



The Effectiveness of Group Play Therapy on Behavioral Problems and Memory Performance of Female Primary School Students with Special Learning Disorder

Zainab Pirabasi¹, Sahar Safarzadeh^{2,*}

¹ MSc, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

* **Corresponding author:** Sahar Safarzadeh, Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. E-mail: safarzadeh1152@yahoo.com

Received: 07 Dec 2017

Accepted: 06 May 2018

Abstract

Introduction: One of the most important disorders during childhood is specific learning disorder, which is associated with behavioral problems and difficulty in memory function. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of group play therapy on behavioral problems and memory performance of female students with specific learning disorder.

Methods: The present research was semi-experimental with a pre-test and post-test and control groups. For this purpose, all the female students with special learning disabilities, who were admitted to specialized centers of learning disabilities in Ahvaz, during the fall of 2017, were considered and five specific centers and 30 subjects were selected by available sampling method and randomly assigned to two equal groups (each group with 15 cases). Subjects were diagnosed with specific learning disorder before and after the intervention, and two months later in the follow up, memory function was assessed using the subscale of the school teacher, the center specialist, and the retrospective IQ test. Signs and numerical memory reconciliation was measured by Wechsler's Revised Intelligence test and Gersham and Elliot's (Teacher's Form) behavioral problems scale was completed by the school teacher. Participants in the experimental group were subjected to group therapy for 10 sessions of 60 minutes. However, there was no intervention on the control group. The data were analyzed by multivariate analysis of covariance and univariate analysis of covariance methods.

Results: The findings showed that there was a significant difference between experimental and control groups in variables of behavioral problems and memory performance. In other words, group play therapy significantly led to decreases in behavioral problems (internalizing, externalizing, and hyperactivity) and increase in memory performance (short-term audio and visual memory) of female primary school students with special learning disorder ($P \leq 0.0001$).

Conclusions: Based on the results, group therapy games were effective in reducing behavioral problems and improving and rehabilitation of memory of girl students with specific learning disorder. As a result of creating the necessary grounds for group play therapy sessions in schools, it seems necessary that these can be effective in improving the students' psychological and educational status.

Keywords: Group Play Therapy, Behavioral Problems, Memory, Specific Learning Disorder



اثربخشی بازی درمانی گروهی بر مشکلات رفتاری و عملکرد حافظه دانش آموزان دبستانی دختر دارای اختلال یادگیری خاص

زینب پیرعباسی^۱، سحر صفرزاده^{۲*}

^۱ کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

^۲ استادیار، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

* نویسنده مسئول: سحر صفرزاده، استادیار، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. ایمیل: safarzadeh1152@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۲/۱۶

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۹/۱۶

چکیده

مقدمه: یکی از مهمترین اختلالات دوره کودکی، اختلال یادگیری خاص می باشد که با مشکلات رفتاری و مشکل در عملکرد حافظه همراه است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی درمانی گروهی بر مشکلات رفتاری و عملکرد حافظه دانش آموزان دختر با اختلال یادگیری خاص است.

روش کار: این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بوده است. بدین منظور از بین کلیه دانش آموزان دبستانی دختر که دارای اختلال یادگیری خاص بودند و به مراکز تخصصی اختلالات یادگیری شهر اهواز، پنج مرکز مشخص و ۳۰ نفر بصورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). آزمودنی ها قبل از مداخله با تشخیص معلم مدرسه، متخصص مرکز و انجام آزمون هوشی تجدیدنظر شده و کسلر کودکان تشخیص اختلال یادگیری خاص گرفتند؛ همچنین قبل و بعد از مداخله، عملکرد حافظه با استفاده از خرده مقیاس های تطبیق علائم و حافظه عددی از آزمون هوشی تجدیدنظر شده و کسلر اندازه گیری شد و مقیاس مشکلات رفتاری گرشام و الیوت (فرم معلم) نیز توسط معلم مدرسه تکمیل گردید. شرکت کنندگان در گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای تحت بازی درمانی گروهی قرار گرفتند. اما در گروه کنترل هیچ مداخله ای صورت نگرفت. برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل کواریانس تک متغیره و چندمتغیره استفاده شد.

یافته ها: یافته ها نشان داد بین گروه های آزمایش و کنترل در متغیرهای مشکلات رفتاری و عملکرد حافظه تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارت دیگر بازی درمانی به طور معناداری باعث کاهش مشکلات رفتاری (درون زاد، برون زاد و فزون کنشی) و افزایش عملکرد حافظه (کوتاه مدت دیداری و شنیداری) دانش آموزان دبستانی دختر که دارای اختلال یادگیری خاص شد ($P \leq 0/0001$).

نتیجه گیری: با توجه به اینکه بازی درمانی گروهی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان و بهبود و توان بخشی حافظه دانش آموزان دختر با اختلال یادگیری خاص اثربخش می باشد، ایجاد زمینه های لازم جهت برگزاری جلسات بازی درمانی گروهی در مدارس ضروری به نظر می رسد و این موارد می تواند در بهبود وضعیت روان شناختی و تحصیلی این دانش آموزان مؤثر باشد.

واژگان کلیدی: بازی درمانی گروهی، مشکلات رفتاری، حافظه، اختلال یادگیری خاص

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

معنوی مناسب برای رشد بدنی، عاطفی و فکری آنان واضح تر از آن است که احتیاج به تأکید داشته باشد (۱). طبق تعریف آیین نامه فدرال در ۱۹۹۷ اختلال یادگیری خاص (specific learning disorder) به معنی اختلالی است در یک یا بیش از یک فرآیند روان شناختی پایه که در فهم یا

در هر جامعه سلامت کودکان و نوجوانان اهمیت ویژه ای دارد و توجه به بهداشت روانی آنان کمک می کند تا از نظر روانی و جسمی سالم بوده و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند. در این راستا، شناخت صحیح ابعاد مختلف جسمی و روانی این گروه سنی و کوشش در راه تأمین شرایط مادی و

تا ۲۰ درصد کودکان و نوجوانان نوعی اختلال روانی قابل تشخیص دارند (حاوی تمامی معیارهای لازم و مندرج در DSM-5) دارند و شیوع اختلالات روانی در پسران بیشتر از دختران است (۱۱). برخی از پژوهش‌ها اثربخشی تکنیک‌های مختلف بازی‌درمانی را بر روی این کودکان، یا این روش را بر روی دیگر کودکان دارای مشکلات رفتاری و روانی مورد بررسی قرار دادند، در این راستا نتایج یک مطالعه نشان داد که روش بازی‌درمانی سبب کاهش اختلالات رفتاری کودکان بیش‌فعال می‌شود (۱۲). نتایج مطالعه دیگری نشان داد بازی‌درمانی به طور معناداری باعث کاهش میزان پرخاشگری کودکان دختر پیش‌دبستانی می‌شود (۱۳). نتایج مطالعات انجام گرفته در این زمینه نشان داد بازی‌درمانی گروهی برای کاهش علائم کودکان دارای اختلال لجبازی-نافرمانی اثربخش است (۱۴). همچنین روش بازی‌درمانی، سبب کاهش اضطراب در کودکان دچار این اختلال می‌شود و می‌توان از آن به عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر سود جست (۱۵). نتایج مطالعه دیگری نیز نشان می‌دهد بازآفرینی موقعیت اضطراب‌انگیز به کودک اجازه می‌دهد تا احساسات درد و تنش را از طریق مواجهه و کار در شرایط بازی‌درمانی تخلیه کند (۳). همچنین در مطالعه دیگری پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که برنامه بازی‌درمانی شناختی-رفتاری به طور معناداری بر کاهش اختلال‌های درونی‌سازی، برونی‌سازی، اضطراب، افسردگی و علائم جسمانی کودکان مؤثر است، بخصوص این تأثیر بر اختلال‌های برونی‌سازی، درونی‌سازی و اضطراب بیشتر بود (۱۶). در پژوهش دیگر محققین نشان دادند که بازی‌درمانی از نوع کودک‌محور باعث کاهش اختلال‌های رفتاری کودکان دبستانی می‌شود (۱۷) و بین ویژگی‌های رفتاری کودکان ناتوان در یادگیری و کودکان بدون مشکل یادگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین رشد اجتماعی کودکان ناتوان در یادگیری پایین‌تر از کودکان بدون مشکل یادگیری است. این نتایج ضرورت توجه به ویژگی‌های رفتاری و تقویت رشد اجتماعی کودکان ناتوان در یادگیری را مطرح می‌کند (۱۸). در همین راستا، پژوهش استالمکر و ری نشان داد که بازی‌درمانی کودک‌محور در کودکان با سطوح اضطراب بالا سطوح اضطراب و نگرانی را کاهش داد (۱۹). همچنین طی تحقیقی نشان داده شد که جلسه بازی‌درمانی بی‌رهنمود مشکلات رفتاری کودکان را کاهش داد (۲۰). مورو، ری، چاتلکورب، اسمیت و بلنس در مطالعه خود تأثیر بازی‌درمانی کودک‌محور را بر مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان دبستانی نشان دادند (۲۱). جمع بندی ۸۲ تحقیق که بین سال‌های ۱۹۴۲ تا ۲۰۰۰ در مورد اثرات بازی‌درمانی انجام شده مشخص کرد اضطراب، حرمت خود، سازگاری رفتاری، مهارت اجتماعی و سازگاری هیجانی به طور معناداری با بازی‌درمانی رابطه مثبت دارند (۳).

از سوی دیگر یکی از عوامل که می‌تواند در کودکان اختلال یادگیری تحت تأثیر بازی‌درمانی قرار گیرد عملکرد حافظه است. حافظه کارکرد ذهنی نگهداری اطلاعات مربوط به محرک‌ها، رویدادها، تصاویر، ایده‌ها و مانند آن است (۲۲). هالاهان و کافمن در مطالعه خود اشاره می‌کنند که دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری معمولاً در به‌خاطر سپردن محرک‌های شنیداری و دیداری مشکل دارند. این دانش‌آموزان با وجود این که در بینایی هیچ مشکلی ندارند، در یادآوری و بازشناسی حروف الفبای نوشته شده، اعداد، کپی کردن اشکال، محاسبه و مسائل ریاضی دچار مشکل می‌شوند، لازم است با تمرین‌های مناسب جهت تقویت و پرورش حافظه دیداری اقدام به رفع آن گردد (۲۳). مشکل اصلی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری در حافظه کوتاه می‌باشد، به عبارت دیگر، اگر یک دانش‌آموز عادی برای ثبت

کاربرد زبان گفتاری یا نوشتاری دست‌اندرکار است، که ممکن است خود را به صورت توانایی ناقصی در گوش دادن، فکر کردن، حرف زدن، خواندن، نوشتن، هجی کردن یا انجام محاسبات ریاضی نشان دهد. این اصطلاح شامل شرایطی از قبیل نقص‌های ادراکی، آسیب مغزی، آسیب‌های کارکرد جزئی مغز، نارساخوایی و زبان‌پریشی تحولی می‌شود. اما کودکانی را که مشکلات یادگیری آنان در نتیجه نقص‌های بینایی، شنوایی، یا حرکتی بوده، یا بر اثر عقب‌ماندگی‌ذهنی، یا پریشانی‌های هیجانی یا محرومیت‌های محیطی، فرهنگی یا اقتصادی ایجاد شده باشد، شامل تعریف نمی‌شود (۲). امروزه از روش‌های بسیاری در کمک به کودکان با اختلالات یادگیری و ارتقاء توانایی‌های آنها بهره برده می‌شود که از جمله این موارد می‌توان به بازی‌درمانی (play therapy) اشاره کرد. بازی‌درمانی تکنیکی است که به وسیله آن طبیعت کودکان به صورت بیانی معنی می‌شود و روشی است برای مقابله با استرس‌های هیجانی و همچنین برای کودکانی که دچار آشفتگی‌های ناشی از مشکلات خانوادگی هستند به کار می‌رود. این تکنیک به کودکان اجازه می‌دهد مسائلی را که نمی‌توانند در محیط روزانه‌شان مطرح کنند در قالب بازی ارائه دهند و با هدایت درمانگر هیجانات منفی خود را نمایان کنند. تحقیقات انجام شده در سال‌های اخیر تأکید پژوهشگران را بر بازی‌درمانی نشان می‌دهد و آن را به عنوان تکنیکی که مشکلات هیجانی و اجتماعی را کاهش می‌دهد مطرح می‌کند (۲). یکی از مشکلاتی که دانش‌آموزان با اختلال یادگیری خاص با آن مواجه می‌شوند و می‌تواند تحت تأثیر بازی‌درمانی قرار بگیرد، مشکلات رفتاری است. مطالعات انجام شده در فرهنگ‌های مختلف نشان داده است درصد قابل توجهی از کودکان سنین مدرسه و قبل از مدرسه دچار مشکلات رفتاری هستند. مشکلات رفتاری، مشکلات فردی و اجتماعی فراوانی را به وجود می‌آورد. کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتاری خانواده، آموزشگاه و اجتماع را با مسائل و دشواری‌های گوناگونی مواجه می‌کنند و آنها را نیز در برابر آشفتگی‌های روانی-اجتماعی دوران نوجوانی و حتی بزرگسالی آسیب‌پذیر می‌سازند (۴). آشنباخ و ادلبروک، مشکلات رفتاری کودکان را به دو دسته رفتار درونی و رفتار بیرونی تقسیم کرده‌اند. کودکانی که دارای ویژگی برونی کردن رفتار هستند، معمولاً رفتارهای تهاجمی و پرخاشگرانه دارند. برعکس، کودکانی که رفتار درونی دارند دارای رفتاری ناپخته و اغلب گوشه‌گیر هستند. این نوع رفتارها در کودکان مبتلا به اختلال‌های یادگیری بیشتر گزارش شده است (۵). علاوه بر پرخاشگری در تعدادی از کودکان ناتوان در یادگیری، برخی از این کودکان را می‌توان با ویژگی انزوا و بی‌حوصلگی مشخص کرد. گوشه‌گیری این کودکان باعث می‌شود که در کلاس‌های درس با بیتوجهی مواجه شوند (۶). بسیاری از دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری به علت ناکامی ناشی از دشواری‌های یادگیری خود، اعمال از هم گسیخته دارند و در آنها نوعی احساس خود-ارزشمندی منفی ایجاد می‌شود (۷). راپاپورت، اشاره می‌کند که رشد هیجانی این دانش‌آموزان به شکلی متفاوت با دانش‌آموزان بهنجار صورت می‌گیرد. آنان به جای آموختن و کسب نگرش‌هایی درباره تکالیفی که "می‌توانند انجام دهند"، اغلب به آموختن آنچه "نمی‌توانند انجام دهند" توجه می‌کنند (۸). کودکان مبتلا به اختلال یادگیری دامنه توجه کوتاهی دارند، از عزت نفس پایینی برخوردارند، در ارتباط با اعضای خانواده، اطرافیان و مردم مشکل دارند و به آسانی ناکام می‌شوند (۹). همچنین تکانشگری، بیقراری، بیش‌فعالی، عملکرد ضعیف و خودکارآمدی پایین از ویژگی‌های این کودکان است (۱۰). بر اساس مطالعات تخمین زده می‌شود که بین ۱۰

و اندوزش چند تصویر ۳ تا ۵ دقیقه وقت لازم داشته باشند دانش آموز دارای اختلال یادگیری به ۱۰ تا ۱۵ دقیقه وقت نیاز دارند (۲۴). دانش آموزان دارای اختلالات یادگیری در کاربرد راهبردهایی که دانش آموزان بدون اختلال یادگیری آنها را به آسانی به کار می‌برند، ناتوانند. همچنین ممکن است این دانش آموزان در به‌خاطر سپردن، به خاطر مهارت‌های زبانی ضعیف خود، دشواری داشته باشند (۲۵). در راستای بهبود عملکرد حافظه نتایج مطالعه خدایپرست حاکی از آن است که مداخلات بازی‌درمانی به طور معناداری میزان حافظه دیداری، تمرکز و توجه آزمودنی‌ها را افزایش داده است (۲۶). همچنین در مطالعه دیگری پژوهشگران اثربخشی بازی‌درمانی در تقویت حافظه دیداری را نشان دادند (۲۷). با توجه به مسائل مطرح شده و با در نظر گرفتن این واقعیت که اختلال یادگیری، افت تحصیلی، برچسب خوردن و دریافت خدمات جانبی باعث می‌شود کودک احساس کند با بقیه همسالان خود تفاوت دارد و این مسئله احساس تنهایی کودک را افزایش می‌دهد و در ارتباط اجتماعی کودک اختلال ایجاد می‌کند و مشکلات رفتاری بعدی را به دنبال دارد. لذا نیاز به بررسی این سازه‌ها با روش بازی‌درمانی در این کودکان احساس می‌شود و نتایج آن می‌تواند راهنمای پژوهشگران و درمانگرانی باشد که در زمینه اختلالات یادگیری فعالیت می‌کنند و یک برنامه تکمیلی و کاربردی برای محیط‌های آموزشی اختلالات یادگیری ارائه دهد. مزیت انجام این پژوهش بر پژوهش‌های قبلی این است که اجرای این روش درمانی (بازی‌درمانی گروهی) نسبت به دیگر روش‌های بازی‌درمانی از لحاظ صرف زمان، انرژی و هزینه برای درمانگران و مؤسسات و حتی خود کودکان به صرفه‌تر خواهد بود و کودکان در گروه فرصت پیدا خواهند کرد تا روابط جدیدی را بسازند. بنابراین، هدف از پژوهش حاضر، بررسی نقش بازی‌درمانی گروهی بر مشکلات رفتاری (رفتارهای برون‌زاد، رفتارهای درون‌زاد و فزون کنشی) و عملکرد حافظه (حافظه کوتاه مدت دیداری و شنیداری) دانش‌آموزان دبستانی دختر دارای اختلال یادگیری خاص است.

روش کار

طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دبستانی دختر با تشخیص اختلال یادگیری خاص بود که به مراکز تخصصی اختلالات یادگیری شهر اهواز در پاییز ۱۳۹۶ مراجعه کردند.

جدول ۱: خلاصه جلسات بازی‌درمانی گروهی

| جلسه | خلاصه جلسات بازی درمانی گروهی |
|------------------|---|
| جلسه اول | برقراری ارتباط خوب، تست ترسیم خانواده، بازی چرخیدن بطری جهت افزایش خودآگاهی، اعتماد به نفس و تقویت خودپنداره. |
| جلسه دوم | بازی کلمات احساس و بازی زنگ ساعت برای شناسایی احساسات اصلی، بالا بردن اعتماد به نفس، تمرکز و خویشتن‌داری. |
| جلسه سوم | بازی زندگی خود را رنگ بزن و دماسنج احساس و عمل برای شناسایی احساسات اصلی، بالا بردن خودآگاهی و اعتماد به نفس. |
| جلسه چهارم | بازی صندلی‌ها، بازی ایفای نقش و بازی با کلمه‌ها جهت آموزش مهارت‌های ارتباطی و افزایش تمرکز. |
| جلسه پنجم | بازی امدادی با ظرف آب و بازی امدادی صفی برای بهبود لجبازی-نافرمانی، رعایت قانون بازی، افزایش چابکی و تمرکز. |
| جلسه ششم | بازی بادکنک خشم، بازی‌درمانی به شیوه حل مسئله و آموزش مدیریت خشم (از طریق نمایش عروسکی). |
| جلسه هفتم و هشتم | بازی مبارزه برج برای افزایش تمرکز و اجرای چند داستان نمایشی توسط کودکان جهت تمرین مراحل حل‌مسئله. |
| جلسه نهم | اجرای نمایش و تکرار بازی‌های قبلی بسته به نیاز کودکان و بازی حرکات آهسته برای کاهش فزون‌کنشی و افزایش تمرکز. |
| جلسه دهم | ارزیابی، از کودکان خواسته می‌شود مراحل حل‌مسئله را مجدداً مرور کنند و اگر سؤال یا ابهامی دارند مطرح کنند. |

ایلوارد و براون، ۱۹۹۶، ترجمه برادری، ۱۳۷۷ (۳۸)) خرده مقیاس‌های تطبیق علائم و حافظه عددی به ترتیب جهت اندازه گیری حافظه کوتاه مدت دیداری و حافظه کوتاه مدت شنیداری مورد استفاده قرار گرفتند. پرسشنامه مشکلات رفتاری گرشام و الیوت فرم معلم: این پرسشنامه دارای ۳ فرم است، که شامل فرم والدین، معلمان و دانش آموز می‌باشد که برای سه دوره تحصیلی پیش دبستانی، دبستان و راهنمایی و دبیرستان، تهیه شده است. این مقیاس، فراوانی رفتارهای مؤثر بر رشد و کفایت اجتماعی و تطابق دانش آموز را در خانه و مدرسه، اندازه‌گیری می‌کند و می‌تواند برای سرنوشت کردن، طبقه‌بندی کردن دانش‌آموزان و برنامه‌ریزی آموزشی مهارت‌اجتماعی، مورد استفاده قرار گیرد (۳۹). فرم دانش آموز دارای دو فرم مخصوص کلاسهای سوم تا ششم و کلاس هفتم تا دوازدهم است. فرم معلم و والدین دارای دو مقیاس کلی مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری است و فرم دانش آموز تنها به بررسی مهارت‌های اجتماعی می‌پردازد. از آنجا که معلمان مهم‌ترین منابع اطلاع در زمینه رفتار و کفایت دانش‌آموزان هستند (۴۰)، فرم معلم، در اکثر پژوهش‌ها به کار گرفته می‌شود. پایایی این پرسشنامه، توسط گرشام و الیوت با استفاده از روش آلفای کرونباخ به طور میانگین برابر ۰/۹۴ گزارش شده است (۴۱). در این پژوهش پایایی خرده‌آزمون‌ها با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید. ضریب پایایی برای خرده آزمون رفتارهای برون‌زاد ۰/۷۳، رفتارهای درون‌زاد ۰/۵۸ و رفتارهای فزون‌کنشی ۰/۷۴ محاسبه گردید.

یافته‌ها

در تحقیق حاضر به طور کلی می‌توان گفت گروه‌ها از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی تا حد زیادی همسان شده‌اند. بدین منظور کودکان پایه اول در بیشترین فراوانی از نظر پایه تحصیلی در گروه آزمایش (۵۳/۳٪) و در گروه کنترل (۴۶/۶٪) را داشتند و از نظر تحصیلات مادر، گروه آزمایش (۵۰/۳٪) و کنترل (۴۸/۵٪) بیشتر دیپلم و فوق دیپلم و تحصیلات پدران در گروه آزمایش (۴۸/۶٪) و کنترل (۶۰٪) نیز بیشتر دیپلم و فوق دیپلم بود و هر دو گروه وضعیت اقتصادی خود را بیشتر متوسط گزارش داده بودند. **جدول ۲** میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های مشکلات رفتاری (رفتارهای برون‌زاد، رفتارهای درون‌زاد و فزون‌کنشی) و عملکرد حافظه (حافظه کوتاه مدت دیداری و شنیداری) را در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. برای بررسی معنی داری تفاوت ایجاد شده در نمرات پس از آزمون متغیرها از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA) و سپس تحلیل کواریانس تک‌متغیره (ANCOVA) استفاده شد. بدین منظور ابتدا مفروضه‌های تحلیل کواریانس مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه همگنی واریانس متغیرهای وابسته (نمرات پس از آزمون متغیرهای مشکلات رفتاری و عملکرد حافظه) در گروه‌ها با آزمون لوین بررسی شد که سطح معناداری این آماره در همه متغیرها بزرگتر از ۰/۰۵ است. بنابراین میان واریانس‌های متغیرها در دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود نداشت و شرط همگنی واریانس‌ها برقرار بود. جهت بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف استفاده شد که سطح معناداری آماره آن، برای همه متغیرهای مورد بررسی در دو گروه آزمایش و کنترل بیشتر از ۰/۰۵ بود، بنابراین بین توزیع متغیرها و

جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس هوشی تجدیدنظر شده وکسلر برای کودکان ویراست چهارم و پرسشنامه مشکلات رفتاری گرشام و الیوت (فرم معلم) استفاده گردید. مقیاس هوشی تجدیدنظر شده وکسلر برای کودکان ویراست چهارم (ویسک- آر، WISC-R): مقیاس هوشی وکسلر کودکان (ویسک) در سال ۱۹۴۹ توسط وکسلر و به منظور سنجش هوش کودکان تهیه شده است. مقیاس ویسک ۲۵ سال پس از تدوین آن در سال ۱۹۷۴ مورد تجدیدنظر قرار گرفت و پس از هنجاریابی به مقیاس هوشی تجدیدنظر شده وکسلر (ویسک-آر) نام‌گذاری گردید. این مقیاس دارای ۱۲ خرده آزمون می‌باشد که دو آزمون آن جنبه ذخیره دارد. ۶ آزمون کلامی و ۶ آزمون غیرکلامی (عملی). این تقسیم‌بندی به علت ارزش تشخیصی آن می‌باشد که به تجربه ثابت گردیده است. همین امر در رابطه با خرده آزمون‌ها نیز حاکم است. زیرا این تقسیم‌بندی به آزمایش‌کننده امکان می‌دهد تا بر نقاط قوت و ضعفی که عملکرد کلی آزمودنی‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، آگاهی یابد (۳۲). مقیاس ویسک- آر، توسط شهیم در سال ۱۳۶۴ به منظور سنجش هوش کودکان ۶ تا ۱۳ ساله و برای استفاده در شهر شیراز ترجمه، انطباق و با استفاده از یک نمونه ۱۴۰۰ نفری هنجاریابی شد (۳۳). پایایی دوباره سنجی آزمون ۰/۴۴ تا ۰/۹۴ (میان ۰/۷۳) و پایایی دومین‌کردن آن ۰/۴۲ تا ۰/۹۸ (میان ۰/۶۹) گزارش شده است. روایی همزمان آن با استفاده از همبستگی نمرات با نمرات بخش عملی مقیاس وکسلر برای کودکان پیش دبستانی (وپی) ۰/۷۴ بود. رابطه بین هوشبهر با سن و نیز طبقه اقتصادی - اجتماعی و معدل به عنوان ملاک‌های معنادار مقیاس گزارش شده است. ضرایب همبستگی هوشبهرهای کلامی، عملی و کل به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۸۴ و ۰/۸۰ است. ضرایب همبستگی کلامی، عملی و کل معدل تحصیلی به ترتیب ۰/۵۲، ۰/۴۰ و ۰/۵۳ می‌باشد که در سطح ($P < 0.01$) معنادار بوده و نشان دهنده همبستگی کلامی و هوشبهر کل، با معدل تحصیلی است (۳۴). ملاک‌های تشخیصی اختلالات یادگیری در مقیاس هوشی تجدیدنظر شده وکسلر کودکان: نظری، کوتی و سیاحی (۳۵) در پژوهشی ارزشمند شاخص‌های تشخیصی اختلالات یادگیری در مقیاس ویسک-آر را معرفی نمودند. این پژوهش با استفاده از روش مروری منابع مربوط به اختلال یادگیری در ایران و جهان را مورد بررسی قرار داد و ۶ شاخص تشخیصی را معرفی نمودند. ۱- دارا بودن هوشبهر کلی ۸۵ و بالاتر، ۲- وجود اختلاف از ۹ تا ۱۵ نمره بین دو هوشبهر کلامی و غیرکلامی، ۳- وجود اختلاف حدود ۳ نمره یا بیشتر از میانگین، در مقایسه نمرات خرده آزمون‌های هر مقیاس به طور جداگانه با میانگین هر مقیاس، برای هر آزمودنی، ۴- وجود اختلاف ۴ نمره و بالاتر بین بالاترین و پایین‌ترین نمره هر آزمودنی در خرده آزمون‌های کلامی، وجود اختلاف ۵ نمره و بالاتر بین بالاترین و پایین‌ترین نمره هر آزمودنی در خرده آزمون‌های عملی و وجود ۷ نمره و بالاتر، بین بالاترین و پایین‌ترین نمره هر آزمودنی در کل خرده آزمون‌های کلامی و غیرکلامی، ۵- ضعف عملکرد معنادار در خرده آزمون‌های محاسبه، رمزگردانی، اطلاعات عمومی و فراخوانی ارقام هر آزمودنی، ۶- ضعف عملکرد در عامل توالی و دانش اکتسابی باناتین و عامل رهایی از حواسپرتی وکسلر. براساس اهداف خرده آزمون‌های مقیاس ویسک- آر (پرفیترا و همکاران، ۲۰۰۸ (۳۶)؛ گرات مارنات، ۱۹۹۰ و ۱۹۹۷، ترجمه شریفی، ۱۳۷۵ (۳۷)؛

فرض همگنی ضرایب برقرار است. فرضیه: بازی درمانی گروهی بر مشکلات رفتاری (رفتارهای برون‌زاد، رفتارهای درون‌زاد و فزون‌کنشی) و عملکرد حافظه (حافظه کوتاه مدت دیداری و شنیداری) دانش‌آموزان دبستانی دختر دارای اختلال یادگیری خاص مؤثر است.

توزیع نرمال تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. همچنین از آزمون همگنی ضرایب رگرسیون استفاده گردید که نتایج آن نشان داد سطح معنی‌داری آماره F محاسبه شده بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین تفاوت معنی‌داری میان ضرایب رگرسیون مشاهده نگردید و در نتیجه

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره‌های مشکلات رفتاری و عملکرد حافظه به تفکیک گروه‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون

| خرده مقیاس | گروه آزمایش | | گروه کنترل | |
|-------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیش‌آزمون | پس‌آزمون |
| | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) |
| مشکلات رفتاری | | | | |
| رفتارهای برون‌زاد | ۷/۴۰ (۴/۳۳) | ۳/۱۳ (۲/۳۵) | ۷/۸۰ (۴/۱۲) | ۷/۸۰ (۳/۸۷) |
| رفتارهای درون‌زاد | ۸/۶۷ (۳/۰۳) | ۱/۲۷ (۰/۸۸) | ۹/۶۷ (۱/۵۸) | ۹/۶۷ (۱/۸۳) |
| رفتارهای فزون‌کنشی | ۵/۷۳ (۲/۱۸) | ۲/۳۳ (۱/۱۹) | ۵ (۲/۰۷) | ۵ (۲/۰۳) |
| عملکرد حافظه | | | | |
| حافظه کوتاه مدت دیداری | ۲/۵۳ (۰/۹۱) | ۶ (۱/۵۱) | ۲/۴۷ (۰/۹۹) | ۲/۶۰ (۰/۸۲) |
| حافظه کوتاه مدت شنیداری | ۸/۰۷ (۰/۷۰) | ۱۲/۳۳ (۱/۱۷) | ۷/۷۳ (۰/۷۰) | ۷/۹۳ (۰/۷۹) |

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری برای متغیر مشکلات رفتاری (رفتارهای برون‌زاد، رفتارهای درون‌زاد، فزون‌کنشی)

| نام آزمون | مقدار | DF فرضیه | DF خطا | F | سطح معنی داری (P) | مجذور اتا | توان آماری |
|-------------------------|--------|----------|--------|--------|-------------------|-----------|------------|
| آزمون اثر پیلایی | ۰/۹۴۹ | ۳ | ۲۳ | ۱۴۳/۲۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۹۴۹ | ۱/۰۰۰ |
| آزمون لامبدای ویلکز | ۰/۰۵۱ | ۳ | ۲۳ | ۱۴۳/۲۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۹۴۹ | ۱/۰۰۰ |
| آزمون اثر هتلینگ | ۱۸/۶۸۲ | ۳ | ۲۳ | ۱۴۳/۲۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۹۴۹ | ۱/۰۰۰ |
| آزمون بزرگترین ریشه‌روی | ۱۸/۶۸۲ | ۳ | ۲۳ | ۱۴۳/۲۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۹۴۹ | ۱/۰۰۰ |

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس یک راه در متن مانکوا برای متغیر مشکلات رفتاری (رفتارهای برون‌زاد، رفتارهای درون‌زاد، فزون‌کنشی)

| نتایج | SS | DF | MS | F | P | مجذور اتا | توان آماری |
|--------------------|---------|----|---------|---------|--------|-----------|------------|
| رفتارهای برون‌زاد | | | | | | | |
| پیش‌آزمون | ۲۴۷/۶۶۳ | ۱ | ۲۴۷/۶۶۳ | ۱۶۵/۲۲۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۶۰ | ۱/۰۰۰ |
| گروه | ۱۴۳/۹۱۴ | ۱ | ۱۴۳/۹۱۴ | ۹۶/۰۱۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۸۱ | ۱/۰۰۰ |
| خطا | ۴۰/۴۷۰ | ۲۷ | ۰/۴۹۹ | ... | ... | ... | ... |
| رفتارهای درون‌زاد | | | | | | | |
| پیش‌آزمون | ۲۷/۸۰۶ | ۱ | ۲۷/۸۰۶ | ۲۴/۶۴۸ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۴۷۷ | ۰/۹۹۸ |
| گروه | ۴۵۷/۸۳۶ | ۱ | ۴۵۷/۸۳۶ | ۴۰۵/۸۲۶ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۹۳۸ | ۱/۰۰۰ |
| خطا | ۳۰/۴۶۰ | ۲۷ | ۱/۱۲۸ | ... | ... | ... | ... |
| رفتارهای فزون‌کنشی | | | | | | | |
| پیش‌آزمون | ۳۳/۶۲۷ | ۱ | ۳۳/۶۲۷ | ۱۱/۹۹۳ | ۰/۰۰۰۲ | ۰/۳۰۸ | ۰/۹۱۶ |
| گروه | ۶۷/۳۶۰ | ۱ | ۶۷/۳۶۰ | ۲۴/۰۲۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۴۷۱ | ۰/۹۹۷ |
| خطا | ۷۵/۷۰۶ | ۲۷ | ۲/۸۰۴ | ... | ... | ... | ... |

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری برای متغیر عملکرد حافظه (حافظه کوتاه مدت دیداری و شنیداری)

| نام آزمون | مقدار | DF فرضیه | DF خطا | F | سطح معنی داری (P) | مجذور اتا | توان آماری |
|-------------------------|-------|----------|--------|--------|-------------------|-----------|------------|
| آزمون اثر پیلایی | ۰/۸۴۷ | ۲ | ۲۵ | ۶۸/۹۴۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۴۷ | ۱/۰۰۰ |
| آزمون لامبدای ویلکز | ۰/۱۵۳ | ۲ | ۲۵ | ۶۸/۹۴۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۴۷ | ۱/۰۰۰ |
| آزمون اثر هتلینگ | ۵/۵۱۶ | ۲ | ۲۵ | ۶۸/۹۴۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۴۷ | ۱/۰۰۰ |
| آزمون بزرگترین ریشه‌روی | ۵/۵۱۶ | ۲ | ۲۵ | ۶۸/۹۴۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۴۷ | ۱/۰۰۰ |

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس یک راه در متن مانکوا برای متغیر عملکرد حافظه (حافظه کوتاه مدت دیداری و شنیداری)

| نتایج | SS | DF | MS | F | P | مجذور آتا | توان آماری |
|-------------------------|---------|----|---------|---------|--------|-----------|------------|
| حافظه کوتاه مدت دیداری | | | | | | | |
| پیش آزمون | ۴/۰۸۵ | ۱ | ۴/۰۸۵ | ۲/۲۲۸ | ۰/۱۴۷ | ۰/۰۷۶ | ۰/۳۰۲ |
| گروه | ۹۵/۶۳۸ | ۱ | ۹۵/۶۳۸ | ۵۲/۱۵۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۵۹ | ۱/۰۰۰ |
| خطا | ۴۹/۵۱۵ | ۲۷ | ۱/۸۳۴ | ... | ... | ... | ... |
| حافظه کوتاه مدت شنیداری | | | | | | | |
| پیش آزمون | ۲/۱۰۳ | ۱ | ۲/۱۰۳ | ۲/۱۷۰ | ۰/۱۵۲ | ۰/۰۷۴ | ۰/۲۹۵ |
| گروه | ۱۲۹/۰۰۶ | ۱ | ۱۲۹/۰۰۶ | ۱۳۳/۱۲۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۳۱ | ۱/۰۰۰ |
| خطا | ۲۶/۱۶۴ | ۲۷ | ۰/۹۶۹ | ... | ... | ... | ... |

کاهش میانگین نمرات مشکلات رفتاری و افزایش میانگین نمرات عملکرد حافظه مؤثر بوده است. به بیان دیگر تفاوت بین نمرات مشکلات رفتاری و عملکرد حافظه معنی دار است و نمرات این متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل نیز تفاوت معنی داری دارد؛ به عبارتی دیگر بازی درمانی گروهی بر کاهش مشکلات رفتاری و بهبود عملکرد حافظه دانش آموزان دبستانی دختر دارای اختلال یادگیری خاص مؤثر بوده است. در راستای این نتایج، پژوهش‌های زیادی گویای اثربخشی بازی درمانی گروهی بر مشکلات رفتاری می‌باشند که از جمله می‌توان به پژوهش حشمتی، اصلاناری و شکراللهی (۴۲)، برزگری و زمینی (۴۳) و ولج (۴۴) اشاره کرد که نشان دادند بازی درمانی گروهی منجر به کاهش اضطراب حالتی و از جهتی دیگر باعث افزایش سازگاری عمومی و احساسات مثبت در گروه آزمایش شد و آموزش بازی درمانی موجب کاهش چشمگیر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به نقص توجه شده است. بر این اساس احتمالاً بازی درمانی می‌تواند به گونه‌ای کاملاً مؤثر اضطراب اجتماعی را کاهش دهد و نمود اختلالات رفتاری کمتر دیده شود. در کل بازی درمانی بر کنترل پرخاشگری، کاهش فریبکاری، افزایش مسئولیت‌پذیری، کاهش خرابکاری، افزایش روابط بین فردی دانش‌آموزان تأثیر دارد (۴۵) و بر همین پایه روش بازی درمانی شناختی-رفتاری، سبب کاهش مشکلات رفتاری در دانش‌آموزان نافرمان می‌شود و می‌توان از آن به عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر سود جست (۴۶). همچنین نتایج پژوهش النگر، عبوعمداد و احمد (۴۷)، روبایی و ملکیان (۴۸) و نیگس (۴۹) نشان دادند که بازی درمانی به طور معنی داری موجب کاهش میزان کمبود توجه، بیش‌فعالی و اختلال در رفتار کودکان پیش‌دبستانی می‌شود و به نظر می‌رسد توانسته است سبب بهبود حافظه کاری، نگهداری توجه و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان گردد.

در تبیین علمی یافته‌های فوق می‌توان استنباط کرد؛ با توجه به این که کودکان مبتلا به اختلال یادگیری دامنه توجه کوتاهی دارند، از عزت‌نفس پایینی برخوردارند، در ارتباط با اعضای خانواده، اطرفیان و مردم مشکل دارند و به آسانی ناکام می‌شوند. کودکانی که تحت فشارروانی و اضطراب هستند مشکلات رفتاری هر چند کوتاه مدت مانند تغییرات خلقی، بدخوابی، شب‌اداری، ناخن جویدن، ترس، انگشت مکیدن حتی دروغ‌گویی، پرخاشگری یا انزوا و اثرات جسمانی نظیر دل دردها، سردردها، حالت تهوع، افت فشار، لرزش در اندام‌ها از خود نشان

همانطوری که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود نتایج نشان داد که با کنترل پیش‌آزمون سطوح معنی داری آزمون‌های مشکلات رفتاری، بیانگر آن هستند که بین گروه‌های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (مشکلات رفتاری (رفتارهای برون‌زاد، رفتارهای درون‌زاد، فزون‌کنشی)) تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۰۱$) و $F = ۱۴۳/۲۳$ ، پس فرضیه پژوهش تأیید می‌گردد. با توجه به مقدار مجذور اتای آزمون لامبدای ویلکز (۰/۹۴۹) می‌توان تعیین کرد که متغیر مستقل ۹۴/۹ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل کواریانس یک‌راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۴ نشان می‌دهد بازی درمانی گروهی بر بهبود مشکلات رفتاری برون‌زاد (مثل پرخاشگری لفظی یا بدنی، کنترل خشم، مشاجره)، بهبود مشکلات رفتاری درون‌زاد (مثل اضطراب، غم و اندوه، تنهایی، خودپنداره ضعیف) و بهبود مشکلات رفتاری فزون‌کنشی (مثل پرتحرکی، بی‌قراری، رفتارهای تکانشی) دانش‌آموزان دبستانی دختر دارای اختلال یادگیری خاص مؤثر بوده است ($P < ۰/۰۰۰۱$). همانطور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود نتایج نشان داد که با کنترل پیش‌آزمون سطوح معنی داری آزمون‌های عملکردهای حافظه، بیانگر آن هستند که بین گروه‌های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (عملکرد حافظه (حافظه دیداری و حافظه شنیداری)) تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۰۱$ و $F = ۶۸/۹۴۹$). پس فرضیه پژوهش تأیید می‌گردد. با توجه به مقدار مجذور اتای آزمون لامبدای ویلکز (۰/۸۴۷) می‌توان تعیین کرد که متغیر مستقل ۸۴/۷ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت و نتایج حاصل در جدول ۶ نشان می‌دهد بازی درمانی گروهی بر بهبود عملکرد حافظه کوتاه مدت دیداری و حافظه کوتاه مدت شنیداری دانش‌آموزان دبستانی دختر دارای اختلال یادگیری خاص مؤثر بوده است ($P \leq ۰/۰۰۰۱$).

بحث

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی بازی درمانی گروهی بر مشکلات رفتاری و عملکرد حافظه دانش‌آموزان دختر دارای اختلال یادگیری خاص انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که بازی درمانی گروهی بر

یادآوری تصاویر و بازی‌های حافظه شنیداری در قالب بازی‌های شاد و پرهیجان توجه کودک را بر تصاویر و صداها متمرکز می‌کنند و موجب تقویت حافظه دیداری و شنیداری در کودکان شده به طوری که می‌تواند داستان‌ها و اشعار را از بر بخواند و خاطرات هفته گذشته را با جزئیات تعریف کند که این باعث بالا رفتن اعتماد به نفس کودک می‌شود. بازی درمانی گروهی با محتوا و هدف مشخص و متناسب با مولفه‌های حافظه از جمله کلامی، بینایی و شنیداری با استفاده از اشکال، حروف، اعداد و صداها به کودکان داده می‌شود. مداخلات فوق موجب تقویت حافظه دیداری و شنیداری شده و به دنبال آن موجب بهبود و تقویت املا در دانش‌آموزان می‌گردد. بنابراین آموزش در حافظه می‌تواند موجب بهبود مشکلاتی از قبیل جابجایی حروف متفاوت با صدای مشابه که مشکل شایعی در این کودکان است شود. به عبارت دیگر تقویت حافظه منجر به بهبود عملکرد املا در دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری می‌شود. استنباط دیگری که از نتایج یافته‌ها می‌توان نمود، تعمیم الگوهای تقویت حافظه دیداری به موقعیت‌های مشابه است. عبدی و همکاران (۵۶) در پژوهش خود با استفاده از خرده‌آزمون مکعب‌های آزمون و کسلر که مربوط به حافظه دیداری است به این نکته پی بردند که دانش‌آموزان می‌توانند یادگیری حاصل شده را به سایر موقعیت‌های مشابه از جمله آزمون مکعب‌ها که مستلزم بکارگیری حافظه دیداری است، تعمیم دهند. در واقع این دانش‌آموزان یادگیری حاصل از تقویت حافظه دیداری را به موقعیت‌های مشابه تعمیم می‌دهند (۵۹). از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به اجرای تحقیق فقط در گروه دختران و در شهر اهواز اشاره کرد. همچنین در راستای این پژوهش پیشنهاد می‌گردد پژوهشی مشابه با تحقیق حاضر برای گروه پسران انجام گیرد و تحقیقی با عنوان کنونی ولی جلسات بازی‌درمانی به صورت مادر و کودک برگزار گردد. افزایش تعداد جلسات بازی‌درمانی به منظور پایداری بیشتر تأثیرات درمان پیشنهاد می‌شود. در نهایت توصیه می‌شود متخصص بازی‌درمانی بصورت مستمر در مدرسه اختلالات یادگیری فعالیت نماید تا نیازهای دانش‌آموزان و والدین آنها را پوشش دهد. همچنین ایجاد اتاق بازی‌درمانی در این مدارس و سایر مراکز آموزشی پیشنهاد می‌شود.

نتیجه گیری

از آنجا که کودکان دارای اختلال یادگیری با مشکلات رفتاری و حافظه نیز می‌توانند مواجه باشند یکی از روش‌های مناسب کنترل رفتار احتمالاً بازی‌درمانی است که علاوه بر نزدیک بودن بازی با خلق دوران کودکی، طی بازی‌درمانی کودک می‌تواند راهی برای کاهش اضطراب‌های روزمره‌اش پیدا کند و قادر خواهد بود نگرش‌ها، احساسات و عواطف خود را کنترل کند. به طور کلی در بازی‌درمانی، بازی نقش ابزاری را دارد که به وسیله آن کودک از اضطراب و تشویش‌هایش به سمت تعادل روان و زندگی سالم اجتماعی می‌رود و به طبع آن رفتارهای مختل شده را کمتر نشان دهد و در روند فعالیت حافظه نیز تأثیر مثبت داشته باشد. بدین صورت که بازی‌درمانی گروهی علاوه بر ایجاد هیجان و سرگرمی برای کودکان، می‌تواند بدلیل استفاده هدفمند از دست، چشم، گوش و اعضای مهم بدن عامل ارتقاء عملکرد حافظه از جمله حافظه دیداری و شنیداری به کمک وسایل بازی، اشکال، اعداد و حروف شود.

می‌دهند. در حالیکه با چند جلسه بازی‌درمانی کودک قادر خواهد بود به منشأ اصلی این احساس خود دست یابد و بازنگری به دیدگاه‌ها و تصوراتش، احساس واقعی را جایگزین آن نماید. هرگاه کودک بتواند از طریق مواجهه صحیح و منطقی با مشکلات و رویدادهایی که موجب هیجان و اضطراب او شده‌اند، روبه‌رو شود، می‌تواند با تنش حاصل از آن مقابله کند. طی بازی‌درمانی کودک می‌تواند راهی برای کاهش اضطراب‌های روزمره‌اش پیدا کند و قادر خواهد بود نگرش‌ها، احساسات و عواطف خود را کنترل کند. در بازی‌درمانی شرایطی ایجاد می‌شود که کودک بتواند در آرامش و راحتی و بدون اضطراب و فشارهای محیطی خود را بشناسد. کودک با تکرار بازی‌ها و تغییر صحنه‌ها می‌تواند بر افکار، احساسات و انگیزه‌های خود تسلط یابد. کودکان در حین بازی‌هایی مانند بازی چرخیدن بطری، بازی اسامی جدید و بازی جانوران بامزه ویژگی‌های مثبت خود را بیان می‌کنند و ویژگی‌های مثبت دیگر کودکان را می‌شنود و به این ترتیب تمرکز آنها از ناتوانی‌های یادگیری و مشکلات تحصیلی به سایر توانمندی‌ها جابجا می‌شود این اتفاق اولین تلاش‌ها برای ترمیم خودپنداره ضعیف و بالا بردن حس خودارزشمندی است. در طی جلسه بازی‌درمانی کودک بین خود و تجارب بد و تکان‌دهنده فاصله ایجاد می‌کند و ساعتی را در امنیت و محیط شاد به سر می‌برد. بازی‌های شاد مانند بازی کلمات احساسی، بازی زندگی خود را رنگ بزن و بازی بلند کردن میله‌های رنگی به کودکان کمک می‌کنند تا احساسات و هیجانات مختلف خود را بشناسند و به بیان آنها بپردازند. حالت‌هایی نظیر خوشحالی، غم، عصبانیت که این در روابط اجتماعی و یادگیری رفتار درست می‌تواند مفید باشد. کودکان عمدتاً قادر به ابراز احساسات خود در قالب کلامی نمی‌باشند. از جمله دلایل این عدم ابراز، پایین بودن سطح تفکر انتزاعی و ترس کودک از ابراز مستقیم هیجانات و احساسات می‌باشد. به وسیله این بازی‌ها می‌توان کودکان را ترغیب کرد احساسات خود را در قالب کلمات نوشته شده بر روی کاغذ و یا تصاویر کشیده شده از هر احساس بر روی کاغذ نشان دهند. در نهایت کودکان می‌آموزند که خود ابرازی کنند و به منشأ اضطراب‌ها و ترس‌ها خود پی ببرند و برون‌ریزی می‌کنند. این تکنیک برای کودکان با اختلالات رفتاری، فزون کنشی و بخصوص اضطراب بسیار مفید است. در خصوص مداخله درمانی- آموزشی بر تقویت حافظه کودکان مبتلا به اختلال یادگیری، نتایج حاصل از پژوهش حاضر با سایر تحقیقات این حوزه نظیر سیدمن (۵۰)، سیدمن، والرا و ماکریس (۵۱)، سوانسون و جرمن (۵۲)، هوپر و همکاران (۵۳)، زارع، امیری‌آهویی و تاراج (۵۴) سلامت، مقتدائی، کافی، عبدی و حسین‌خانزاده (۵۵)، عبدی، کرمی و حاتمی (۵۶)، عابدی، آتش‌پور و خدای (۵۷) و میرمهدی، علیزاده و سیف‌نراقی (۵۸) در یک راستا و همسو می‌باشد. محققان فوق در تحقیقات متعدد نشان داده‌اند برنامه‌های مداخله‌ای از جمله تقویت حافظه دیداری به شیوه بازی درمانی، تمرینات حافظه شنیداری، حافظه بینایی، بازی با تصاویر، حافظه حرکتی و حافظه بازشناسی بر توان‌بخشی و تقویت حافظه کودکان دارای اختلال یادگیری خاص مؤثر است. با توجه به اینکه کودکان با اختلال یادگیری خاص در بخاطر سپردن محرک‌های دیداری و شنیداری و استفاده از راهبردهای حافظه مشکل دارند (۲۵)، آموزش این سازه‌ها می‌تواند موجب بهبود عملکرد تحصیلی کودک شود. بازی‌هایی مانند بازی زود بگو روی میز چی بود، بازی

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمام مراکز، دبیران، دانش آموزان و والدین آنها کمال تشکر و قدردانی را می‌نمایم. لازم به ذکر است که این مقاله برگرفته از

پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می‌باشد.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

References

1. Khadam H, Madanlou M, Ziaei T, Keshtkar A. Behavioral disorders and related factors in school age children of Gorgan. *Iranian J Nurs Res*. 2009;4(14):29-37.
2. Education UOo. Assistance to states for education of handicapped children: Procedures for evaluating specific learning disabilities. *Fed Reg*. 1977;42(250):65082-5.
3. Bratton SC, Ray D, Rhine T, Jones L. The Efficacy of Play Therapy With Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcomes. *Profes Psychol Res Pract*. 2005;36(4):376-90. DOI: [10.1037/0735-7028.36.4.376](https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.376)
4. Harland P, Reijneveld SA, Brugman E, Verloove-Vanhorick SP, Verhulst FC. Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2002;11(4):176-84. DOI: [10.1007/s00787-002-0277-z](https://doi.org/10.1007/s00787-002-0277-z) PMID: [12444427](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12444427/)
5. Fyson R, Yates J. Anti-social behaviour orders and young people with learning disabilities. *Crit Soc Policy*. 2011;31(1):102-25. DOI: [10.1177/0261018310385441](https://doi.org/10.1177/0261018310385441)
6. Abolghasemi A, Javanmirry L. The role of social desirability, mental health and self-efficacy in predicting academic achievement of female students. *J Sch Psychol*. 2012;1(2):6-20.
7. Karimi Y. *Learning Disorders (Theoretical and Practical Issues)*. 11th ed. Tehran: Savalan Publications; 2015.
8. Rappaport SR. Ego development in learning disabled children. *Percept Learn Disabil Childr*. 1975;1:335-78.
9. Sausser S, Waller RJ. A model for music therapy with students with emotional and behavioral disorders. *Arts Psychother*. 2006;33(1):1-10. DOI: [10.1016/j.aip.2005.05.003](https://doi.org/10.1016/j.aip.2005.05.003)
10. Hulbert-Williams L, Hastings RP. Life events as a risk factor for psychological problems in individuals with intellectual disabilities: a critical review. *J Intellect Disabil Res*. 2008;52(11):883-95. DOI: [10.1111/j.1365-2788.2008.01110.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2008.01110.x) PMID: [18671807](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18671807/)
11. Ganji M. *Abnormal Psychology; DSM-5*. 1st ed. Tehran: Savalan 2014.
12. Dashti Z. The Effect of Play Therapy on Abilities and Behavioral Problem in Children with ADHD Disorders in Shiraz. The First International Conference on Modern Research in the Field of Education Sciences & Psychology and Social Studies of Iran; Qom 2016.
13. Akbari S, HajiArbabi F. Comparison of the Effectiveness of Play Therapy on Aggression in Girl children. Fifth International Conference on Psychology and Social Sciences; Tehran: Mehr Ishraq Congregations; 2016.
14. Morshed N, Davoodi I, Babamiri M. Effectiveness of Group Play Therapy on Symptoms of Oppositional Defiant Among Children. *J Educ Commun Health*. 2015;2(3):12-8. DOI: [10.20286/jech-02032](https://doi.org/10.20286/jech-02032)
15. Rahmani P, Moheb N. The effectiveness of clay therapy and narrative therapy on anxiety of pre-school children: a comparative study. *Proc Soc Behav Sci*. 2010;5:23-7. DOI: [10.1016/j.sbspro.2010.07.044](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.044)
16. Ebrahimi Moghaddam H, Salehian Boroujerdi H, Madani S, Sharifian M. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy on Reducing Anxiety and Depression in Children. The First Scientific Congress on the Development and Promotion of Education Sciences and Psychology, Society Social and Cultural Sciences of Iran; Tehran: Scientific Society for the Promotion and Promotion of Basic Sciences and Technology; 2015.
17. Shahibizadeh Z. The Effectiveness of the Child-Centered Play Therapy Therapy on Reducing Behavioral Disorders in Primary School Children. Third Scientific Conference on Educational Sciences and Psychology of Social and Cultural Dangers in Iran; Qom: Islamic Studies and Research Center of Soroush Hekmat Mortazavi; 2015.
18. Sufficient M, Zainali S, Khosrojauid M, Bakhshari F. Comparison of Behavioral Characteristics and Social Development of Children with and Without Learning Disabilities. *J Learn Disabil*. 2012;2(4):124-39.
19. Stulmaker H, Ray D. Child-centered play therapy with young children who are anxious: A Controller trial. *Childr Youth Serv Rev*. 2015;57:127-33.
20. Meany W. *Adlerian play therapy: Effectiveness on disruptive behaviors of early elementary aged children [Dissertation]*. Texas: University of North Texas; 2011.
21. Muro J, Ray D, Schottelkorb A, Smith MR, Blanco PJ. Quantitative analysis of long-term child-centered play therapy. *Int J Play Ther*. 2006;15(2):35-58. DOI: [10.1037/h0088914](https://doi.org/10.1037/h0088914)
22. Yousefi Loye M. *Introduction to Psychology of memory*. Tehran: Zarbaf Asl; Zarbaf Asl.

23. Halahan D, Kauffman J. Exceptional children: Introduction to special education. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1988.
24. Tabrizi M, Tabrizi A, Tabrizi N. Treatment for reading disorders. Tehran: Faravaran 2010.
25. Torgesen JK. Memory processes in exceptional children. In: Keogh K, editor. Advances in special education. 1. Greenwich, CT: J.A.I. Press; 1980.
26. Khodaparast Z. An Investigation of the Effectiveness of Play Therapy on Visual Memory, Focusing and Attention of Educate Mentally Retarded Students. *Except Educ J*. 2014(6):128-35.
27. Abdi A, Karami M, Hatami J. The efficacy of improving visual memory through play therapy on reducing spilling errors in dysgraphia student. *J Res Rehabil Sci*. 2012;1(1):648-58.
28. Wechsler D. Manual for the Wechsler Intelligence Scale For Children Revised. New York: Psychological Corp; 1974.
29. Gresham FM, Elliott SN. Social Skills Rating System (SSRS. Circle Pines, MN: American Guidance Service; 1990.
30. Tabrizi M, Galkarian P. 101 games to increase self esteem. Tehran: Faravaran; 2015.
31. Sohrabi Shahedi N. Different methods of play therapy and its application in the treatment of children's behavioral and emotional disorders. *J Psychol Methods and Mod*. 2011;1(4):45-63.
32. Shahim S. Standardization of the Wechsler IQ Scale in Shiraz. *J Soc Sci Hum Univ Shiraz*. 1982;13-14:123-54.
33. Shahim S. A Study of Viability-Validity of the Scale of Social Skill Rating Scale in a Group of Primary School Children in Shiraz. *J Educ Sci Psychol*. 1998;5(3-4):17-38.
34. Shahim S, Haroun Al-Rashidi E. Comparison of the performance of children with verbal and non-verbal learning disorders in the revised IQ Wechsler scale, Gestalt Port Imaging Perception Test and Iranian Mathematics Scale. *Knowledge Res Psychol*. 1997;32(61-90).
35. Nazari S, Kouti A, Sayyahi H. Diagnostic Criteria for Learning Disorders in Children's Wechsler IQ. *J Except Educ*. 2012;109:36-45.
36. Prifitera A, Saklofske DH. WISC-IV clinical assessment and intervention 2008 [cited 2011]. Available from: <http://books.google.com/books?id=ubhtDGFxw6cC&pg=PA472&lpg>.
37. Gary H. Heron Marnath. Tehran: Roshd; 1990.
38. Illard E, Brown F. Brotherhood translation, Reza. Recognition and Organization of Learning. Tehran: Publications of the Exceptional Education Organization of Iran; 1988.
39. Ramesh E. A Study and Comparison of the Social Skills of the Adolescent Boy Students of the Secondary School in Integrated and Exceptional Schools in Tehran during the academic year of 87-88. Tehran: Allameh Tabatabaei University; 2009.
40. Beyabangard A. The Comparison of Social Skills of High School Girls in the Blind, Deaf and Normal City of Tehran. *Q J Except Child*. 2005;5(1):14-1.
41. Shahim S. Studying social skills in a group of students in terms of teachers. *J Psychol Educ Sci*. 2002;32(1):121-39.
42. Heshmaty R, Asl Anari R, Shokrallahi R. The Effect of Group Play Therapy Techniques on State Anxiety, Positive Sense and General Adaptability of Children with Specific Learning Disability. *J Learn Disabil*. 2016;5(4):24-7.
43. Barzegary L, Zamini S. The Effect of Play Therapy on Children with ADHD. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2011;30:2216-8. DOI: [10.1016/j.sbspro.2011.10.432](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.432)
44. Welch A. More kids getting diagnosed with ADHD at young ages 2015 [cited 2015]. Available from: <http://www.cbsnews.com/news/more-kids-getting-diagnosed-with-adhd-at-young-ages>.
45. Mohammadzadeh J, Javaheri Z. The Effectiveness of Play Therapy on Conduct Disorder in Elementary Schools of Ilam City. International Conference on the Humanities, Psychology and Social Sciences; Tehran: Institute of Managers of Iliya Capital Ideas; 2015.
46. Safari S, Faramarzi S, Abedi A. The Effect of Cognitive-Behavioral Play Therapy on Behavioral Problems in defiant Students. *Urmia Med J*. 2014;25(3):258-67.
47. El-Nagger NS, Abo-Elmagd MH, Ahmed HI. Effect of applying play therapy on children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Nurs Educ Pract*. 2017;7(5):104. DOI: [10.5430/jnep.v7n5p104](https://doi.org/10.5430/jnep.v7n5p104)
48. Robaie E, Malekian F. The effect of exploratory play therapy method on the reduction of the level of combined type/adhd in 9 to 11 years old boys. Magnt. Research Report, 2015.
49. Nigussie B. Efficacy of play therapy on self-healing and enhancing life-skills of children under difficult circumstances: The case of two orphanages in Addis Ababa, Ethiopia Ethiop. *J Educ Sci*. 2013;6(2):52-7. DOI: [10.5430/jnep.v7n5p104](https://doi.org/10.5430/jnep.v7n5p104)
50. Seidman LJ. Neuropsychological functioning in people with ADHD across the lifespan. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(4):466-85. DOI: [10.1016/j.cpr.2006.01.004](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.004) PMID: [16473440](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16473440/)
51. Seidman LJ, Valera EM, Makris N. Structural brain imaging of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2005;57(11):1263-72. DOI: [10.1016/j.biopsych.2004.11.019](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.11.019) PMID: [15949998](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15949998/)
52. Swanson HL, Jerman O. The influence of working memory on reading growth in subgroups of children with reading disabilities. *J Exp Child Psychol*. 2007;96(4):249-83. DOI: [10.1016/j.jecp.2006.12.004](https://doi.org/10.1016/j.jecp.2006.12.004) PMID: [17437762](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17437762/)
53. Hooper SR, Swartz CW, Wakely MB, de Kruif RE, Montgomery JW. Executive functions in elementary school children with and without problems in written

- expression. *J Learn Disabil.* 2002;35(1):57-68. DOI: [10.1177/002221940203500105](https://doi.org/10.1177/002221940203500105) PMID: 15490900
54. Zare H, Amiri F, Taraj S. The effect of educational games on short-term memory and dictation of Primary school students with specific learning disabilities. *JOEC.* 2010;9(4):367-74.
55. Salamat M, Moghtadaei K, Kafi M, Abedi A, Hosein Khanzadeh A. The effectiveness of cognitive behavioral play therapy on memory and social skills of children with spelling learning disability. *J Res Behav Sci.* 2014;11(6):556-66.
56. Abdi A, Karami M, Hatami J. The effect of improving visual memory through play therapy on reducing spelling errors in students with dysgraphia. *J Res Rehabil.* 2012;8(4):1-11.
57. Khodami N, Abedi A, Atashpor H. Effectiveness of executive functions training on improvements the academic performance of students with mathematics learning disability. *New Find Psychol.* 2010;5:63-77.
58. Mirmehdi R, Alizadeh H, Seif Naraghi M. The impact of training executive functions on mathematics and reading performance in primary students with specific learning disabilities. *Res Except Child.* 2009;9:1-12.
59. Fallahchai R. The survey dyslexia and dysgraphia in elementary students [Thesis]. Tehran, Iran: Tarbiat Modares University; 1995.