

## بررسی تاثیر مهارت‌های بازی درمانی شناختی رفتاری بر بهبود عملکرد خواندن و کارکردهای اجرایی دانش‌آموزان نارساخوان

مینا شمشیری<sup>۱</sup>، عصمت دانش<sup>۲\*</sup>، ناهید هواسی<sup>۳</sup>، آرزو تاری مرادی<sup>۴</sup>

### چکیده

**مقدمه:** نارساخوانی، نوعی اختلال خاص یادگیری است که با مشکلات جدی و مداوم در فراگیری مهارت‌های خواندن مشخص می‌شود و علت آن وجود مشکلات مربوط به آسیب مغزی، مشکلات بینایی و آموزش ناکافی یا نادرست نمی‌باشد. هدف از این مطالعه، تأثیر مهارت‌های بازی درمانی شناختی رفتاری بر عملکرد خواندن و کارکردهای اجرایی دانش‌آموزان نارساخوان بود. **روش پژوهش:** این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه با دوره پیگیری یکماهه بود. جامعه‌آماری شامل دانش‌آموزان نارساخوان مراجعه کننده به مرکز اختلالات یادگیری ناحیه یک کرج در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. ۳۰ دانش‌آموز بصورت هدفمند وارد مطالعه شده و بطور تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. دانش‌آموزان گروه مداخله طی ۱۰ جلسه بصورت دو جلسه در هفته تحت آموزش مهارت‌های بازی درمانی شناختی رفتاری قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل آزمون خواندن و نارساخوانی کرمی و فهرست رتبه‌بندی رفتار عملکرد اجرایی جیویا و همکاران بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که مهارت‌های بازی درمانی شناختی رفتاری بر بهبود عملکرد خواندن ( $P < 0/01$ ) و افزایش کارکردهای اجرایی ( $P < 0/05$ ) دانش‌آموزان مؤثر بودند و تأثیر این روش مداخله تا مرحله پیگیری یک‌ماهه ماندگار بود ( $P = 0/053$ ). **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده استفاده از بازی‌درمانی شناختی-رفتاری می‌توان گام مؤثری در بهبود عملکرد خواندن و کارکردهای اجرایی دانش‌آموزان نارساخوان برداشت.

**کلید واژه‌ها:** بازی درمانی شناختی رفتاری، عملکرد خواندن، کارکردهای اجرایی، نارساخوانی

**تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۴۰۳/۶/۳

**تاریخ دریافت:** ۱۴۰۳/۵/۲

**استناد:** شمشیری مینا، دانش عصمت، تاری مرادی آرزو. بررسی تاثیر مهارت‌های بازی درمانی شناختی رفتاری بر بهبود عملکرد خواندن و کارکردهای اجرایی دانش‌آموزان نارساخوان، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۳؛ ۱۴(الف): ۱۷۶-۱۹۳

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران [Minashamshiri87@gmail.com](mailto:Minashamshiri87@gmail.com)

۲- (نویسنده مسئول): استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

Tell: +98-9125388702, Email: [e-danesh@sbu.ac.ir](mailto:e-danesh@sbu.ac.ir).

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. [havassi.n2020@gmail.com](mailto:havassi.n2020@gmail.com)

۴- استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. [arezootarimoradi@yahoo.com](mailto:arezootarimoradi@yahoo.com)



**مقدمه:**

خواندن، پایه و اساس یادگیری و بخشی جدایی ناپذیر از فرآیند آموزش است (۱). مهارت خواندن، پیش‌بین مهمی برای موفقیت های تحصیلی فرد در آینده است و عملکرد تحصیلی فرد در سایر درس ها نیز، وابسته به این مهارت است. علاوه بر این، خواندن با موفقیت شغل های افراد رابطه دارد (۲) و عامل رشد سرمایه انسانی کشورها است (۳) و به همین خاطر باید معلمان خصوصاً در دوره ابتدایی، نسبت به آن نگاهی جدی داشته باشند (۴). با این وجود گاهی مهارت خواندن در دانش‌آموزانی که دارای هوش عادی و طبیعی هستند و آموزش اصولی داشته‌اند به صورت یک اختلال بروز می‌کند که به آن نارساخوانی می‌گویند (۵). نارساخوانی، نوعی اختلال یادگیری خاص است که با مشکلات جدی و مداوم در فراگیری مهارت‌های خواندن مشخص می‌شود و نمی‌توان این مشکل را به سن ذهنی، مشکلات بینایی و آموزش ناکافی یا نادرست نسبت داد (۶). نارساخوانی متداول‌ترین نوع اختلال یادگیری است (۷). این اختلال، صحت، سرعت و درک متن را با مشکل روبرو می‌کند (۸) و دارای نشانه‌هایی است از جمله: روخوانی نادرست و کند کلمات، مشکل در هجی کردن و عدم درک از آنچه خوانده می‌شود (۹).

شیوع اختلال خواندن، بین ۵ تا ۱۷ درصد است و حدود ۸۰ درصد از تمام اختلال‌های یادگیری را تشکیل می‌دهد (۹). طبق تحقیقات مربوط به نارساخوانی، این مشکل بیش از سایر ناتوانی‌های یادگیری در حوزه‌های گوناگون مانع پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان شده است و علاوه بر افت تحصیلی و مشکلات اجتماعی-عاطفی و رفتاری، افراد مبتلا به نقص خواندن شواهدی از علائم ترکیبی و در هم تنیده اختلالات روانی را نیز نشان می‌دهند (۱۰).

با توجه به اهمیت خواندن در زندگی دانش‌آموزان، نظریه‌هایی برای درمان اختلال خواندن، ارائه شده است که یکی از مهمترین نظریه‌های مطرح شده اخیر، نظریه کارکردهای اجرایی است. کارکردهای اجرایی، به فعالیتهای شناختی سطح بالا برای برنامه ریزی و فعالیتهای هدفمند اشاره دارد که رفتارهای دیگر را کنترل می‌کند (۱۲). کارکردهای اجرایی کانون نظریه‌های عصب روان-شناختی کودکان دارای اختلال یادگیری بوده و نقشی ضروری در مهارت خواندن دارند زیرا این کارکردها از یک سو با تخصیص توجه به اطلاعات مربوط و بازداری اطلاعات نامربوط، فرآیند خواندن را تسهیل می‌کنند (۱۳) با اینکه کارکردهای اجرایی دارای مؤلفه‌های زیادی است اما توجه به تحقیقات، از جمله پیشایندهای مهم این کارکردها در اختلال خواندن، توجه پایدار و بازداری پاسخ، هستند (۱۴). امروزه علاوه بر شواهد پژوهشی، داده‌های حاصل از تصویربرداری عصبی، نقص در توجه و بازداری را در نارساخوانی اثبات نموده است (۱۵).

توجه پایدار، ساده‌ترین و پایه‌ای ترین سطح توجه است که سایر انواع توجه به آن نیاز دارند و نقص در آن می‌تواند سایر انواع توجه را با مشکل روبرو کند (۱۶). توجه پایدار، توانایی تمرکز بر روی یک تکلیف برای مدت زمانی طولانی است. پژوهشگران، نشان داده‌اند، میزان توجه کودکان نارساخوان پایین تر از دانش‌آموزان عادی است (۱۷). این کودکان دارای حواسپرتی بیشتر و توجه کمتر هستند و نمی‌توانند هنگام آموزش توجه خود را به مواد درسی حفظ کنند (۱۸). توجه پایدار، نشان دهنده ظرفیت شناختی است و در درک متن بسیار مهم است چون درک متن موفق نیازمند کشف محرک‌های مرتبط و حفظ تمرکز بر روی آنها در طول زمان است (۱۹).

همچنین توجه پایدار، در صحت خواندن به فهم درست خواننده از شکل نوشتاری آوایی کلمه مربوط می‌شود و برای رمزگشایی کلمات جدید یک وجه ضروری به حساب می‌آید زیرا باعث می‌شود خواننده روی اطلاعات مهم و ضروری تمرکز کرده و اطلاعات بی ربط را کنار بزند که رمزگشایی بهتر باعث بالا رفتن سرعت خواندن می‌شود (۲۰).

یکی دیگر از مؤلفه‌های شناختی مرتبط با مهارت خواندن، بازداری پاسخ است که دارای اشتراک بنیادی با سایر مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی است و در مدل بارکلی، به عنوان سپری در مقابل مزاحمت‌ها و عوامل مخل از آن یاد شده و سایر کارکردها

را به پیش می‌برد (۲۱). بازداری پاسخ توانایی سرکوب محرک‌های نامربوط، مزاحم، نادرست، واکنش‌های غالب، انتخاب‌های رفتاری و عادت‌های رفتاری خودکار است (۲۲). بازداری پاسخ، پاسخ‌های فعال و خودکار شده محرک را واپس می‌زند، به طور همزمان موارد مرتبط را نگه می‌دارد و غیرمرتبط را نادیده می‌گیرد و در مورد خطاهای نفوذ که از حافظه بر پاسخ، اثرگذارند مقاومت می‌کند. بازداری پاسخ، به پردازش سریع اطلاعات نیز مربوط می‌شود (۲۳). اگر اطلاعات بی‌ربط و نامربوط، در سیستم پردازش حذف شوند، از بار حافظه کاسته شده و فقط اطلاعات مهم و مرتبط وارد سیستم پردازش می‌شوند که در نهایت به افزایش صحت خواندن، سرعت خواندن و در نهایت درک متن می‌انجامد (۲۴) در مجموع پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کودکان نارساخوان، در تکالیفی که بازداری شناختی آنان را می‌سنجد دچار نقص هستند و فرآیند بازداری عاملی مهم در پیش بینی درک مطلب و عملکرد خواندن است (۲۵).

امروزه رایج‌ترین مهارت زبانی، برای دستیابی به اطلاعاتی که به سرعت در حال توسعه است مهارت خواندن است. خواندن را می‌توان ادراک کلمات چاپی یا نوشتاری از طریق اندام‌های حسی توصیف کرد که از طریق فرآیندهای شناختی صورت می‌گیرد (۲۶). خواندن، دارای مهارت‌هایی چون سرعت، صحت و محصول نهایی آن درک مطلب است که سبب می‌شود فرد بتواند نوشته‌ای را بخواند و به نیازی از نیازهای خود پاسخ دهد. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد نارساخوان‌ها برخلاف دانش‌آموزان عادی، در هنگام خواندن کلمات را حذف، اضافه یا به صورت وارونه می‌خوانند. همچنین در تفکیک بین حروف در شکل و اندازه مشکل دارند که باعث غلط خواندن کلمه، سرعت پایین در خواندن و عدم درک مطلب می‌شود (۲۷).

شواهد عصب شناختی نشان می‌دهند که خواندن در مغز اتفاق می‌افتد و به سیستم‌های مغزی که در زبان گفتاری استفاده می‌شود وابسته است و نشانه‌های نارساخوانی در مراحل اولیه رشد از طریق ضعف در توانایی‌های شناختی خود را نشان می‌دهد (۲۸). با توجه به اهمیت درمان نارساخوانی، در مطالعات اخیر گام‌هایی برای تحریک غیرتهاجمی مغز که به افزایش ظرفیت‌های شناختی، منتهی می‌شود برداشته شده است، بخشی از این مداخلات از طریق بازی درمانی شناختی رفتاری صورت گرفته است. رویکرد شناختی رفتاری در اختلالات متنوعی با استفاده از اجزای شناختی و رفتاری خود در جهت مدیریت مشکلات این اختلالات به کار رفته است (۲۹)، این رویکرد با استفاده از هیجان، شناخت و رفتار در پی رسیدن به اهداف درمانی است. بعد شناختی با مؤلفه‌هایی مانند شناخت افکار منفی، خطاهای شناختی، ارزیابی مجدد مشکل و اصلاح افکار و نیز بعد رفتاری با مؤلفه‌هایی مانند تقویت، مواجهه، آرام‌سازی و فعال‌سازی رفتاری، در کاهش مشکلات و بهبود الگوی مقابله‌ای افراد مؤثر است (۳۰) و می‌توان این رویکرد را در قالب بازی درمانی در کودکان به کار برد که با توجه به فرایند جذاب و آسان بازی برای کودکان، در افزایش بازده درمانی تأثیر دارد. بازی درمانی، استفاده نظام‌دار از الگویی نظری به منظور برقراری فرایندی میان فردی است که در آن با استفاده از قدرت درمانی بازی به پیشگیری یا رفع مشکلات مراجع و دستیابی به رشد و پرورش مطلوب وی کمک می‌شود. امروزه بازی درمانی مبتنی بر توجه، نظر پژوهشگران زیادی را به خود جلب کرده است. اینگونه بازی‌ها دارای ارزش آموزشی و نیز سرگرمی هستند (۳۱).

بازی درمانی شناختی رفتاری تأکید زیادی بر درگیری کودک در درمان دارد و درمانگر با ارائه اقدامات لازم از نظر رشدی به کودک کمک می‌کند تا از درمان بهره‌مند شود. مجموعه‌ای گسترده از فنون و روش‌ها را می‌توان در بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری گنجانید. بازی درمانی شناختی رفتاری، راهبردهایی را برای رشد انطباقی‌تر افکار و رفتارها فراهم می‌آورد؛ راهبردهای جدیدی برای مقابله با موقعیت‌ها و احساس‌ها آموزش می‌دهد و کودک قادر می‌شود شیوه‌های ناسازگارانه مقابله را با راه‌های سازگارانه‌تر جایگزین کند (۳۲).

پژوهش‌های زیادی در رابطه با بهبود کارکردهای اجرایی با استفاده از روش‌های گوناگون برای دانش‌آموزان نارساخوان انجام شده است. اما پژوهش‌ها در مورد استفاده بازی‌های شناختی رفتاری در بهبود کارکردهای اجرایی بسیار محدود است، بنابراین برای دستیابی به میزان اثر بخشی مداخله در این پژوهش مورد توجه قرار گرفت. نتایج پژوهش می‌تواند به مربیان و معلمان مدارس و روانشناسان و متخصصان اختلال یادگیری در بکارگیری شیوه موثرتر برای حل مشکلات اختلال یادگیری خاص در خواندن یاری رساند.

### روش پژوهش:

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان دختر و پسر نارساخوان ۸ تا ۱۲ بود که در سال که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ به مرکز آموزش و توابخشی مشکلات ویژه یادگیری شماره ۲ ناحیه یک آموزش پرورش شهر کرج مراجعه کرده بودند. از بین جامعه پژوهش تعداد ۳۰ دانش‌آموز بصورت هدفمند و با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج وارد مطالعه شده و بطور تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از بهره هوشی ۹۰ تا ۱۱۵، دارا بودن اختلال یادگیری خاص در خواندن، نداشتن معلولیت جسمانی و عدم مصرف داروهای روان پزشکی و داروهای موثر بر عملکرد شناختی مانند هشیاری و توجه، عدم ابتلا به اختلالات عصبی تحولی یا اختلالات روان‌شناختی همبود مانند بیش‌فعالی، اوتیسم (براساس بررسی پرونده مشاوره‌ای) و عدم استفاده از هرگونه مداخلات توانبخشی شناختی رایانه‌ای طی ۱ سال گذشته و معیارهای خروج عبارت بودند از غیبت بیش از دو جلسه از برنامه مداخله، عدم تمایل به ادامه همکاری از سوی دانش‌آموز یا والدین دانش‌آموز، استفاده همزمان از مداخلات مؤثر بر شناخت نظیر پسخوراند عصبی و درمان دارویی و روش‌های ارتقاء کارکردهای شناختی.

دانش‌آموزان گروه مداخله طی ۱۰ جلسه بصورت دو جلسه در هفته تحت آموزش مهارت‌های بازی درمانی شناختی رفتاری قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل آزمون خواندن و نارساخوانی کرمی و فهرست رتبه‌بندی رفتار عملکرد اجرایی جیویا و همکاران بود. ابزارهای پژوهش عبارتند از:

**فهرست رتبه‌بندی رفتار عملکرد اجرایی (BRIEF)<sup>۱</sup>**: این فهرست توسط جیویا و همکاران (۳۲) به منظور ارزیابی رفتار کارکرد اجرایی کودکان در دو فرم والدین و معلمان تهیه شده است. شامل ۸۶ سؤال می‌باشد که در دو شاخص تنظیم رفتار و شاخص شناختی و هشت خرده مقیاس تنظیم شده است. زیرمؤلفه‌های شاخص تنظیم رفتار شامل (بازداری، انتقال توجه، کنترل هیجان)، و خرده مقیاس‌های شاخص شناختی (آغازگری، حافظه فعال، برنامه‌ریزی/سازماندهی، و نظارت) می‌شود که رفتارهای کودک را در مدرسه و یا منزل مورد بررسی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری پرسشنامه بصورت گزینه‌ای بر اساس طیف سه درجه‌ای لیکرت (هرگز= صفر، گاهی= ۱ و اغلب= ۲) تنظیم شده است و از تجمیع نمرات زیرمؤلفه‌ها نمره کل کارکردهای اجرایی به دست می‌آید. نمره بالاتر نشان دهنده عملکرد ضعیف‌تر در کارکردهای اجرایی است (۳۳). جیویا و همکاران (۳۲) همبستگی به دست آمده با روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۳ هفته را برای فرم والدین ۰/۷۲ تا ۰/۸۴ و آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۲ و ۰/۹۸ گزارش نمودند. در پژوهشی که در ایران فرم والدین ترجمه و اعتباریابی گردید. پژوهشگران به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی فهرست رتبه‌بندی رفتار عملکرد اجرایی در کودکان ۶ تا ۱۲ ساله پرداختند که نتایج از مدل تک عاملی کارکردهای اجرایی حمایت کرد. آلفای کرونباخ محاسبه شده برای ۸ مقیاس پرسشنامه بین ۶۸ تا ۸۶ می‌باشد و همچنین

۱ Behavior Rating Inventory of Executive Function

آلفای کروباخ محاسبه شده برای شاخص تنظیم رفتار، شاخص شناختی و نمره کل پرسشنامه بریف به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۹ و ۰/۹۳ می باشد (۳۴). در پژوهش حاضر نیز پایایی به روش آلفای کروباخ از ۰/۷۳ تا ۰/۸۷ به دست آمد.

**آزمون خواندن و نارساخوانی (نما)<sup>۱</sup> (RDT-NEMA):** این آزمون توسط مرادی و همکاران با هدف بررسی میزان توانایی خواندن دانش‌آموزان عادی در دوره دبستان با ویژگی‌های دوزبانگی و یک زبانی و تشخیص کودکان دارای مشکلات خواندن و نارساخوانی تهیه شده است. این آزمون شامل ۱۰ آزمون فرعی است که پس از اجرای خرده آزمون‌ها، با مراجعه به پاسخنامه، پاسخ‌های درست آزمودنی در هر خرده آزمون مشخص و نمره خام محاسبه می‌شود، سپس معادل نمرات خام براساس جدول نمره‌های تراز شده که برای هر پایه بطور جداگانه ارائه شده است محاسبه و نیمرخ آزمودنی در آزمون خواندن ترسیم می‌شود. میانگین این آزمون ۱۰۰ و انحراف استاندارد آن ۱۵ است. دانش‌آموزانی که ۲ انحراف استاندارد پایین‌تر از میانگین این آزمون عمل کنند به عنوان دانش‌آموزان با مشکلات خواندن انتخاب می‌شوند. ۱۰ آزمون فرعی عبارتند از: خواندن واژه‌ها، خواندن واژه‌های بدون معنا، زنجیره واژه‌ها، درک واژه‌ها، درک متن، قافیه‌ها، نامیدن تصاویر، حذف آواها، نشانه حروف و آزمون نشانه واژه‌ها است. پایایی آزمون با روش آلفای کروباخ برای خرده آزمون‌های مختلف بین ۰/۴۳ تا ۰/۹۸ گزارش شده است (۳۵).

در پژوهش مرادی و همکاران (۳۵) روایی عاملی آزمون، به استخراج دو عامل اصلی مجموع ۶۲/۰۳ درصد از واریانس خرده آزمون‌های ۱۱ گانه‌ی آزمون نما را تبیین کردند. خرده آزمون‌های خواندن لغات، درک کلمات، حذف آواها و خواندن ناکلمات و شبه کلمات از عامل اول توانایی تبیین ۵۲/۳۷ درصد از واریانس تغییرات خرده آزمون‌های ۱۱ گانه‌ی نما را داشته و عاملی قوی به شمار می‌رود. خرده‌آزمون‌های زنجیره کلمات، قافیه، درک متن و نشانه‌ها نیز از عامل دوم استخراج شده که توانایی تبیین ۹/۶۵ درصد از واریانس تغییرات خرده آزمون‌های یازده‌گانه نما را دارند. همچنین در عامل اول آزمون لغات و آزمون درک کلمات به ترتیب دارای بیشترین و کمترین بار عاملی؛ در عامل دوم بیشترین و کمترین بار عاملی به ترتیب درک متن و نامیدن تصاویر گزارش شده‌اند. آن‌ها همچنین آلفای کروباخ کل برای آزمون بین ۰/۴۸ تا ۰/۹۸ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر نیز پایایی به روش آلفای کروباخ از ۰/۷۳ تا ۰/۸۷ به دست آمد.

۱ Reading and Dyslexia Test (RDT-NEMA)

**پروتکل درمانی بازی درمانی شناختی-رفتاری:** بسته مداخله‌ای مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری ویژه دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری خاص در خواندن که توسط اصغری نکاح و آقامحمدیان (۱۳۹۳) به نقل از پژوهش تدوین شده (۳۶) و در این پژوهش طی ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای برای دانش‌آموزان در گروه آزمایش دوم استفاده شد. خلاصه محتوای جلسات مداخله در جدول ۱ ارائه شده است.

**جدول ۱.** خلاصه جلسات مداخله‌ای بازی درمانی شناختی-رفتاری

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی پژوهشگر و کودکان با یکدیگر، بیان هدف و قواعد گروه، آموزش حل مسئله با استفاده از تمثیل و داستان بازی صندلی.
جلسه دوم	آموزش روانشناختی شامل شناخت افکار و احساسات و بیان آنها، استفاده از نقاشی، بازیهای گروهی مانند بازی چرخ احساس، کارتهای موقعیتهای احساسی و بازی بادکنکهای خشم.
جلسه سوم	آموزش روانشناختی شامل شناخت ابعاد هیجانات با استفاده از داستان و شناسایی انواع شناخت و هیجانات شخصیت‌های داستان، استفاده از بازی گرگ و گله و نقاشی چهره‌های هیجانات مختلف.
جلسه چهارم	ازسازی شناختی شامل شناسایی تحریف شناختی و به چالش کشیدن آنها، شناسایی محرک‌های هیجان با استفاده از ایفای نقش، استفاده از نقاشیهای تمرینی، حباب فکر یا ایفای نقش مانند عروسک‌هایی با سبکهای رفتاری مختلف، چالش‌کشیدن تحریفات شناختی با اجرای بازی مقیاس احساس خشم و بازی فکر کردن با صدای بلند.
جلسه پنجم	آرامسازی، انواع بازیها مانند بازی حباب، سفر تنفس، بازیهای خیالی، بازی یخ و شناسایی فعالیت‌های آرامکننده اجرای بازی قالیچه سحرآمیز.
جلسه ششم	شیوه توقف فکر، شناسایی افکار آزاردهنده با استفاده از ایفای نقش، بازی افکار آزاردهنده متوقف شوید، بازی کنترل از راه دور افکار و اجرای بازی زنگ ساعت.
جلسه هفتم	آموزش مقابله و حل مسئله با داستان و بازی.
جلسه هشتم	آموزش خودگویی مثبت و اصلاح فکر با استفاده از ایفای نقش و بازی.
جلسه نهم	آموزش مهارتهای اجتماعی، شناخت و بیان احساسات، ارتباط با دیگران، استفاده از نمایش رفتارهای پسندیده اجتماعی برای کودکان.
جلسه دهم	بحث گروهی کلی درباره مطالب آموزشی و شیوه‌های فراگرفته شده و مرور بازی‌ها، بیان نظرات اعضای گروه و اجرای پس آزمون.

در این پژوهش، داده‌ها در دو بخش آماری توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶، با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری  $\alpha = 0/05$  مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بخش توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار مورد بررسی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری می‌باشد. در بخش استنباطی ابتدا به منظور بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته از آزمون شاپیرو ویلک، و به منظور یکسانی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع از آزمون لوین استفاده شد. سپس با توجه به ماهیت فرضیه‌ها و اهداف پژوهش داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بونفرونی تجزیه و تحلیل شد.

## یافته‌ها:

در این پژوهش ۳۰ دانش آموز نارساخوان در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) شرکت کردند. طبق آمار توصیفی، بین گروه‌ها از نظر جنس و سن تفاوت معناداری وجود نداشته است و می‌توان گفت هر سه گروه همگن بوده‌اند. نسبت دختران و پسران در گروه مداخله ۶۰ به ۴۰ و در گروه گواه ۵۶ به ۴۴ بود. میانگین و انحراف معیار سنی شرکت کنندگان در گروه مداخله  $10.7 \pm 0.703$  و در گروه گواه  $10.755 \pm 0.11$  بود.

**جدول ۲.** مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات عملکرد خواندن و کارکردهای اجرایی گروه‌های مداخله و گروه گواه در

مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
عملکرد	گروه مداخله	۱۵۳/۴	۶/۵۹	۱۶۳/۷	۸/۶۸	۸/۹۸
خواندن	گروه کنترل	۱۵۴/۲	۶/۸۰	۱۵۶/۶	۷/۰۱	۶/۹۸
کارکردهای	گروه مداخله	۱۸۶/۹	۹/۹۹	۱۷۴/۳	۸/۸۸	۹/۰۱
اجرایی	گروه کنترل	۱۸۵/۳	۸/۸۸	۱۸۴/۶	۸/۲۳	۸/۶۵

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه مداخله بر عملکرد خواندن در مقایسه با پیش‌آزمون بهبود یافته است، اما روند میانگین نمرات گروه گواه تقریباً ثابت بوده است که این به نوعی نشان می‌دهد که مداخله درمان بر عملکرد خواندن مؤثر هستند.

همچنین باتوجه به یافته‌های جدول فوق میانگین کارکردهای اجرایی در بین دو گروه مورد مطالعه در پیش‌آزمون تفاوت چندانی دیده نمی‌شود، اما بعد از مداخله گروه‌های مداخله تفاوت چشمگیری را نسبت به گروه گواه در مقایسه با قبل از مداخله نشان می‌دهند، همچنین این تفاوت در مرحله پیگیری نیز قابل‌مشاهده است (لازم به ذکر است نمرات پایین نشان دهنده بهبود کارکردهای اجرایی است).

به‌منظور بررسی نرمال بودن متغیرهای موجود در این پژوهش برای به‌کارگیری آزمون مناسب از آزمون شاپیرو ویلک استفاده گردید که سطح معنی‌داری برای زیر مؤلفه‌ها در این پژوهش بیشتر از ۰/۰۵ بود.

روش بازی درمانی شناختی - رفتاری بر بهبود عملکرد خواندن دانش آموزان نارساخوان مقطع ابتدایی اثربخش است. جهت بررسی تقارن مرکب ماتریس کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد که محاسبات مربوط به آن در جدول زیر منعکس شده است:

**جدول ۳.** خلاصه آزمون باکس جهت بررسی تقارن ماتریس کوواریانس

آماره باکس	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۱۰/۷	۱/۵۸	۶	۵۶۸۰/۳	۰/۱۴۶
۴۴/۳	۶/۵۲	۶	۵۳۸۳/۴	۰/۰۰۱

چنان که جدول شماره ۳، نشان می‌دهد، در عملکرد خواندن سطح معنی‌داری میزان F به‌دست‌آمده بیشتر از ۰/۰۵ است. این نتیجه بدان معنی است که فرض همگنی ماتریس کوواریانس مورد تأیید قرار می‌گیرد و در کارکردهای اجرایی سطح معنی‌داری میزان F به‌دست‌آمده کمتر از ۰/۰۵ است. این نتیجه بدان معنی است که فرض همگنی ماتریس کوواریانس مورد تأیید قرار نمی‌گیرد ولی با توجه به برابری تعداد گروه‌ها می‌توان از این فرض چشم‌پوشی کرد.

## جدول ۴. آزمون کرویت ماچلی

سطح معناداری	درجه آزادی	توزیع X2	آماره ماچلی	معمکرد خواندن
۰/۰۰۱	۲	۳۲/۷	۰/۲۹۷	
۰/۰۰۱	۲	۴۲/۰۴	۰/۲۱۱	کارکردهای اجرایی

اگر معناداری در آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ باشد، به‌طورمعمول از آزمون فرض کرویت و در صورت عدم تائید از آزمون محافظه‌کارانه‌ای چون گرین هاوس گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده می‌شود. در جدول شماره ۴ نتایج پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون ماچلی تائید نشده پس باید از گرین هاوس گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده کرد.

## جدول ۵. خلاصه آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس عملکرد خواندن

اندازه‌ها	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
پیش آزمون	۴/۱۱	۱	۲۸	۰/۰۵۲
عملکرد خواندن	۰/۰۲۷	۱	۲۸	۰/۸۷۲
پیگیری	۰/۰۲	۱	۲۸	۰/۸۸۷
پیش‌آزمون	۰/۴۴۹	۱	۲۸	۰/۵۰۸
کارکردهای اجرایی	۰/۰۲۸	۱	۲۸	۰/۸۶۷
پیگیری	۰/۰۱۴	۱	۲۸	۰/۹۰۶

سطح معنی‌داری F در همه مراحل اندازه‌گیری یعنی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری عملکرد خواندن برقرار است و سطح معنی‌داری F تنها در پیگیری متغیر کارکردهای اجرایی برقرار است ( $P > ۰/۰۵$ ).

## جدول ۶. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) در گروه‌های مورد پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی		سطح معنی‌داری	مجذور اتا
			۱	۲		
آزمون پیلایی	۰/۸۴۴	۷۲/۹	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴۴
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۵۶	۷۲/۹	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴۴
آزمون اثر هتلینگ	۵/۴۰	۷۲/۹	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴۴
آزمون بزرگترین ریشه روی	۵/۴۰	۷۲/۹	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴۴
آزمون پیلایی	۰/۷۰۶	۳۲/۳	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰۶
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۹۴	۳۲/۳	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰۶
آزمون اثر هتلینگ	۲/۳۹	۳۲/۳	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰۶

عامل \* گروه

کارکردهای  
اجرایی  
عامل \* گروه



آزمون بزرگترین ریشه ۲/۳۹ ۳۲/۳ ۲ ۲۷ ۰/۰۰۱ ۰/۷۰۶  
روی

چنانکه اطلاعات جدول شماره ۶، نشان می دهد، با کنترل اثر پیش‌آزمون‌های متغیرهای عملکرد خواندن و کارکردهای اجرایی، شاخص لاندای ویلکز در سطح ۰/۰۱ معنی دار است: عملکرد خواندن:  $(Wilks\ Lambda = 0/156, F=72/9, P=0/001)$ . کارکردهای اجرایی:  $(\eta^2=0/844, Wilks\ Lambda = 0/294, F=32/3, P=0/001, \eta^2=0/706)$ . به عبارت دیگر می‌توان ادعا کرد که در متغیر عملکرد خواندن بین گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین مجذور سهمی آتا حامی از آن است که ۸۴/۴ درصد و کارکردهای اجرایی ۷۰/۶ درصد از تغییرات همزمان متغیرهای وابسته مرتبط به گروه آزمایش است.

#### جدول ۷. خلاصه آزمون تحلیل واریانس ساده اثرات درون‌گروهی و برون‌گروهی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
بین گروه	۲۰۹۲/۸	۱	۲۰۹۲/۸	۴۴/۵	۰/۰۰۱	۰/۶۱۴
خطا	۱۳۱۵/۶	۲۸	۴۶/۹			
عامل	۷۲۸/۸	۱/۰۶	۶۸۵/۱	۱۴۵/۳		
درون گروه	۷۱۶/۸	۱/۰۶	۶۷۳/۸	۱۴۳/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۸۳۶
خطا (عامل)	۱۴۰/۳	۲۹/۷	۴/۷۱			
بین گروه	۹۲۵/۷	۱	۹۲۵/۷	۱۵/۴	۰/۰۰۱	۰/۳۵۵
خطا	۱۶۷۹/۶	۲۸	۵۹/۹			
عامل	۹۱۴/۹	۱/۱۱	۸۱۸/۵	۱۰۲/۹	۰/۰۰۱	۰/۷۸۶
درون گروه	۵۵۷/۹	۱/۱۱	۴۹۹/۱	۶۲/۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹۲
خطا (عامل)	۲۴۸/۸	۳۱/۲	۷/۹۵			

نتایج ساده تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر درون‌موردی بر مبنای گرین‌هاوس‌گیسر، نشان می‌دهد که اثر اصلی عامل عملکرد خواندن در سطح ۰/۰۱ معنی دار است  $(Greenhouse-Geisser = 72/8, F=145/3, P=0/001)$  این نتیجه بدان معنی است که بین نمره عامل‌ها (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) عملکرد خواندن بدون در نظر گرفتن گروه، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثر تعاملی گروه با عامل (مراحل اندازه‌گیری) در سطح ۰/۰۱ معنی دار است  $(F=143/001, P=0/001)$ . همچنین، اثر اصلی عامل کارکردهای اجرایی در سطح ۰/۰۱ معنی دار است  $(Greenhouse-Geisser = 716/8, P=0/001)$ . این نتیجه بدان معنی است که بین نمره عامل‌ها (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) کارکردهای اجرایی بدون در نظر گرفتن گروه، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثر تعاملی گروه با عامل (مراحل اندازه‌گیری) در سطح ۰/۰۱ معنی دار است  $(Greenhouse-Geisser = 557/9, F=62/7, P=0/001)$ . به عبارت دیگر حداقل بین دو مرحله از مراحل عملکرد خواندن و کارکردهای اجرایی بین گروه‌های مداخله و کنترل، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین به‌منظور بررسی اینکه تفاوت‌ها مربوط به کدام‌یک از مراحل اندازه‌گیری در گروه‌هاست، از آزمون مقابله‌ای یا دوبه‌دوی درون‌آزمودنی استفاده شد که خلاصه نتایج آن در جدول شماره ۸ نشان داده شده است.

جدول ۸. آزمون مقابله‌ای درون آزمودنی عملکرد خواندن در اندازه‌گیری‌های مکرر

منبع تغییرات	مقایسه‌های دوبه‌دو	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
عامل	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۴۹۳/۰۶	۱	۴۹۳/۰۶	۱۴۴/۳	۰/۰۰۱	۰/۸۳۸
	پس‌آزمون - پیگیری	۲۳۵/۷	۱	۲۳۵/۷	۱۴۷/۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴۱
عامل*گروه	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۵۱۶/۲	۱	۵۱۶/۲	۱۵۱/۱	۰/۰۰۱	۰/۸۴۴
	پس‌آزمون - پیگیری	۲۰۰/۵	۱	۲۰۰/۵	۱۲۵/۶	۰/۰۰۱	۰/۸۱۸
خطا	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۹۵/۶	۲۸	۳/۴۱			
	پس‌آزمون - پیگیری	۴۴/۶	۲۸	۱/۵۹			
عامل	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۶۱۲/۸	۱	۶۱۲/۸	۹۹/۴	۰/۰۰۱	۰/۷۸۰
	پس‌آزمون - پیگیری	۳۰۲/۰۸	۱	۳۰۲/۰۸	۱۱۰/۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹۸
عامل*گروه	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۳۸۷/۴	۱	۳۸۷/۴	۶۲/۹	۰/۰۰۱	۰/۶۹۲
	پس‌آزمون - پیگیری	۱۷۰/۵	۱	۱۷۰/۵	۶۲/۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹۱
خطا	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱۷۲/۴	۲۸	۶/۱۶			
	پس‌آزمون - پیگیری	۷۶/۳	۲۸	۲/۷۲			

بر اساس اطلاعات جدول ۸، اثر اصلی عامل متغیر عملکرد خواندن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنی‌دار است ( $P=۰/۰۰۱$ )، از طرفی اثر تعاملی عامل و گروه معنی‌دار می‌باشد ( $F=۱۴۴/۳$ )، مقایسه میانگین‌ها در اطلاعات نیز نشان می‌دهد نمره عملکرد خواندن در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون بهبود نشان می‌دهد، یعنی بازی درمانی شناختی رفتاری در بهبود عملکرد خواندن در گروه مداخله مؤثر بوده است. همچنین نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد اثر اصلی پس‌آزمون و پیگیری در سطح  $۰/۰۱$  معنی‌دار است ( $F=۱۴۷/۷$ )،  $P=۰/۰۰۱$  و  $F$  به دست آمده مربوط پس‌آزمون و پیگیری با در نظر گرفتن گروه نیز، در سطح  $۰/۰۱$  معنی‌دار می‌باشد ( $F=۱۲۵/۶$ )،  $P=۰/۰۰۱$ . یعنی اختلاف نمره پیگیری و پس‌آزمون در دو گروه مداخله و گروه کنترل معنی‌داری است. بنابراین با توجه به این نتایج می‌توان گفت بازی درمانی شناختی- رفتاری به صورت پایدار بر بهبود عملکرد خواندن مؤثر است. نتایج بالا به خوبی در نمودار زیر نیز نشان داده شده است. چنانکه ملاحظه می‌شود، نمرات عملکرد خواندن گروه مداخله در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون بهبود چشم‌گیری داشته است، اما بهبود نمرات گروه گواه در پیگیری ناچیز است، در حالی که نمرات گروه آزمایش پس از گذشت زمان با ماندگاری روبرو بوده است.

همچنین، اثر اصلی متغیر کارکردهای اجرایی عامل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنی‌دار است ( $F=۹۹/۴$ )،  $P=۰/۰۰۱$  از طرفی

اثر تعاملی عامل و گروه معنی‌دار می‌باشد ( $F=۶۲/۹$ ,  $P=۰/۰۰۱$ )، مقایسه میانگین‌ها در اطلاعات جدول ۴-۳۰ نیز نشان می‌دهد نمره کارکردهای اجرایی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون بهبود نشان می‌دهد، یعنی بازی درمانی شناختی رفتاری در گروه مداخله مؤثر بوده است. همچنین نتایج جدول ۴-۳۰ نشان می‌دهد اثر اصلی پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است ( $F=۱۱۰/۷$ ,  $P=۰/۰۰۱$ ) و  $F$  به‌دست‌آمده مربوط پس‌آزمون و پیگیری با در نظر گرفتن گروه نیز، در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد ( $F=۶۲/۵$ ,  $P=۰/۰۰۱$ )، یعنی اختلاف نمره پیگیری و پس‌آزمون در دو گروه مداخله و گروه کنترل معنی‌داری است، بنابراین با توجه به این نتایج می‌توان گفت بازی درمانی شناختی رفتاری بر بهبود کارکردهای اجرایی مؤثر است. نتایج بالا به‌خوبی در نمودار زیر نیز نشان داده شده است. چنانکه ملاحظه می‌شود، نمرات کارکردهای اجرایی گروه مداخله در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون بهبود چشم‌گیری داشته است، اما در نمرات گروه گواه در پیگیری تفاوتی چندانی نداشته است، درحالی‌که نمرات گروه آزمایش پس از گذشت زمان با ماندگاری روبرو بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری:

یافته به دست آمده از فرضیه فوق نشان داد بازی درمانی شناختی-رفتاری بر بهبود عملکرد خواندن دانش‌آموزان نارساخوان در مقایسه با گروه گواه مؤثر است. به عبارت دیگر بازی درمانی شناختی-رفتاری موجب افزایش و بهبود عملکرد خواندن دانش‌آموزان نارساخوان شده است؛ و این افزایش عملکرد تا مرحله پیگیری یکماهه نیز تداوم داشت. این یافته با نتایج پژوهش راسیمین و تولان (۳۷) همسو و در راستای نتایج پژوهش لواسانی و همکاران (۳۸) می‌باشد.

بازی‌درمانی یکی از مهم‌ترین شیوه‌هایی است که اغلب روانشناسان بالینی، روان تحلیل‌گران و مشاوران برای درمان مشکلات کودکان به کار می‌برند. بازی‌درمانی روشی است که به وسیله آن، ابزار طبیعی بیان حالت کودک، یعنی بازی، به عنوان روش درمانی وی به کار گرفته می‌شود تا به کودک کمک کند فشارهای احساسی خویش را تحت کنترل قرار دهد. در حقیقت بازی در درمان کودکان یک وسیله و ابزار ارتباطی است که با کلمات یعنی وسیله ارتباط بزرگسالان قابل مقایسه است. انواع بازی و اسباب بازی، کلمات کودکان هستند و اگر آن‌ها به دقت انتخاب شوند، می‌توانند فرصتی برای کودکان فراهم آورند تا احساسات و مشکلات خود را همان گونه که تجربه کرده‌اند بیان دارند. درمانگرانی که از بازی‌درمانی استفاده می‌کنند، معتقدند این روش به کودک اجازه می‌دهد جهان را در مقیاسی کوچک‌تر با دستان خود بسازد و تحت نفوذ خود درآورد، کاری که در محیط پیرامون هر روز کودک امکان پذیر نیست (۲۷).

در روش بازی درمانی شناختی رفتاری بر نگرش‌های ناسازگارانه یا ناکارآمد تأکید می‌شود. در این روش، چنین فرض می‌شود که آن‌ها فاقد مهارت‌های رفتاری مناسب هستند یا باورها و محتویات شناختی، یا استعداد‌های حل مسأله از جهاتی آشفته و مختل می‌باشند. با در نظر داشتن این موضوع، برای درمانگران شناختی-رفتاری همواره سعی می‌کنند از طریق تسهیل کسب مهارت‌های رفتاری جدید و فراهم آوردن تجربیاتی که تغییر شناختی را تسهیل کند، به کودک و نوجوان کمک کنند. به این ترتیب، روند درمان برای سنجش دقیق عواملی شروع می‌شود که مشکل در عملکردهایی چون خواندن را ایجاد می‌کند، سپس روش‌هایی ارائه می‌شود که به منظور افزایش توانایی رفتاری و تعویض تفکر ناسازگارانه به تفکر سازگارانه طراحی شده است (۱۱)، (۱۳، ۱۹).

بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری سبب می‌شود کودکان آگاهی بیشتری نسبت به رفتارها و مشکلات خود پیدا کنند و راه‌های مناسب‌تری برای رفع مشکلات بیابند. با توجه به اینکه کودکان با اختلال نارساخوان در کنترل و پیش‌بینی رفتارها و واکنش‌های هیجانی خود از قبیل اضطراب و افسردگی با مشکل مواجه هستند، برای نظم‌بخشی و مدیریت رفتارهای خویش به

برنامه هدفمندی نیاز دارند که هم بر شناخت و تفکر توجه داشته باشد و هم به رفتار جهت دهد (۲۸).

در تبیین یافته به دست آمده می‌توان گفت: بازی درمانی شناختی-رفتاری به عنوان نوعی درمان روانشناختی بر مشارکت کودکان تأکید دارد و از بازی درمانی به عنوان یک الگو با افزودن تکنیک‌های شناختی و رفتاری استفاده می‌کند (۳۷) که می‌تواند به کودکان در زمینه کشف علایق خود و کسب احساس کنترل بر محیط و استفاده از حل مسئله در برخورد با مشکلات کمک کند، در مورد فرایند پختگی یا رشد، بازی می‌تواند به منظور رشد و توسعه مشکلات نارساخوانی استفاده شود که فرصت آگاهی یافتن از محیط را به کودک می‌دهد. هدف اولیه بازی درمانی شناختی-رفتاری شناسایی و تغییر افکار ناسازگار مرتبط با رفتارها و مشکلات هیجانی کودک است. درمانگران شناختی-رفتاری، فعالیت‌های بازی را به عنوان وسیله‌ای که نمایانگر احساسات ناهشیار است تفسیر نمی‌کنند، بلکه در هنگام بازی کودکان از راهبردهای تغییر و اصلاح رفتار بهره می‌گیرند تا رفتارهای سازگاران آنها را تقویت نموده یا از موقعیت‌های بازی استفاده نمایند (۳۸) و مشکلات ناشی از نارساخوانی به ویژه عملکرد خواندن را بهبود بخشند. همچنین شاید بتوان دلیل اثربخش بودن بازی درمانی شناختی-رفتاری را پذیرش کاستی در برخی زمینه‌های تحصیلی و تلاش در جهت تقویت برخی توانایی‌ها دانست (۱۱، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹).

یافته به دست آمده نشان داد بازی درمانی شناختی-رفتاری بر بهبود کارکردهای اجرایی دانش‌آموزان نارساخوان در مقایسه با گروه گواه مؤثر است. به عبارت دیگر بازی درمانی شناختی-رفتاری موجب افزایش و بهبود کارکردهای اجرایی دانش‌آموزان نارساخوان شده است؛ و این افزایش کارکرد تا مرحله پیگیری یکماهه نیز تداوم داشت. این یافته با نتایج پژوهش تقی‌زاده هیر و همکاران (۳۹) و پیرعباسی و صفرزاده (۴۰) همسو است.

در تبیین یافته به دست آمده می‌توان گفت: بازی یک روش صحیح و درست برای درمان کودک است، زیرا کودکان اغلب در بیان شفاهی احساساتشان با مشکل روبرو هستند. از طریق بازی، کودکان می‌توانند موانع را کاهش دهند و احساساتشان را بهتر نشان دهند. بدین ترتیب کودکان به واسطه بازی کردن می‌توانند طراحی کردن، سازماندهی کردن، تغییر مناسب و مؤثر رفتار، نظارت و خودتنظیمی هیجانی و رفتاری را تمرین کنند (۳۹). براساس نظر ویگوتسکی بازی از ابزارهای فرهنگی است که در ساخت و رشد ذهنی اهمیت بسزایی دارد و منبعی هدایت کننده برای رشد ذهنی کودکان در سنین پایین است. مونته نیز اینگونه استنباط نمود که احترام به کودک و قبول توانمندی‌های او و اجازه به او برای انجام بازی‌های مورد علاقه، می‌تواند به کودک کمک کند تا موانع درونی را کنار بزند و توانمندی‌های واقعی خود مثل خلاقیت را شکوفا کند (۴۰).

علاوه بر چهارچوب نظری، از پیشینه تجربی موجود در این زمینه نیز میتوان برای تبیین این یافته استفاده کرد؛ بر اساس نتایج پژوهش آویو و همکاران (۴۱)، می‌توان این یافته پژوهشی را اینگونه تبیین کرد که بازی توانست به کمک تقویت اعتماد به نفس کودکان شرکت کننده در بازی، سطح توانمندی در کارکردهای اجرایی آنان را بالا ببرد. در مجموع می‌توان برای این یافته اینگونه نتیجه‌گیری کرد که بازی می‌تواند با ایجاد آرامش برای کودکان و دادن خودمختاری به آنان برای تنظیم فعالیت‌های خود و بر اساس توانمندی‌های خویش، موانع درونی را کنار بزند و موجبات آرامش روحی برای کودکان را فراهم آورد. آرامش ایجاد شده در کنار تخلیه هیجانات منفی که جزء موانع مهم و جدی در آشکارسازی توانمندی‌های بالقوه کودک است، می‌تواند موجب تمرکز انرژی‌های کودک در انجام کنش‌های مهم روانی و شناختی که کارکردهای اجرایی هم بخشی از آنهاست، گردد. با کمک اعتمادبه نفس بالای ایجاد شده و توان تعامل کسب شده در نتیجه بازی، زمینه لازم برای ایجاد حداکثر ظرفیت بهره‌برداری، از مهارتهایی همچون توجه، برنامه‌ریزی، سازماندهی، حل مسئله و خلاقیت برای این نوع کودکان فراهم می‌آید.

بازی وسیله بیان و ارتباط است و به عقیده برخی از پژوهشگران بخش مهمی از هر فرآیند درمانگری را تشکیل می‌دهد فرد در بازی، تجارب ناخوشایندی را بارها تکرار کرده و از این طریق فعالانه بر آن تسلط می‌یابد. بازی، امکان مواجه با نیازهای هیجانی، شک‌ها و تردیدها را به کودک می‌دهد و فرصت یافتن راه‌هایی برای سازگاری با شرایط جدید را برای او فراهم می‌آورد. بازی درمانی

یکی از روش‌های مؤثر در درمان مشکلات رفتاری و روانی افراد است بازی باعث تقویت رشد اجتماعی می‌شود. تجربه بازی درمانی بدان سبب درمانی است که باعث پیدایش ارتباطی ایمن بین فرد و دیگران می‌شود، به گونه‌ای که فرد، آزادی و امکان بیان خویش را به شیوه‌ی خود یعنی کاملاً به همان حالتی که هست، به همان شیوه‌ی خاص خود و در زمان خود پیدا می‌کند (۱۱)، (۱۳). بر اساس پژوهش لوئیک و اسکانلون (۱۴)، می‌توان گفت که بازی و موفقیت‌های حاصل از آن می‌تواند عنصر انگیزش درونی را به موقعیت یادگیری اضافه نماید و این امر می‌تواند در تمرکز و علاقه‌مندی بر تکالیف و به تبع آن بهبود و افزایش توانمندی در کارکردهای اجرایی نقش بسزایی داشته باشد.

**محدودیت‌های پژوهش:** با توجه به اینکه یکی از محدودیت‌های این پژوهش این بود که روی دانش‌آموزان نارساخوان اجرا شده است پیشنهاد می‌شود که روی سایر اختلالات یادگیری نیز این پژوهش اجرا شود.

**کاربرد پژوهش:** به منظور بررسی دقیق‌تر اثر بخشی این رویکرد پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح‌هایی با کنترل و جایگزینی تصادفی استفاده شود و زیرگروه‌های بیماران مد نظر قرار گیرد. اثربخشی این رویکرد با رویکردهای دیگر مقایسه شود. دوره طولانی‌تر پیگیری در نظر گرفته شود، اثر بخشی این رویکرد در بیماریهای مختلف نیز مطالعه گردد.

**ملاحظات اخلاقی:** این پژوهش برگرفته از رساله دکتری و با کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1399.071 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی – واحد کرج به تصویب رسیده است. معیارهای اخلاقی شامل کسب رضایت نامه کتبی از والدین دانش‌آموزان شرکت کننده در پژوهش، رعایت اصل اختیار شرکت کنندگان و والدین آنها برای شرکت در پژوهش، حفظ حریم خصوصی شرکت کنندگان و انتشار صادقانه نتایج رعایت شده است.

**تضاد منافع:** در این پژوهش هیچگونه تعارض منافی در آن وجود ندارد و سهم نویسندگان به ترتیب اسامی آنها در مقاله ذکر شده است.

**تشکر و قدردانی:** از تمامی کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

**حمایت مالی:** این پژوهش با هزینه شخصی نویسنده اول انجام شده است.

## References

1. Kohli A, Sharma S, Padhy SK. Specific Learning Disabilities: Issues that Remain Unanswered. *Indian J Psychol Med.* 2018 Sep-Oct; 40(5): 399-405. doi: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM\_86\_18. PMID: 30275613; PMCID: PMC6149300.
2. Massoodi A, Moudi S, Malekiamiri M, Ahangar HG. Comparison of self-esteem and quality of life in 8-12-year-old children with ADHD with and without learning disorders. *BMC Psychol.* 2024 Apr 20;12(1):218. doi: 10.1186/s40359-024-01732-7. PMID: 38643160; PMCID: PMC11031957.
3. Alderson E, Lally S, Campbell M. Transition for adolescents with learning disabilities and an immunodeficiency. *Front Immunol.* 2023 Sep 13;14:1211872. doi: 10.3389/fimmu.2023.1211872. PMID: 37781398; PMCID: PMC10533907.
4. Van der Molen MW, Snellings P, Aravena S, Fraga González G, Zeguers MHT, Verwimp C, Tijms J. Dyslexia, the Amsterdam Way. *Behav Sci (Basel).* 2024 Jan 19;14(1):72. doi: 10.3390/bs14010072. PMID: 38275355; PMCID: PMC10813111.

5. Tiengsomboon U, Luvira V. Family support for children with learning disabilities to attain good academic performance: A qualitative study. *Malays Fam Physician*. 2024 Apr 24;19:25. doi: 10.51866/oa.529. PMID: 38725612; PMCID: PMC11081768.
6. Tószegi C, Zsido AN, Lábadi B. Associations between Executive Functions and Sensorimotor Performance in Children at Risk for Learning Disabilities. *Occup Ther Int*. 2023 Sep 21;2023:6676477. doi: 10.1155/2023/6676477. PMID: 37781444; PMCID: PMC10539086.
7. Kuriakose A, Amaresha AC. Experiences of Students with Learning Disabilities in Higher Education: A Scoping Review. *Indian J Psychol Med*. 2024 May;46(3):196-207. doi: 10.1177/02537176231200912. Epub 2023 Dec 8. PMID: 38699764; PMCID: PMC11062313.
8. Jebakumar D, Marconi S, Kattula D, Priscilla RA. Knowledge of schoolteachers on learning disabilities in urban Vellore - A cross-sectional study. *J Family Med Prim Care*. 2023 Aug;12(8):1582-1587. doi: 10.4103/jfmpe.jfmpe\_2018\_22. Epub 2023 Aug 29. PMID: 37767410; PMCID: PMC10521813.
9. Bhushan S, Arunkumar S, Eisa TAE, Nasser M, Singh AK, Kumar P. AI-Enhanced Dyscalculia Screening: A Survey of Methods and Applications for Children. *Diagnostics (Basel)*. 2024 Jul 5;14(13):1441. doi: 10.3390/diagnostics14131441. PMID: 39001330; PMCID: PMC11241753.
10. Strock A, Mistry PK, Menon V. Digital twins for understanding mechanisms of learning disabilities: Personalized deep neural networks reveal impact of neuronal hyperexcitability. *bioRxiv [Preprint]*. 2024 May 2:2024.04.29.591409. doi: 10.1101/2024.04.29.591409. PMID: 38746231; PMCID: PMC11092492.
11. Mpofo J, Sefotho MM. Challenges of competency-based curriculum in teaching learners with learning disabilities. *Afr J Disabil*. 2024 Mar 4;13:1268. doi: 10.4102/ajod.v13i0.1268. PMID: 38628957; PMCID: PMC11019064.
12. Calcaterra V, Schneider L, Baresi S, Bodini F, Bona F, Chillemi C, De Silvestri A, Zanelli S, Zuccotti G. Specific Learning Disorders in Children and Adolescents with Obesity. *Children (Basel)*. 2023 Sep 24;10(10):1595. doi: 10.3390/children10101595. PMID: 37892258; PMCID: PMC10605066.
13. Rao PS, Pandey MK, Mishra P, Deshmukh S, Jahan M, Manohar J S. Is Training Working Memory in Children with Learning Disabilities a Viable Solution? A Systematic Review. *Ann Neurosci*. 2024 Apr;31(2):124-131. doi: 10.1177/09727531231198639. Epub 2023 Oct 13. PMID: 38694713; PMCID: PMC11060126.
14. Leishman E, Quilgars D, Abbott D, Clark S, Cooper B, Pollin A, Hodgkins S, Scarrott P. Working collaboratively with an online advisory group of people with learning disabilities in covid-times: carrier pigeons, cats and drones. *Res Involv Engagem*. 2023 Sep 9;9(1):79. doi: 10.1186/s40900-023-00494-7. PMID: 37689791; PMCID: PMC10492396.

15. Liu F, Chi X, Yu D. Reduced inhibition control ability in children with ADHD due to coexisting learning disorders: an fNIRS study. *Front Psychiatry*. 2024 May 8; 15: 1326341. doi: 10.3389/fpsyt.2024.1326341. PMID: 38832323; PMCID: PMC11146205.
16. Kumar MA, G S. Effectiveness of Interoceptive Programs to Improve Academic Self-Regulation and Reduce Behavioral Problems Among Children With Learning Disabilities. *Cureus*. 2024 Jun 6; 16(6): e61816. doi: 10.7759/cureus.61816. PMID: 38975505; PMCID: PMC11227290.
17. Goodwin EC, Pais D, He J, Gin LE, Brownell SE. Perspectives from Undergraduate Life Sciences Faculty: Are We Equipped to Effectively Accommodate Students With Disabilities in Our Classrooms? *CBE Life Sci Educ*. 2024 Jun;23(2):ar18. doi: 10.1187/cbe.23-05-0094. PMID: 38620006; PMCID: PMC11235119.
18. Trotta E, Serio G, Monacis L, Carlucci L, Marinelli CV, Petito A, Celia G, Bonvino A, Calvio A, Stallone R, Esposito C, Fantinelli S, Sulla F, Di Fuccio R, Salvatore G, Quarto T, Palladino P. The effects of the COVID-19 pandemic on Italian primary school children's learning: A systematic review through a psycho-social lens. *PLoS One*. 2024 Jun 14;19(6):e0303991. doi: 10.1371/journal.pone.0303991. PMID: 38875255; PMCID: PMC11178219.
19. Martín-Ruiz I, González-Valenzuela MJ, Infante-Cañete L. Emotional Adjustment among Adolescent Students with and without Specific Learning Disabilities. *Children (Basel)*. 2023 Dec 11;10(12):1911. doi: 10.3390/children10121911. PMID: 38136113; PMCID: PMC10742324.
20. Iaiá M, Vizzi F, Carlino MD, Turi M, Marinelli CV, Angelelli P. Specific learning disabilities and associated emotional-motivational profiles: a study in Italian university students. *Front Psychol*. 2024 Jul 26; 15: 1365980. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1365980. PMCID: PMC11337615.
21. Gaab N, Duggan N. Leveraging brain science for impactful advocacy and policymaking: The synergistic partnership between developmental cognitive neuroscientists and a parent-led grassroots movement to drive dyslexia prevention policy and legislation. *Dev Cogn Neurosci*. 2024 Apr; 66: 101376. doi: 10.1016/j.dcn.2024.101376. Epub 2024 Apr 7. PMID: 38608358; PMCID: PMC11019101.
22. Hongyao HE, Chun JI, Xiaoyan G, Fangfang L, Jing Z, Lin Z, Pengxiang Z, Zengchun L. Associative gene networks reveal novel candidates important for ADHD and dyslexia comorbidity. *BMC Med Genomics*. 2023 Sep 4; 16(1):208. doi: 10.1186/s12920-023-01502-1. PMID: 37667328; PMCID: PMC10478365.
23. Turker S, Kuhnke P, Jiang Z, Hartwigsen G. Disrupted network interactions serve as a neural marker of dyslexia. *Commun Biol*. 2023 Nov 3; 6(1):1114. doi: 10.1038/s42003-023-05499-2. PMID: 37923809; PMCID: PMC10624919.

24. Lasnick OHM, Hoelt F. Sensory temporal sampling in time: an integrated model of the TSF and neural noise hypothesis as an etiological pathway for dyslexia. *Front Hum Neurosci.* 2024 Jan 3;17:1294941. doi: 10.3389/fnhum.2023.1294941. PMID: 38234592; PMCID: PMC10792016.
25. Moulton MH, Eide BL. Information from Noise: Measuring Dyslexia Risk Using Rasch-like Matrix Factorization with a Procedure for Equating Instruments. *Entropy (Basel).* 2023 Nov 24;25(12):1580. doi: 10.3390/e25121580. PMID: 38136460; PMCID: PMC10742921.
26. Araújo J, Simons BD, Peter V, Mandke K, Kalashnikova M, Macfarlane A, Gabrielczyk F, Wilson A, Di Liberto GM, Burnham D, Goswami U. Atypical low-frequency cortical encoding of speech identifies children with developmental dyslexia. *Front Hum Neurosci.* 2024 Jun 7;18:1403677. doi: 10.3389/fnhum.2024.1403677. PMID: 38911229; PMCID: PMC11190370.
27. Yang Y, Zheng T, Tang Q, Xiang B, Yang M, Zeng J, Zhou F, Xie X. Developmental dyslexia genes are selectively targeted by diverse environmental pollutants. *BMC Psychiatry.* 2024 Jul 17;24(1):509. doi: 10.1186/s12888-024-05952-4. PMID: 39020327; PMCID: PMC11256705.
28. Otani VHO, Novaes RACB, Pedron J, Nabhan PC, Rodrigues TM, Chiba R, Guedes JVC, Marques LM, Vissoci JRN. Framework proposal for Role-Playing Games as mental health intervention: the Critical Skills methodology. *Front Psychiatry.* 2024 Apr 25;15:1297332. doi: 10.3389/fpsy.2024.1297332. PMID: 38726380; PMCID: PMC11079307.
29. Misurell JR, Springer C, Tryon WW. Game-based cognitive-behavioral therapy (GB-CBT) group program for children who have experienced sexual abuse: a preliminary investigation. *J Child Sex Abus.* 2011 Jan;20(1):14-36. doi: 10.1080/10538712.2011.540000. PMID: 21259145.
30. Tomoiagă C, David O. The Efficacy of Guided and Unguided Game-Based Cognitive-Behavioral Therapy in Reducing Distress in College Students. *Games Health J.* 2022 Sep 6. doi: 10.1089/g4h.2021.0195. Epub ahead of print. PMID: 36067336.
31. Zielhorst T, van den Brule D, Visch V, Melles M, van Tienhoven S, Sinkbaek H, Schrieken B, Tan ES, Lange A. Using a digital game for training desirable behavior in cognitive-behavioral therapy of burnout syndrome: a controlled study. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2015 Feb;18(2):101-11. doi: 10.1089/cyber.2013.0690. PMID: 25684611.
32. Springer C, Misurell JR, Hiller A. Game-based cognitive-behavioral therapy (GB-CBT) group program for children who have experienced sexual abuse: a three-month follow-up investigation. *J Child Sex Abus.* 2012;21(6):646-64. doi: 10.1080/10538712.2012.722592. PMID: 23194139.
33. Memisevic H. Factor structure of behavior rating inventory of executive functions in children with intellectual disability. *Acta Neuropsychol.* 2015; 25;13(2):137-44. DOI:10.5604/17307503.1168296.



34. Abdolmohamadi K, Alizadeh H, Farhad GS, Taiebli M, Fathi A. Psychometric properties of Behavioral Rating Scale of Executive Functions (BRIEF) in children aged 6 to 12. Quarterly of Educational measurement. 2017; 22;8(30):135-51. <https://doi.org/10.22054/jem.2018.24457.1596>.
35. Moradi A, Hosaini M, Kormi Nouri R, Hassani J, Parhoon H. Reliability and Validity of Reading and Dyslexia Test (NEMA). Advances in Cognitive Sciences 2016; 18 (1) :22-34. URL :<http://icssjournal.ir/article-1-409-fa.html>
36. Knell SM. Cognitive-behavioral play therapy. J Clin Child Psychol. 1998 Mar; 27(1): 28-33. doi: 10.1207/s15374424jccp2701\_3. PMID: 9561934.
37. Rasimin R, Yusra A. Efforts to Improve Reading Skills in Children with Dyslexia through Content Mastery Services Using Play Therapy Techniques at SDN 10/IV Jambi. SUJANA. Education and Learning Review. 2023; 1(1), 27-35.
38. Lavasani M, keramati H, Kadivar P. Effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on social adjustment and educational adaptability of students with reading disorder Journal of Learning Disabilities.2018; 7(3): 91-109. doi: 10.22098/jld.2018.629
39. Taghizadeh Hir S, Aghajani S, Khoshsorour S. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy (CBPT) on improving attention and planning in children with attention-deficit/ hyperactivity disorder ,Journal of School Psychology. 2023; 11(4): 16-29. doi: 10.22098/jsp.2023.2036
40. Pirabasi Z, Safarzadeh S. The Effectiveness of Group Play Therapy on Behavioral Problems and Memory Performance of Girl Primary School Students with Special Learning Disorder. IJPN 2018; 6 (2) :61-71 URL :<http://ijpn.ir/article-1-1083-fa.html>
41. Aviv TM, Katz YJ, Berant E. The Contribution of Therapeutic Horseback Riding to the Improvement of Executive Functions and Self-Esteem among Children with ADHD. J Atten Disord. 2021 Oct; 25(12):1743-1753. doi: 10.1177/1087054720925898. Epub 2020 Jun 8. PMID: 32508191.