرزندپروری والدین، تکلیف آشنایی و شناخت هیجان‌های منفی و مثبت کودک و پاسخ انعکاسی درباره تکلیف.	شناخت هیجان‌ها و رفتار مرتبط با آنها در کودک و گوش دادن انعکاسی به کودک
جلسه دوم: مدل‌سازی پاسخ همدلانه در بازی و معرفی اتاق بازی و اسباب‌بازی‌ها	انجام بازی تعاملی در اتاق بازی و نحوه استفاده از اسباب‌بازی‌ها در بازی تعاملی	آمادگی والدین برای اولین بازی تعاملی، مرور تکلیف خانگی، مدل‌سازی پاسخ همدلانه از طریق بازی و نمایش به کودک توأم با اصول فیلیال‌تراپی، ورود والدین به اتاق بازی و آشنایی با اسباب‌بازی‌ها و چگونگی استفاده از آنها و فایده آنها، دادن فهرست اسباب‌بازی‌ها به والدین، انتخاب زمان و مکان مناسب برای جلسات بازی در خانه.	بازی دونفره همراه با درک همدلانه از کودک و استفاده از اسباب‌بازی‌ها در جهت تعامل دونفره
جلسه سوم: نقش‌بازی کردن	پذیرش و انتقادنکردن از کودک و نداشتن	توضیح والدین درباره اسباب‌بازی‌های موجود در خانه و مکان جلسه انتخاب‌شده، انجام تکلیف خانگی «مزاحم من نشو!»	ورود به بازی کودک بدون دخالت و فعالیت

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
انجام ندهید، انجام دهید.	نصیحت در بازی	تشویق درمان‌گر به انجام نقش‌بازی کردن در دو مورد مهم: انجام ندهید (انتقاد نکردن از رفتار کودک، تحسین نکردن کودک، سؤال پرسیدن، نبودِ وقفه در بازی، ندادن اطلاعات و آموزش به کودک، نداشتن نصیحت و موعظه، انجام ندادن فعالیت جدید، منفعل یا آرام‌نبودن)، انجام دهید (تنظیم مرحله بازی، 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 به‌عنوان یک پیرو کودک، فعال‌بودن از نظر کلامی)	کلامی و تعامل کلامی با کودک حداقل یک ساعت در روز تا جلسه بعد
جلسه چهارم: تمرکز بر احساسات والدین هنگام تجربه بازی تعاملی و مدل‌سازی بازتاب احساسات	بازتاب احساسات هنگام بازی	گزارش هر والد از بازی انجام شده در منزل هم‌زمان با بازخورد درمان‌گر و دیگر والدین، تمرکز بر احساسات والدین درباره تجربه بازی، مدل‌سازی بازتاب احساسات توسط درمان‌گر، پخش یک نمونه بازی تعاملی والدین با کودک و تشویق به دیدن آن توسط والدین، آمادگی دو یا سه نفر از والدین برای فیلم‌برداری از بازی با کودک در جلسه خانگی، تأکید بر اینکه در هر جلسه دو یا سه نفر باید از جلسات خانگی فیلم بگیرند و در جلسه بعدی بررسی شود.	بازی با کودک و انتقال احساسات به کودک هنگام بازی و فیلم گرفتن از بازی تعاملی
جلسه پنجم تا نهم: تکرار جلسه چهارم، بازخورد، مشکلات و موانع بازی، راه‌حل‌ها	شناسایی موانع و مشکلات در بازی تعاملی و مرتفع کردن آنها، کاهش دخالت و کنترل والدین در بازی تعاملی	مرور جلسه قبل، انجام و تکرار جلسه چهارم با رعایت موارد در جلسه سوم، تنوع به بازی با کودک و استفاده از اسباب‌بازی‌های مختلف، گزارش جلسه و نمایش فیلم و تجربه دو نفر از والدین، ارائه بازخورد درمان‌گر و گروه، مشکلات و موانع در بازی (معمولاً در جلسه ۵ یا ۶)، ارائه راه‌حل گروهی و راه‌حل درمان‌گر برای مشکلات، تأکید بر ایجاد رابطه بدون دخالت در بازی و نه کنترل رفتاری، ارائه بازخورد در بازی با کودک.	بازی با کودک به صورت تعاملی و نوشتن موانع بازی تعاملی (موانع مربوط به خود، موانع مربوط به کودک)
جلسه دهم: نتیجه‌گیری، پیشنهادها و بررسی روند تغییرات.	نتیجه‌گیری و تأکید بر انجام بازی تعاملی در خانه بعد از اتمام جلسات	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 ابراهای هیجانی کودکان در حین بازی، بررسی تغییرات در روند فرزندپروری والدین بعد از انجام جلسات، اجرای پس‌آزمون.	

شیوه اجرا و ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش، ابتدا برای مسئولین مراکز اختلالات یادگیری اهداف پژوهش ارائه شد و آنها با انجام

پژوهش موافقت کردند و فرم رضایت از پژوهش را دریافت و امضا کردند. بعد از آن، از طریق تماس تلفنی مادران کودکان دارای پرونده به مرکز دعوت شدند و

بیاورند. مدرسه‌ای که آموزش در آن اجرا شد، سالن جلسات آن از تلویزیون مناسب برای پخش فیلمی که مادران گرفته بودند (تکلیف خانگی) برخوردار بود. گروه پلاسیبو نیز هر هفته طی یک جلسه به مدرسه مربوطه دعوت شدند و از درمان‌گر درباره اختلال یادگیری خاص اطلاعات دریافت کردند و در این زمینه با درمان‌گر به پرسش و پاسخ پرداختند و هیچ اطلاعاتی مبتنی بر رفتار خموده و بازی درمانی فیلیالی دریافت نکردند. بعد از جلسات، دوباره مقیاس زمان استفاده از صفحه نمایش کودک به عنوان پس‌آزمون در میان آنان اجرا شد و پس از دو ماه در بار سوم، یعنی پیگیری، پرسشنامه را مادران شرکت‌کننده در پژوهش تکمیل کردند. گروه کنترل نیز هیچ‌گونه درمانی دریافت نکردند و فقط پرسشنامه را در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل کردند. در نهایت، داده‌های به‌دست آمده با آزمون تحلیل واریانس (به دلیل داشتن سه گروه آزمایش، پلاسیبو و کنترل) با اندازه‌گیری مکرر (به دلیل داشتن دوره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) ارزیابی شد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها در دوره پیگیری، برای رعایت اخلاق پژوهشی برای مادران گروه پلاسیبو و کنترل که به شرکت در جلسات تمایل داشتند، جلسات فیلیال تراپی (به صورت فشرده، ۸ جلسه) انجام شد؛ به این صورت که جلسه اول در جلسه دوم و جلسه دهم در جلسه نهم ادغام شد.

یافته‌های پژوهش

نتایج توصیفی نشان داد میانگین (انحراف معیار) سنی مادران در گروه آزمایش (۴/۵۵) ۳۶/۲۵، در گروه پلاسیبو (۶/۷۵) ۳۶/۴۲ و در گروه کنترل (۷/۲۳)

هدف پژوهش به آنها ارائه شد و مادرانی که برای شرکت در پژوهش رضایت کامل داشتند، فرم شرکت در پژوهش را تکمیل کردند. در ضمن، به آنان یادآوری شد که شرکت کردن یا نکردن آنها هیچ تأثیری در خدمات مدرسه برای فرزند آنان نخواهد داشت و اطلاعات آنان به صورت محرمانه خواهد بود و نتایج مربوطه در یک مقاله بدون ذکر نام و نشانی آنان چاپ خواهد شد. بعد از آن، مادران مقیاس زمان استفاده از صفحه نمایش کودک را تکمیل کردند و به آنان گفته شد که پس از ارزیابی و مطابق با نقطه برش پرسشنامه مادرانی که کودکان آنان دارای رفتارهای خموده تشخیص داده شدند (۹۵ دانش آموز دارای بالاتر از نقطه برش، یعنی ۷۰۰ دقیقه در طول هفته یا ۱۱ ساعت و ۴۰ دقیقه؛ فیشر و همکاران، ۲۰۱۲). پس از تماس تلفنی، از میان مادران این کودکان ۷۱ نفر آمادگی و رضایت خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کردند که از میان آنان ۴۲ نفر از نظر سطح تحصیلات واجد شرایط برای شرکت در جلسات بودند که به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش (۱۴ نفر)، پلاسیبو (۱۴ نفر) و کنترل (۱۴ نفر) جایگزین شدند. نمره اولیه رفتار خموده کودکان که مادران ارزیابی کرده بودند، به عنوان نمره پیش‌آزمون دریافت شد. سپس برای گروه آزمایش فیلیال تراپی در ده جلسه اعمال شد؛ به این صورت که همه مادران گروه آزمایش به صورت هفتگی به سالن جلسات یکی از مدارس غیر از مدارس که کودکان در آنها تحصیل می‌کردند (به دلیل ناآشنایی با اولیای مدرسه) و دارای اتاق بازی حاوی اسباب‌بازی مربوط به کودکان پیش‌دبستانی بود، دعوت شدند. از آنها درخواست شد که اسباب‌بازی‌هایی را که کودکانشان با آنها بیشتر بازی می‌کند، هر هفته همراه خود به جلسات

۳۶/۵۸ بود. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار رفتار خموده را قبل و بعد از انجام فیلیال تراپی نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار رفتارهای خموده (در طول هفته و آخر هفته و کل) در سه گروه آزمایش، پلاسیبو و

کنترل براساس پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر		گروه آزمایش (۱۲ نفر)		گروه پلاسیبو (۱۲ نفر)		گروه کنترل (۱۲ نفر)	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
رفتار خموده در طول هفته	پیش‌آزمون	۲/۷۱	۱۵/۲۱	۳/۶۲	۱۷/۰۴	۲/۷۸	۱۵/۲۳
	پس‌آزمون	۱/۷۵	۱۱/۹۰	۳/۴۰	۱۶/۷۴	۳/۰	۱۵/۰۲
	پیگیری	۱/۹۹	۱۲/۴۳	۳/۴۹	۱۶/۷۵	۲/۳۴	۱۵/۲۶
رفتار خموده در آخر هفته	پیش‌آزمون	۳/۰۳	۹/۵۷	۳/۱۰	۸/۳۷	۲/۹۱	۹/۶۵
	پس‌آزمون	۱/۷۱	۶/۰۵	۳/۱۷	۸/۴۱	۲/۹۹	۹/۵۱
	پیگیری	۲/۳۴	۶/۷۷	۲/۹۱	۸/۷۰	۲/۴۷	۹/۷۹
رفتار خموده (کل)	پیش‌آزمون	۳/۸۰	۲۴/۸۱	۴/۱۵	۲۵/۵۷	۴/۰۹	۲۴/۷۲
	پس‌آزمون	۲/۱۷	۱۷/۹۵	۳/۷۹	۲۵/۱۲	۳/۳۱	۲۴/۵۳
	پیگیری	۳/۲۸	۱۹/۲۷	۴/۵۱	۲۵/۴۵	۲/۶۴	۲۵/۰۵

جدول ۳ نتایج پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر یعنی آزمون‌های باکس، کرویت موجلی و لوین را نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج آزمون کرویت موجلی، باکس و لوین برای رعایت پیش‌فرض‌های مربوط به تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	باکس (F)	کرویت موجلی	لوین	
			پیش‌آزمون	پس‌آزمون
رفتار خموده در طول هفته	۱/۶۱ (p=۰/۰۸۲)	۵/۴۰ (p=۰/۰۶۷)	۱/۷۴۳ (p=۰/۱۹)	۲/۰۸ (p=۰/۰۷۳)
رفتار خموده در آخر هفته	۱/۳۳ (p=۰/۱۲)	۱/۳۱۴ (p=۰/۵۲)	۰/۲۸۵ (p=۰/۷۵)	۳/۰۲ (p=۰/۰۶۳)
رفتار خموده	۱/۰۳ (p=۰/۱۶)	۳/۳۴ (p=۰/۱۹)	۱/۱۸ (p=۰/۳۲)	۰/۹۸۲ (p=۰/۳۸)
				پیگیری
				۱/۲۰ (p=۰/۳۱)
				۰/۱۸۹ (p=۰/۸۳)
				۱/۰۷ (p=۰/۳۵)

معنی‌دار نبوده است و فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها رعایت شد است و براساس آزمون لوین و معنی‌دار نبودن آن در هیچ‌یک از متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی نیز رعایت شده است.

براساس جدول ۳، نتایج آزمون باکس برای هیچ‌یک از متغیرها معنی‌دار نبود و شرط همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس به درستی رعایت شد. آزمون کرویت موجلی برای هیچ‌یک از متغیرها

در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه سه گروه آزمایش، پلاسیبو و کنترل در رفتار خموده در طول هفته، آخر هفته و کل رفتار خموده نشان داده شده است.

جدول ۴: تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری رفتار خموده و ابعاد آن در گروه های آزمایش، پلاسیبو و کنترل

اندازه اثر		F	MS	df	SS	منبع	متغیر
پلاسیبو	فیلپال تراپی						
۰/۰۶	۰/۸۴	۳۱/۸۲۹**	۲۶/۶۴	۱	۲۶/۶۴	دوره	رفتار خموده در طول هفته
			۰/۸۳۷	۳۳	۲۷/۶۲	خطا	
		۵/۷۲۵*	۱۲۲/۸۴۲	۲	۲۴۵/۶۷۵	گروه	
			۲۱/۴۶	۳۳	۷۰۸/۱۵۹	خطا	
		۱۳/۲۱**	۱۱/۰۵۶	۲	۲۲/۱۱۳	گروه*دوره	
۰/۰۸	۰/۷۱	۵/۸۵*	۹/۲۸	۱	۹/۲۸	دوره	رفتار خموده در آخر هفته
			۱/۵۹	۳۳	۵۲/۳۸	خطا	
		۲/۵۶	۴۸/۹۹	۲	۹۷/۹۹	گروه	
			۱۹/۱۷	۳۳	۶۳۲/۵۵	خطا	
		۱۲/۷۱**	۱۹/۶۴	۲	۳۹/۲۷	گروه*دوره	
۰/۰۷	۰/۸۶	۲۹/۴۱۵**	۶۸/۵۴	۱	۶۸/۵۴	دوره	رفتار خموده (کل)
			۲/۳۳	۳۳	۷۶/۸۹۷	خطا	
		۸/۶۴۲**	۲۵۸/۴۰۲	۲	۵۱۶/۸۰	گروه	
			۲۹/۹۰۱	۳۳	۹۸۶/۷۲	خطا	
		۲۴/۹۹**	۵۸/۲۳	۲	۱۱۶/۴۵	گروه*دوره	

* p<۰/۰۵ و ** p<۰/۰۱ توجه:

آن بر رفتارهای خموده برابر با ۰/۸۴ بوده است. علاوه بر این، در همه متغیرها اثر تعاملی گروه*دوره معنی دار بوده است؛ اما، اثر گروه در رفتار خموده در آخر هفته معنی دار نبوده است.

جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی را برای مقایسه میانگین نمرات رفتار خموده در سه گروه براساس پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می دهد.

براساس نتایج جدول ۴، بین میانگین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری رفتار خموده در طول هفته (۱۷/۰۱=لامبدای ویلکز؛ p<۰/۰۰۱)، رفتار خموده در آخر هفته (۸/۵۶=لامبدای ویلکز؛ p<۰/۰۰۱) و کل رفتار خموده (۳۶/۵۵=لامبدای ویلکز؛ p<۰/۰۰۲) در سه گروه فیلپال تراپی، پلاسیبو و کنترل تفاوت معنی دار وجود دارد؛ بنابراین، می توان گفت که فیلپال تراپی بر کاهش رفتارهای خموده اثر گذار بوده است و اندازه اثر

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری رفتارهای خموده (در طول هفته و آخر هفته) در گروه فیلیال تراپی نسبت به گروه پلاسیبو و گروه کنترل

متغیر	دوره	گروه	اختلاف میانگین گروه‌ها	
			پلاسیبو	گروه کنترل
رفتار خموده در طول هفته	پیش آزمون	فیلیال تراپی	۱/۸۳	-۰/۴۹
		پلاسیبو	-	۱/۳۴۲
پس آزمون	پس آزمون	فیلیال تراپی	-۴/۸۴*	-۳/۵۸*
		پلاسیبو	-	۱/۲۶
پیگیری	پیگیری	فیلیال تراپی	-۴/۳۷*	-۲/۶۸*
		پلاسیبو	-	۱/۶۳
رفتار خموده در آخر هفته	پیش آزمون	فیلیال تراپی	۱/۲۰۷	۰/۰۱۸
		پلاسیبو	-	-۱/۱۹
پس آزمون	پس آزمون	فیلیال تراپی	-۲/۳۳*	-۳/۸۹**
		پلاسیبو	-	۱/۵۶
پیگیری	پیگیری	فیلیال تراپی	-۱/۹۳	-۳/۱۱**
		پلاسیبو	-	۱/۱۷
رفتار خموده (کل)	پیش آزمون	فیلیال تراپی	-۰/۷۶۰	-۰/۴۴
		پلاسیبو	-	۰/۳۱۹
پس آزمون	پس آزمون	فیلیال تراپی	-۷/۱۷**	-۷/۴۷**
		پلاسیبو	-	-۰/۳۰
پیگیری	پیگیری	فیلیال تراپی	-۶/۱۸**	-۵/۸۱**
		پلاسیبو	-	۰/۳۷۵

توجه: * $p < 0/05$ و ** $p < 0/01$

پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌دار وجود نداشت. به عبارت دیگر، فیلیال تراپی در مقایسه با پلاسیبو و گروه کنترل بر کاهش رفتارهای خموده (در طول هفته و آخر هفته) تأثیر معنی‌دار داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی میزان شیوع رفتارهای خموده و اثربخشی فیلیال تراپی بر کاهش رفتارهای خموده در دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص بود. در این پژوهش برای بررسی دقیق اثربخشی فیلیال تراپی بر کاهش رفتارهای خموده در دانش‌آموزان

براساس جدول ۵، نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان می‌دهد نمرات رفتار خموده در طول هفته، رفتار خموده در آخر هفته و کل رفتار خموده در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل و گروه پلاسیبو در دوره پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است. علاوه بر این، میانگین رفتار خموده در طول هفته و کل رفتار خموده در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل و گروه پلاسیبو در پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است؛ اما میانگین رفتار خموده در آخر هفته در دوره پیگیری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. بین نمرات گروه پلاسیبو در

کودکان (گوریاجیوا و سینل نیکوا، ۲۰۱۴)، افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان (لیندو و همکاران، ۲۰۱۶؛ عدیلی، کلانتری و عابدی، ۱۳۹۴)، کاهش مشکلات رفتاری (لی، ۲۰۱۷؛ یادگاری، ۲۰۲۱؛ کریمی و دشتبزرگی، ۱۳۹۹)، استرس فرزندپروری (لی، ۲۰۱۷؛ کیانی و همکاران، ۱۳۹۹)، بهبود مراقبت از فرزند (کیلمارتین و مک‌الوانی، ۲۰۲۰) و تعامل مادر-کودک (کورنت و براتون، ۲۰۱۵؛ کریمی و دشتبزرگی، ۱۳۹۹) تأیید کرده‌اند. همچنین، اثربخشی این درمان بر افزایش پذیرش کودک، استرس مرتبط با فرزندپروری در مادران کودکان دارای اختلال یادگیری (کاله و لندرث، ۱۹۹۹)، بهبود سواد هیجانی (آریاپوران و گرجی چالساپاری، ۱۳۹۸) و مهارت‌های اجتماعی و پرخاشگری (جعفررنجچی و فرهادی، ۱۳۹۸) کودکان دارای اختلال یادگیری خاص تأیید شده است.

باتوجه به اثربخشی فیلیال تراپی بر رفتارهای خموده در دانش آموزان دارای اختلال یادگیری خاص، می‌توان گفت که فیلیال تراپی رابطه مادر-کودک را تقویت می‌کند (کریمی و دشتبزرگی، ۱۳۹۹) و موجب بهتر شدن روابط خانوادگی می‌شود (لندرث و براتون، ۲۰۲۰)؛ ازاین‌رو، مادران شرکت‌کننده در جلسات فیلیال تراپی از طریق این درمان و تکالیف موجود در آن با کودکان خود بیشتر در تعامل بوده‌اند و احتمالاً سعی می‌کردند هنگام نگاه کردن کودکان به تلویزیون و دستگاه‌های دارای صفحه نمایش (گوشی، تبلت، لپ‌تاپ و رایانه) با آنان تعامل مثبت داشته باشند و همین تعامل موجب بازی‌های حرکتی و حتی خلاقانه مادر و کودک توأم با تعامل و همدلی و پذیرش می‌شد که جذابیت آن بیشتر از نگاه کردن به دستگاه‌های دارای صفحه نمایش است. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که کودکانی که از تلویزیون و سایر دستگاه‌های دارای صفحه نمایش به‌عنوان سرگرمی استفاده می‌کنند،

پایه اول تا ششم علاوه بر گروه کنترل از گروه مقایسه پلاسیبو استفاده شده است که در آن طی جلسات هفتگی اطلاعاتی درباره اختلال یادگیری خاص دریافت کردند و در جلسات پرسش و پاسخ در این زمینه شرکت کردند.

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد نمرات رفتار خموده در طول هفته، رفتار خموده در آخر هفته و کل رفتار خموده در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل و گروه پلاسیبو در دوره پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است. علاوه بر این، میانگین رفتار خموده در طول هفته و کل رفتار خموده در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل و گروه پلاسیبو در پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است و میانگین رفتار خموده در آخر هفته در دوره پیگیری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است؛ اما نمرات گروه پلاسیبو در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌دار نداشت. به عبارت دیگر، فیلیال تراپی در مقایسه با پلاسیبو و گروه کنترل بر کاهش رفتارهای خموده (در طول هفته و آخر هفته) تأثیر معنی‌دار داشته است. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که مقایسه فیلیال تراپی با گروه پلاسیبو بیانگر این است که اثربخشی درمان مربوط به تکنیک‌های موجود در فیلیال تراپی بوده است تا حضور پژوهشگر در جلسات متوالی.

تا زمان انجام این پژوهش، درباره اثربخشی فیلیال تراپی بر رفتارهای خموده در دانش آموزان دارای اختلال یادگیری خاص پژوهشی صورت نگرفته است؛ اما بسیاری از پژوهش‌ها اثربخشی این درمان را بر کارکرد خانواده (کورنت و براتون، ۲۰۱۵)، مهارت‌های بازی، حمایت گروهی و تغییرات رفتاری (سانجانانویچ، کوک و رانگل-گومز، ۲۰۱۰) و پاسخ‌های هیجانی

تحرك كمترى دارند؛ اما فليلال تراپى با درگير كردن مادران در بازى و تعامل با كودكان موجب مى‌شود كه كودكان تحرك داشته باشند و از صفحه نمايش دور شوند. فليلال تراپى موجب فعال شدن والدين در فرايند تعامل با كودك، انعكاس احساسات كودك و فعاليت كلامى و تعامل كلامى بين كودك و والد مى‌شود (لندرت و براتون، ۲۰۲۰)؛ بنابراین، انجام چنين درماني مى‌تواند موجب تعامل بيشتر مادر-كودك شود كه در پژوهش‌هاى پيشين تأييد شده است (كورنت و براتون، ۲۰۱۵؛ كريمى و دشتبزرگى، ۱۳۹۹) و اين تعامل فعال كه بازى فعالانه و داراى تحرك را در كودكان داراى اختلال يادگيرى خاص افزايش مى‌دهد، کاهش رفتارهاى خموده را به دنبال دارد.

در فليلال تراپى، به والدين ياد داده مى‌شود كه هنگام بازى از رفتار كودك انتقاد نكنند و با مشاركت فعال خود در بازى، فعاليت و تلاش كودك در بازى را تقويت كنند (لندرت، ۲۰۱۲؛ نقل از لندرت و براتون، ۲۰۲۰)؛ بنابراین، مى‌توان گفت فليلال تراپى با مشاركت مادر در بازى به كودك داراى اختلال يادگيرى خاص كمك مى‌كند تا به بازى‌هاى حاوى تحرك و فعاليت توأم با تعامل روى بياورد كه با تشويق مادر همراه است و از اين طريق، به کاهش ساعات پرداختن به رفتارهاى خموده از جمله تماشاى تلويزيون، انجام بازى با تبتل، تلفن همراه، لپ‌تاپ و رايانه و... منجر مى‌شود؛ زيرا به ميزان تعامل و بازى‌هاى فعالانه كودك با مادر، از ميزان ساعات اختصاص داده شده به رفتارهاى خموده كاسته مى‌شود.

يكى از نتايج اين پژوهش اين بود كه فليلال تراپى نسبت به پلاسيبو در رفتار خموده در آخر هفته در كودكان داراى اختلال يادگيرى تأثير معنى دار نداشته است. شايد يكى از دلایل آن، اين باشد كه ميزان ساعات رفتارهاى خموده معمولاً در روزهاى آخر هفته

(پنجشنبه و جمعه) بيشتر مى‌شود؛ زيرا كودكان به دليل تعطيلى مدارس وقت بيشترى براى اختصاص دادن به رفتارهاى خموده دارند و ممكن است زيادبودن اوقات فراغت باعث شده باشد كه كودكان بعد از انجام تكاليف مدرسه و بازى تعاملى با مادر، فرصت پرداختن به رفتارهاى خموده آخر هفته (پنجشنبه و جمعه) را نيز بيشتر داشته باشند. علاوه بر اين، بايد به اين نكته اشاره كرد كه اكثر مهماني‌هاى ايراني‌ها در آخر هفته برگزار مى‌شود و اين فرصتى است براى كودكان كه در هنگام ميزبان بودن از رفتارهاى خموده استفاده كنند؛ زيرا در بسيارى از مواقع خود والدين اين امكان را براى آنان فراهم مى‌كنند تا از شلوغى و تحرك آنان در مهماني‌ها بگاهدند. هرچند اين موضع در پژوهش حاضر بررسى نشده است، به عنوان دليل احتمالى مى‌تواند مورد بحث واقع شود و در پژوهش‌هاى بعدى به آن پرداخته شود.

از جمله محدوديت‌هاى اين پژوهش كنترل نشدن اختلال يادگيرى خاص با مشخصه خواندن، نوشتن و رياضيات بود كه در پژوهش‌هاى بعدى پيشنهاد مى‌شود اين موضوع مهم بررسى و كنترل شود. استفاده از نظر مادران درباره رفتار خموده در كودكان با يادگيرى خاص و همچنين استفاده از پرسشنامه، محدوديت ديگر بوده است كه براى رفع اين محدوديت، پژوهش‌هاى بعدى بهتر است از نظر خود دانش آموزان و يا از شيوه‌هاى كيفى جمع‌آورى اطلاعات از جمله مصاحبه استفاده كنند. با توجه به جايجزين كردن مادران بر اساس سطح سواد مادران، سن، پايه و جنسيت كودكان در سه گروه آزمون، پلاسيبو و كنترل، حجم نمونه گروه‌ها در نهايت به ۱۲ نفر رسيده است؛ بنابراین، در پژوهش‌هاى بعدى انجام اين پژوهش بر روى نمونه‌هاى بزرگ‌تر پيشنهاد مى‌شود؛ هرچند براى فليلال تراپى شركت ۱۲ نفر از مادران كافي است. يكى ديگر از محدوديت‌هاى اين پژوهش، نداشتن گروه درماني ديگر براى مقايسه بهتر اين روش با ساير روش‌هاى

منابع

- آریاپوران، س. (۱۴۰۰). *روان‌شناسی پیشرفته: مباحثی در شناخت، هیجان و رفتار*. تهران: ارجمند.
- آریاپوران، س. و گرجی چالسپاری، م. (۱۳۹۸). اثربخشی بازی‌درمانی فیلیالی بر سواد هیجانی کودکان دارای اختلال یادگیری خاص. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۱۹(۱)، ۳۱-۷.
- جعفررنگچی، ص. و فرهادی، ه. (۱۳۹۸). تأثیر فیلیال‌تراپی مجازی مادران بر مهارت‌های اجتماعی و پرخاشگری در کودکان دارای اختلال یادگیری: کارآزمایی بالینی تصادفی. *پژوهش در علوم توانبخشی*، ۱۵(۵)، ۲۷۲-۲۶۴.
- رستمی، ف. (۱۳۹۸). *رابطه تعامل والد-کودک و شیوه‌های فرزندپروری با رفتار خمودگی در کودکان دارای اختلال یادگیری ویژه*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر.
- عابدی، ا؛ سیدقلعه، ا. و بهرامی‌پور، م. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی فیلیال‌تراپی و روش والدگری بارکلی بر کاهش اضطراب و علائم نقص توجه/بیش‌فعالی کودکان. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۷(۳)، ۱۲۰-۱۱۱.
- عدیلی، ش؛ کلاتری، م. و عابدی، ا. (۱۳۹۴). تأثیر بازی‌درمانی به‌شیوه فیلیال بر مهارت‌های اجتماعی-هیجانی دختران پیش‌دبستانی ۵ تا ۶ ساله شهر اصفهان. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۱۳(۲)، ۱۰۴-۹۷.
- کریمی، ا. و دشتبزرگی، ز. (۱۳۹۹). اثربخشی فیلیال‌تراپی بر تعامل مادر با کودک و مشکلات رفتاری کودکان با ناتوانی هوشی. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۰(۱)، ۸-۱.

درمانی بوده است؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده به این محدودیت توجه شود. محدودیت دیگر این پژوهش این بود که میزان تعامل مادر با کودک در انجام بازی‌های خانگی ارزیابی نشد که در پژوهش‌های بعدی بهتر است میزان تعامل مادر با کودک در هنگام بازی پیش از اجرای فیلیال‌تراپی کنترل شود و اثربخشی فیلیال‌تراپی، به میزان ساعات تعامل مادر با کودک توجه شود. ذکر این نکته لازم است که در این پژوهش ۱۰ جلسه فیلیال‌تراپی بر رفتارهای خموده تأثیر معنی‌دار داشته است؛ اما این تأثیر معنی‌دار به‌اندازه‌ای نبوده است که میزان رفتارهای خموده آنان در پس‌آزمون و پیگیری به پایین‌تر از میزان نقطه‌برش یعنی ۱۱ ساعت و ۴۰ دقیقه در کل هفته (فیشر و همکاران، ۲۰۱۲) کاهش یابد؛ بنابراین، ادامه جلسات فیلیال‌تراپی و همچنین تکرار پژوهش‌ها در این زمینه لازم و ضروری است. علاوه‌براین، پیشنهاد می‌شود اثربخشی این روش درمانی در ترکیب با سایر روش‌های کاهش رفتار خموده از جمله آموزش‌های مبتنی بر تغییرات ساختاری و مدرسه مورد توجه درمان‌گران و پژوهشگران قرار بگیرد. با وجود این محدودیت‌ها و لزوم مرتفع کردن آنها در پژوهش‌های بعدی، نتایج این پژوهش اثربخشی فیلیال‌تراپی بر کاهش رفتارهای خموده در کودکان با اختلال یادگیری خاص را مورد تأیید قرار داده است و به دلیل داشتن گروه پلاسیبو و گروه کنترل، می‌توان گفت که فیلیال‌تراپی یک تکنیک درمانی مناسب برای کاهش رفتارهای خموده در کودکان با اختلال یادگیری خاص است و پیشنهاد می‌شود برای کاهش رفتارهای خموده در این کودکان از آن استفاده شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همه مادران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر و همچنین مسئولین مراکز اختلالات یادگیری تشکر می‌شود.

- Cooper, J., Brown, T. & Yu, M.-I. (2020). A retrospective narrative review of filial therapy as a school-based mental health intervention. *International Journal of Play Therapy*, 29(2), 86-95.
- Cornett, N. (2012). A filial therapy model through a family therapy lens: See the possibilities. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 20(3), 274-282.
- Cornett, N. & Bratton, S. C. (2015). A Golden Intervention: 50 Years of Research on Filial Therapy. *International Journal of Play Therapy*, 24(3), 119-133.
- Cunningham, C., O'Sullivan, R., Caserotti, P. & Tully, M. A. (2020). Consequences of physical inactivity in older adults: A systematic review of reviews and meta-analyses. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 30(5), 816-827.
- Downing, K. L., Hnatiuk, J. A., Hinkley, T., Salmon, J. & Hesketh, K. D. (2018). Interventions to reduce sedentary behaviour in 0-5-year-olds: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Sports Medicine*, 52(2), 314-321.
- Ebrahimi, E., Mirzaie, H., Saeidi Borujeni, M., Zahed, G., Akbarzadeh Baghban, A. & Mirzakhani, N. (2019). The Effect of Filial Therapy on Depressive Symptoms of Children with Cancer and Their Mother's Depression, Anxiety, and Stress: A Randomized Controlled Trial. *The Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 20(10), 2935-2941.
- Eslami Shahrabaki, M., Haghdoost, A. A., Nikseresht, A. & Rafee Shahrabaki, H. (2014). Prevalence of Learning Disability in Primary School students in Kerman city. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*, 3(3), 534-540.
- Fischer, C., Yildirim, M., Salmon, J. & Chinapaw, M. J. M. (2012). Comparing different accelerometer cut-points for sedentary time in children. *Pediatric Exercise Science*, 24(2), 220-228.
- Garriguet, D., Colley, R. & Bushnik, T. (2017). Parent-Child association in physical activity and sedentary behavior. *Health Reports*, 28(6), 3-11.
- Gilmartin, D. & McElvaney, R. (2020). Filial therapy as a core intervention with children in foster care. *Child Abuse Review*, 29(2), 159-166.
- کیانی، ز.؛ میرزایی، ه.؛ حسینی، س.؛ سورتیجی، ح.؛ حسین زاده، س. و ابراهیمی، ا. (۱۳۹۹). بررسی تأثیر فلیال‌تراپی بر تنش کل فرزندپروری مادران کودکان اُتیسم. *مجله توانبخشی*، ۲۱(۲)، ۲۱۹-۲۰۶.
- Ali Mohammadlo, I., Niosha, B. & Faraghdani, A. (2015). The prevalence of learning disabilities in family-like children according to Demographic variables. *Social Welfare*, 1(58), 237-267.
- Allen, B. (2020). Child-Parent Relationship Therapy for Externalizing Problems: A Meta-analysis and Methodological Critique. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 5(4), 426-436.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Beijan, L. L. (2020). Incorporating interpersonal neurobiology in child parent relationship therapy. *International Journal of Play Therapy*, 29(2), 65-73.
- Chacko, D. & Vidhukumar, K. (2020). The Prevalence of Specific Learning Disorder among School-going Children in Ernakulam District, Kerala, India: Ernakulam Learning Disorder (ELD) Study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(3), 250-255.
- Chambonniere, C., Lambert, C., Fearnbach, N., Tardieu, M., Fillon, A., Genin, P., Larras, B., Melsens, P., Bois, J., Pereira, B., Trembly, A., Thivel, D. & Duclos, M. (2021). Effect of the COVID-19 lockdown on Physical Activity and Sedentary Behaviors in French Children and Adolescents: new results from the ONAPS national survey. *European Journal of Integrative Medicine*, 43, 101308.
- Chastin, S. F., Ferriolli, E., Stephens, N. A., Fearon, K. C. & Greig, C. (2012). Relationship between sedentary behaviour, physical activity, muscle quality and body composition in healthy older adults. *Age and Ageing*, 41(1), 111-114.
- Cook, B. G., Li, D. & Heinrich, K. M. (2015). Obesity, Physical Activity, and Sedentary Behavior of Youth with Learning Disabilities and ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 48(6), 563-576.

- Kandola, A., Lewis, G., Osborn, D. P. J., Stubbs, B. & Hayes, J. F. (2020). Depressive symptoms and objectively measured physical activity and sedentary behaviour throughout adolescence: a prospective cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 262-271.
- Kim, E. & Jang, M. (2020). Effects of Pre-Parent Education Program Using Filial Play Therapy on the Empathy, Self-Acceptance, and Self-Efficacy of Adolescents Terminated from Protection of Institutional Care. *Journal of Symbols & Sandplay Therapy*, 11(1), 147-190.
- Kracht, C. L., Beyl, R. A., Maher, J. P., Katzmarzyk, P. T. & Staiano, A. E. (2021). Adolescents' sedentary time, affect, and contextual factors: An ecological momentary assessment study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 18(1), 1-10.
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship* (3rd ed.). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Landreth, G. & Bratton, S. (2020). *Child-Parent Relationship Therapy: An evidence-based 10-session filial therapy model* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Lee, S. A. (2017). The Effects of Filial Therapy on Families of Children with Cancer: Mother's Family Function and Parenting Stress and Children's Behavior Problems. *Journal of Symbols and Sand Play Therapy*, 8(2), 23-43.
- Lim, S. & Ogawa, Y. (2014). Once I had kids, now I am raising kids?: Child-Parent Relationship Therapy (CPRT) with a Sudanese refugee family—A case study. *International Journal of Play Therapy*, 23(2), 70-89.
- Lindo, N. A., Opiola, K., Ceballos, P. L., Chen, S. Y., Meany-Walen, K. K. Cheng, Y. J., Barcenas, G. & Emily Reader, E. & Blalock, S. (2016). The Impact of Supervised Filial Therapy Training on Attitude, Knowledge, and Skills. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 24(3), 29-246.
- McCoy, S. M. & Morgan, K. (2020). Obesity, physical activity, and sedentary behaviors in adolescents with autism spectrum disorder compared with typically developing peers. *Autism*, 24(2), 387-399.
- McKenzie, K., Murray, K. & Murray, G. (2018). Encouraging physical activity in people with
- Gingold, J. A., Simon, A. E. & Schoendorf, K. C. (2014). Excess screen time in US children: association with family rules and alternative activities. *Clinical Pediatrics*, 53(1), 41-50.
- Goryacheva, T. & Sinelnikova, A. (2014). EPA-053-Child-parent relationship as a factor in maturing of empathy in children with mental retardation. *European Psychiatry*, 29(1), 1-8.
- Grigorenko, E. L., Compton, D. L., Fuchs, L. S., Wagner, R. K., Willcutt, E. G. & Fletcher, J. M. (2020). Understanding, educating, and supporting children with specific learning disabilities: 50 years of science and practice. *American Psychologist*, 75(1), 37-51.
- Guerney, L. & Ryan, V. (2013). *Group filial therapy: The complete guide to teaching parents to play therapeutically with their children*. Jessica Kingsley Publishers.
- Hallawell, B., Stephens, J. & Charnock, D. (2012). Physical activity and learning disability. *British Journal of Nursing*, 21(10), 609-612.
- Hallgren, M., Dunstan, D. W. & Owen, N. (2020). Passive Versus Mentally Active Sedentary Behaviors and Depression. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 48(1), 20-28.
- Hamer, M., Chastin, S., Viner, R. M. & Stamatakis, E. (2021). Childhood Obesity and Device-Measured Sedentary Behavior: An Instrumental Variable Analysis of 3,864 Mother-Offspring Pairs. *Obesity*, 29(1), 220-225.
- Huang, Y., Li, L., Gan, Y., Wang, C., Jiang, H., Cao, S. & Lu, Z. (2020). Sedentary behaviors and risk of depression: a meta-analysis of prospective studies. *Translational Psychiatry*, 10(1), 1-10.
- Ismail, R. M., Mohamed, H. T. & Soltan, B. G. (2019). Prevalence of learning disabilities among a sample of primary school students. *Journal of Al-Azhar Medical Faculty, Girls*, 3 (1), 125-130.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2007). Extensive Television Viewing and the Development of Attention and Learning Difficulties During Adolescence. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161(5), 480-486.
- Kale, A. L. & Landreth, G. L. (1999). Filial therapy with parents of children experiencing learning difficulties. *International Journal of Play Therapy*, 8(2), 35-56.

- Sekhavati, E., Rahimian Boogar, M., Bostani, S & Raeisi, Z. (2017). An Explanation on the Prevalence of Learning Disorders in Terms of Socioeconomic Factors of Health among the Elementary School Students in Larestan City during Year 2014. *Shiraz E-Medical Journal*, 18, e58669.
- 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.
- Stockwell, S., Trott, M., Tully, M., Shin, J., Barnett, Y., Butler, L., McDermott, D., Schuch, F. & Smith, L. (2021). Changes in physical activity and sedentary behaviours from before to during the COVID-19 pandemic lockdown: a systematic review. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 7(1), e000960.
- Yadegari, A. (2021). The Effectiveness of Filial Therapy (Play Therapy Based On Parent-Child Relationship) On Oppositional Defiant Disorder in Preschool Children. *International Journal of Medicine Investigatio*, 10(1). <http://intjmi.com/article-1-574-en.html>
- Yilmaz, G., Demirli Caylan, N. & Karacan, C. D. (2015). An intervention to preschool children for reducing screen time: a randomized controlled trial. *Child: Care, Health and Development*, 41(3), 443-449.
- learning disabilities. *Nursing Times*, 114(8), 18-21.
- Mir, I. A. (2021). *Sedentary Behavior, Cardiovascular Risk and Importance of Physical Activity and Breaking-Up Sedentary Behavior*. In *Sedentary Behaviour-A Contemporary View*. IntechOpen, 1-20.
- Oliveira, R. G. & Guedes, D. P. (2016). Physical activity, sedentary behavior, cardiorespiratory fitness and metabolic syndrome in adolescents: systematic review and meta-analysis of observational evidence. *PLoS One*, 11, e0168503.
- Owen, A. & Bould, K. (2021). Reduced physical activity and increased sedentary behaviour: the damage on young people during the COVID-19 pandemic. *British Journal of Child Health*, 2(2), 64-68.
- Owen, N., Healy, G. N., Matthews, C. E. & Dunstan, D. W. (2010). Too much sitting: the population health science of sedentary behavior. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 38(3), 105-113.
- Sanders, W., Parent, J., Forehand, R. & Breslend, N. L. (2016). The roles of general and technology-related parenting in managing youth screen time. *Journal of Family Psychology*, 30(5), 641-646.
- Sangganjanavanich, V., Cook, K. & Rangel-Gomez., M (2010). Filial Therapy with Monolingual Spanish-Speaking Mothers: A Phenomenological Study. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 18(2), 195-201.