

Research Paper

The Effectiveness of Play Therapy on Reading Performance, Adaptive Skills and Behavioral Problems in Students with Dyslexia



Roghayeh Karimi Lichahi*¹, Alma Azarian¹, Bahman Akbari²

1. Ph.D. Student in General psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

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

Citation: Karimi Lichahi R, Azarian A, Akbari B. The effectiveness of play therapy on reading performance, adaptive skills and behavioral problems in students with dyslexia. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2019; 6(3): 200-214.

<http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.6.3.18>

ARTICLE INFO

Keywords:

Dyslexia, play therapy, reading performance, adaptive skills, behavioral problems

Received: 22 Apr 2018

Accepted: 19 Aug 2018

Available: 9 Nov 2019

ABSTRACT

Background and Purpose: Dyslexia is one of the problems of students during their studies. This disorder has negative effects in various fields and impedes academic progress. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of play therapy on reading performance, adaptive skills and behavioral problems in students with dyslexia.

Method: The present study was a quasi-experimental with pretest-posttest design and control group. The statistical population consisted of all students with dyslexia in Rasht city in the academic year 2016-2017, among them 30 students were selected by convenient sampling method and randomly divided into the experimental and control groups. Data were collected using the *dyslexia test* (Karami-Nouri & Moradi, 2008), *Wechsler intelligence scale for children* (1974), and *social skills rating scale* (Gersham and Elliot, 1990). The intervention program was administered to the experimental group during 10 sessions for 2 months and the control group did not receive this intervention. Statistical analysis of covariance was used for data analysis.

Results: The results of covariance analysis showed that play therapy significantly improved the components of reading performance and adaptive skills as well as reducing behavioral problems in the experimental group ($P < 0.001$).

Conclusion: Based on the results of the present study, it can be concluded that play therapy provides an effective framework for further learning by linking perceptual skills with motor information and generalizing it to the environment.

* **Corresponding author:** Roghayeh Karimi Lichahi, Ph.D. Student in General psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.
E-mail addresses: Karimi.lichahi75@gmail.com

مقاله پژوهشی

اثربخشی بازی درمانی بر عملکرد خواندن، مهارت‌های سازشی و مشکلات رفتاری دانش‌آموزان نارساخوان

رقیه کریمی لیجاهی^{۱*}، آلما آذریان^۱، بهمن اکبری^۲

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی عمومی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

نارساخوانی،

بازی درمانی،

عملکرد خواندن،

مهارت‌های انطباقی،

مشکلات رفتاری

زمینه و هدف: نارساخوانی یکی از مشکلات دانش‌آموزان در دوران تحصیل است. این اختلال در زمینه‌های مختلف، تأثیرات منفی بر جای می‌گذارد و مانع پیشرفت تحصیلی می‌شود. هدف این پژوهش، اثربخشی بازی درمانی بر عملکرد خواندن، مهارت‌های انطباقی و مشکلات رفتاری دانش‌آموزان نارساخوان بود.

روش: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان نارساخوان پایه دوم ابتدایی شهر رشت در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ بود که از بین آنها، ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب، و بر حسب شرایط ورود به پژوهش به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از آزمون نارساخوانی کرمی نوری و مرادی (۱۳۸۴)، مقیاس هوشی و کسلر کودکان (۱۹۷۴)، و مقیاس درجه‌بندی مهارت اجتماعی گرشام و الیوت (۱۹۹۰) استفاده شد. برنامه مداخله بازی درمانی در طول ۱۰ جلسه به مدت ۲ ماه بر روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه گواه این مداخله را دریافت نکرده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بازی درمانی بر بهبود مؤلفه‌های عملکرد خواندن و مهارت‌های انطباقی و همچنین کاهش مشکلات رفتاری در گروه آزمایش به طور معنی‌دار مؤثر بوده است ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت که بازی درمانی از طریق برقراری پیوند میان اطلاعات ادراکی و حرکتی و تعمیم دادن آنها به محیط اطراف خود، چهارچوبی مؤثر برای یادگیری‌های بیشتر فراهم می‌سازد.

دریافت شده: ۹۷/۰۲/۰۲

پذیرفته شده: ۹۷/۰۵/۲۸

منتشر شده: ۹۸/۰۸/۱۸

* نویسنده مسئول: رقیه کریمی لیجاهی، دانشجوی دکترای روان‌شناسی عمومی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

رایانامه: Karimi.lichahi75@gmail.com

تلفن تماس: ۰۱۳- ۳۳۴۲۳۳۰۸

مقدمه

رایج ترین نوع ناتوانی در حیطه آموزش ویژه، اختلال یادگیری خاص^۱ است که نوعی اختلالی عصبی تحولی است و منشأ زیستی دارد یعنی پایه و اساس ناهنجاری های موجود در سطح شناختی و نشانه های رفتاری اختلال، زیربنای زیستی عصبی دارد. همچنین شایع ترین نوع ناتوانی های یادگیری خاص، نارساخوانی^۲ است که ویژگی اصلی آن، این است که فرد در درست خواندن، سریع خواندن، و درک مطلب مشکل دارد و با سن تقویمی، هوش بهر و شرایط تحصیلی مطابقت ندارد. کودک مبتلا به نارساخوانی کلمات را تحریف می کند، به جای یکدیگر به کار می برد و یا کلاً نمی خواند و صرفاً مقداری از مطلب خوانده شده را می فهمد (۱). بنا به تعریف انجمن نارساخوانی انگلستان^۳ نارساخوانی به مشکلاتی در صحت و روانی خواندن و هجی کردن کلمات مربوط می شود. این اختلال همچنین به عنوان اختلالی در کودکان تعریف می شود که کودک با وجود برخورداری از آموزش های مناسب و سطح هوشی بهنجار، در زمینه مهارت های زبانی خواندن، نوشتن، و هجی کردن ناموفق است (۲). در سال های اخیر توجه به مسائل و مشکلات رفتاری^۴ کودکان به عنوان یکی از موضوعات عمده روان پزشکی و روان شناسی افزایش یافته است؛ زیرا از یک سو کودکان قست عمده ای از جمعیت هر جامعه را تشکیل می دهند و از سوی دیگر، بسیاری از کودکان در سال های نخستین کودکی دارای مشکلات عاطفی و رفتاری هستند که نه تنها به سادگی از آن عبور نمی کنند، که ممکن است مشکلاتشان تا دوران بلوغ و حتی بزرگسال نیز تداوم یابد (۳). مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان که به طور معمول همبستگی زیادی با اختلال های یادگیری خاص دارند در اصل به دو گروه اصلی مشکلات درون نمود و برون نمود^۵ تقسیم می شوند. مشکلات برون نمود معطوف به محیط بیرون و مشتمل بر رفتارهایی مانند برون ریزی، ستیزه جویی و نافرمانی؛ و مشکلات درون نمود بیشتر معطوف به درون و مشتمل بر گوشه گیری، افسردگی و اضطراب هستند. علاوه بر این معمولاً کودکان از خود رفتارهایی (از جمله: مشکلات خواب، تغذیه، و مشکلات مربوط به آداب توال

رفتن) نشان می دهند که در هیچ یک از این دو گروه قرار نمی گیرد. مشکلات برون نمود در چهارچوب سه اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی^۶، اختلال نافرمانی مقابله ای^۷، و اختلال رفتار هنجاری^۸ تشخیص داده می شوند (۴). این اختلالات احتمال پیامدهای منفی در زندگی آتی کودک را افزایش می دهند. مجرمیت، مشکلات جسمانی، روان شناختی، دشواری در سازش یافتگی های مربوط به زندگی زناشویی و شغلی، و بروز اختلال های یادگیری خاص در سنین مختلف، از دیگر مشکلات این گروه محسوب می شود. این کودکان نشانه های اختلال رفتاری برون نمود را در طی زمان نشان می دهند. لازم به ذکر است که اشکال زودرس نشانه های مشکلات برون نمود که از دومین سال زندگی قابل مشاهده اند به صورت بی قراری، گریه زیاد، و لجبازی ظاهر می شوند (۵) که در همین سنین می توان اختلال های رفتاری و یادگیری آینده را ردیابی کرد.

یکی از مشکلات عمده کودکان با اختلال های یادگیری خاص، ناتوانی در سازش با موقعیت ها و شرایط مختلف زندگی است. هر کودکی از ابتدای زندگی برای رفع نیازهایش باید رفتارهایی متناسب با محیط خود را بروز دهد؛ بدین ترتیب یادگیری رفتارهای انطباقی از همان بدو تولد آغاز می شود و رفتارهای کودک به تدریج متناسب با نیازهای وی و شرایط محیط اطراف، پیشرفت می کند. منظور از رفتار انطباقی تمامی مهارت های فرد در انجام امور روزانه زندگی خود است (۶). در این بین وجود هر گونه مشکل جسمی و روانی می تواند مانعی در تکامل رفتارهای انطباقی کودک ایجاد کند (۷). رفتار سازشی مجموعه ای از مهارت های مفهومی، اجتماعی، و عملی است که افراد برای عمل کردن در زندگی روزمره آموخته اند. این گونه رفتارها در محیط مدرسه به عنوان توانایی به کارگیری مهارت های آموخته شده در کلاس، فعالیت های روزمره، و محیط طبیعی تعریف شده است (۸). روش های درمانی مختلفی برای کودکان با اختلال های رفتاری و یادگیری در سال های اخیر به کار گرفته شده است که یکی از این روش ها، بازی درمانی است.

5. Internalizing and externalizing
6. Attention deficit hyperactivity disorder
7. Oppositional defiant disorder
8. Conduct disorder

1. Special learning disorder
2. Dyslexia
3. British Dyslexia Association
4. Behavior problems

بازی درمانی روی آوردی مبتنی بر نظریه درمانی است که فرایندهای یادگیری و ارتباط طبیعی و بهنجار کودکان را پایه ریزی می کند. کار درمانی که در بازی درمانی نهفته است به طرق گوناگون مورد استفاده قرار می گیرد. درمانگران از طریق بازی به کودکانی که مهارت های اجتماعی یا عاطفی شان ضعیف است رفتارهای سازش یافته تری را می آموزند (۹) رابطه حسنه ای که بین درمانگر و کودک در طول جلسه های بازی درمانی شکل می گیرد، تجربه مهمی را که برای درمان لازم است، فراهم می کند. در بازی امکان بررسی دقیق و فردی الگوهای رفتاری کودک و پرداختن به تمامی جنبه های مشکل فراهم می شود. روان شناسان و پژوهشگران متعددی طی چندین دهه اثربخشی آن را بر بهبود مشکلات یادگیری و ارتقای سطح سازش یافتگی کودکان مورد تأیید قرار دادند (۱۰).

پژوهش های انجام شده (۱۱-۲۳) در زمینه بازی به طور گسترده از تأثیر این شیوه درمانگری در کاهش انواع مشکلات مانند اختلال های رفتاری درون نمود و افزایش عملکرد یادگیری حمایت کرده اند. در تأیید این نتایج، علی نژاد و صفرپور (۲۴) نشان دادند بازی درمانی در بهبود مهارت خواندن کودکان ابتدایی مؤثر است. ثابت ایمانی (۲۵) در پژوهشی دریافت که بازی درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری بر مشکلات عاطفی، اضطرابی، اجتماعی و رفتار پر خاشگرانه دانش آموزان مؤثر است. در همین راستا پری (۲۶) با به کارگیری بازی درمانی در گروهی از کودکان که شاهد خشونت خانوادگی بودند، توانستند مشکلات رفتاری برون نمود آنها را به طور چشم گیری کاهش، و سطح خودپنداشت و توانایی یادگیری آنها را افزایش دهند. همچنین مینی- والن و تیلینگ (۲۷) دریافتند بازی درمانی آدلری باعث بهبود رفتارهای تحصیلی و رفتاری دانش آموزان می شود. نتایج یک پژوهش نشان داد آموزش بازی درمانی به طور قابل توجهی باعث بهبود تمرکز و کاهش فزون کنشی و رفتارهای تکانشی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی می شود (۲۸) که در نتیجه با افزایش سطح توجه این کودکان می توان انتظار داشت که مشکلات خواندن آنها نیز بهبود یافته باشد. خالدی، ولیدی پاک، میرخان و عطایی (۲۹) نیز در مطالعه خود نتیجه گرفتند که بازی درمانی سبب بهبود عملکرد نوشتن، کاهش اشتباهات هجایی، و در نهایت باعث فائق آمدن فرد بر مشکلات تحصیلی

می شود. خدیوی زند، آقا محمدیان، شعرباف و اصغری نکاح (۳۰) دریافتند بازی درمانی موجب کاهش رفتارهای پر خاشگرانه کودکان پیش دبستانی می شود و همان طور که می دانیم وجود هر گونه مشکل رفتاری می تواند مانعی در یادگیری مهارت های سازشی و رفتاری کودک به وجود آورد. باید توجه داشت برای کودکانی که دارای اختلالات خواندن هستند، تأخیر در حوزه های چندگانه در عملکرد تطابقی دیده شده است. از طرفی بازی درمانی در کودکان این امکان را فراهم می کند تا آنها به صورت مناسب رهنمودهای اجتماعی را درونی کرده و در طی تعاملات خود از آنها استفاده کنند.

در میان روش های مختلف درمانگری در کودکان، بازی درمانگری یکی از شاخص ترین و پرکاربردترین روش هاست. روان شناسان و پژوهشگران متعددی طی چندین دهه از این روش برای درمان طیف وسیعی از اختلالات و مشکلات بهره جسته اند و اثربخشی آن را تأیید کرده اند (۲۷-۳۰)؛ بنابراین به نظر می رسد از این شیوه می توان برای بهبود مهارت های سازشی و درمان اختلالات رفتاری کودکان نارساخوان استفاده کرد. از آنجایی که این شیوه درمانی به صورت محدودی در کشور ایران اجرا شده است، تکنیک های به کار گرفته شده عمدتاً بر اساس انواع برنامه های بازی درمانی پژوهش های خارج از کشور انجام شده است. در هر صورت با توجه به میزان شیوه بسیار بالای اختلال های یادگیری خاص در مدارس ایران و همچنین نقش مؤثر بازی درمانی در بهبود وضعیت تحصیلی و سازشی دانش آموزان، پژوهش حاضر با هدف تأثیر بازی درمانی در عملکرد خواندن و مهارت های سازشی و کاهش مشکلات رفتاری دانش آموزان نارساخوان انجام شد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و به لحاظ روش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش را ۱۹۰ نفر دانش آموز نارساخوان مقطع ابتدایی مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری دولتی شهر رشت که در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ به این مراکز مراجعه کرده بودند، تشکیل می دهد. از این میان ۳۰ نفر، برحسب شرایط ورود به پژوهش با روش نمونه گیری در دسترس

نمرات خرده مقیاس‌ها با نمره کل آزمون، بیانگر روایی مطلوب این آزمون است. همچنین ضرایب روایی این آزمون از ۰/۶۶ تا ۰/۹۹ گزارش شده است (به نقل از ۳۲).

۲. آزمون خواندن و نارساخوانی کرمی نوری و مرادی: برای تشخیص نارساخوانی در این پژوهش از این آزمون استفاده شد. این آزمون توسط کرمی نوری و مرادی در سال ۱۳۸۴ ساخته و هنجاریابی شد که شامل ۱۰ خرده مقیاس خواندن کلمات، درک خواندن متن، زنجیره کلمات، درک کلمات، قافیه، حذف آواها، خواندن کلمات بی معنا، نامیدن تصاویر، نشانه حروف، و نشانه کلمات است که هدف آن بررسی میزان توانایی خواندن دانش آموزان دختر و پسر در دوره دبستان و تشخیص کودکان با مشکلات خواندن و نارساخوانی است. روش نمره گذاری این ابزار بدین صورت است که پس از اجرای خرده آزمون‌ها، با مراجعه به پاسخ نامه، پاسخ های درست آزمودنی در هر خرده آزمون مشخص و نمره خام وی به دست می آید. سپس با مراجعه به جداول مربوط به هر خرده آزمون در هر پایه، نمرات تراز شده محاسبه شده و نیمرخ آزمودنی در آزمون خواندن ترسیم می شود. در پایان نتایج آزمون تفسیر شده و گزارش در برگه مخصوص ثبت می شود. این آزمون روی ۱۶۱۴ دانش آموز در پنج پایه تحصیلی هنجاریابی شده است. پایایی آزمون خواندن و نارساخوانی با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شده که مقادیر آن برای خرده آزمون های مختلف بین ۰/۴۳ تا ۰/۹۸ به دست آمده است. میانگین این آزمون ۱۰۰ و انحراف استاندارد آن ۱۵ است (۳۳). همچنین حسینی و همکاران با کمک تحلیل عاملی روایی این مقیاس را ۶۲/۰۳ گزارش کردند (۳۴).

۳. مقیاس درجه بندی مهارت های اجتماعی^۲ گرشام و الیوت^۳ (۱۹۹۰): این مقیاس برای سه مقطع پیش دبستانی، دبستانی، و دبیرستان تهیه شده است و دارای سه فرم ویژه والدین، معلمان، و دانش آموزان است. برگه های والدین و معلمان به ترتیب دارای ۵۵ و ۴۸ گویه بوده و از دو بخش مهارت های اجتماعی و مشکلات رفتاری تشکیل شده است. بخش مهارت های اجتماعی این ابزار برای سنجش مهارت های سازشی، و بخش مشکلات رفتاری این ابزار برای سنجش متغیر وابسته مشکلات رفتاری در

انتخاب شده و به شیوه تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه جایدهی شدند. شرایط ورود به پژوهش عبارت بودند از: رضایت افراد نمونه و والدین آنها، دارا بودن بهره هوشی بین ۸۵ تا ۱۱۵ در آزمون وکسلر، کسب نمره حداقل ۱/۵ انحراف استاندارد پایین تر از میانگین در آزمون نارساخوانی، پایین بودن مهارت های سازشی، بالا بودن مشکلات رفتاری، عدم همبودی با اختلال دیگر، و دامنه سنی ۸ تا ۹ سال. شرایط خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه، مصرف دارو، و وجود مشکلاتی در افراد نمونه که روند مداخله را تحت تاثیر قرار دهد. در نهایت برنامه بازی درمانی در قالب ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه گواه مداخله ای را دریافت نکردند و در انتظار دریافت آن بعد از پایان مطالعه ماندند.

(ب) ابزار

۱. مقیاس هوشی وکسلر کودکان (۱۹۷۴): این آزمون به منظور سنجش هوش کودکان تهیه شده است که ۱۲ خرده آزمون دارد. یکی از ویژگی های عمده مقیاس وکسلر، محاسبه بهره هوش کلامی و غیر کلامی است. اعتبار این آزمون از طریق دونیمه کردن برای هوش بهر کلی ۰/۹۷ و برای هوش بهر عملی ۰/۹۳ گزارش شده است. در این پژوهش از فرم فارسی این مقیاس که توسط شهیم (۱۹۹۴)، جهت سنجش هوش کودکان ۶ تا ۱۳ ساله هنجاریابی شده، استفاده گردیده است. اعتبار این آزمون با روش دونیمه کردن برای هوش کلی، هوش کلامی، و هوش غیر کلامی به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۰، ۰/۹۶ گزارش شده است (به نقل از ۳۱). متوسط همسانی درونی گزارش شده توسط وکسلر در ۱۱ گروه سنی برای مقیاس هوش بهر کلی، کلامی، و عملی به ترتیب برابر ۰/۹۶، ۰/۹۵، و ۰/۹۱ است. همسانی درونی این ابزار برای خرده آزمونه های خاص، تغییر پذیری بیشتری داشته و کمترین ضریب همسانی در مورد الحاق قطعات ۰/۶۹، بیشترین ضریب در مورد گنجینه لغات برابر با ۰/۸۷، ضرایب پایایی برای خرده آزمونه های کلامی بالاتر از عملی، پایایی باز آزمایی در فاصله زمانی متوسط ۲۳ روز برای هر گروه سنی برای مقیاس کلی ۰/۹۵، و برای مقیاس های کلامی و عملی به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۸ گزارش شده است. روایی این آزمون از طریق محاسبه همبستگی

این مطالعه مورد استفاده قرار گرفته است. مهارت‌های اجتماعی شامل پرسش‌هایی در زمینه همکاری، قاطعیت، و خویش‌داری؛ و مشکلات رفتاری شامل رفتار بیرونی، رفتار درونی، و فزون‌کنشی است. این مقیاس برای تفکیک دانش‌آموزان دارای اختلالات خفیف نظیر مبتلایان به اختلالات یادگیری، اختلالات رفتاری، کم‌توانی خفیف ذهنی، و دانش‌آموزان بدون ناتوانی کاربرد دارد (به نقل از ۳۵). الیوت و گرشام پایایی درونی این مقیاس برای فرم معلمان را از ۰/۷۴ تا ۰/۹۵ و شهیم میزان پایایی این مقیاس را برای مهارت اجتماعی ۰/۸۷، همکاری ۰/۷۶، قاطعیت ۰/۷۲، و خویش‌داری ۰/۶۸ برآورد کردند و همچنین ضریب روایی این مقیاس ۰/۸۶ گزارش شده است (به نقل از ۳۶).

ج) برنامه مداخله‌ای: برنامه مداخله در پژوهش حاضر شامل آموزش بازی درمانی بر اساس روی آورد ادراکی حرکتی کپارت است (۳۷). بدین ترتیب دانش‌آموزان گروه آزمایش در ۱۰ جلسه آموزش بازی درمانی را به صورت هر جلسه ۶۰ دقیقه و هفته‌ای ۲ جلسه دریافت کردند و گروه گواه، این مداخله را همزمان با گروه آزمایش دریافت نکرد ولی پس از مرحله پس‌آزمون، این برنامه آموزشی به صورت فشرده برای آنها اجرا شد. شرح مختصر جلسات بازی درمانی در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: هدف‌ها و محتوای جلسات بازی درمانی

جلسه	هدف	محتوا
یکم	آشنایی اعضا با اهداف و قوانین گروه، آشنایی با برنامه مداخله و تقویت حرکات درشت	بازی گام به جلو و عقب (روی زمین، روی خطوط و نردبان)
دوم	تقویت توجه و تمرکز و حس تعادل	بازی با استفاده از نرده چوبی و تخته تعادل، ایستادن روی یک پا، لی لی کردن و پرش جفت پا
سوم	تقویت دقت و توجه دیداری	بازی‌های تقلیدی (تقلید راه رفتن حیوانات)
چهارم	تقویت مهارت‌های حرکتی ظریف	انجام بازی‌هایی مربوط به عضلات کوچک بدن (بازی با حیوانات و درست کردن شکل‌های مختلف با آنها و بستن پیچ و مهره)
پنجم	تقویت هماهنگی چشم / دست	بازی پولینگ، بازی ماهیگیری کارت‌های حروف و کلمات
ششم	تقویت ادراک لامسه‌ای/حرکتی	بازی کیسه جادویی (تشخیص اشیاء کیسه با دست) و بازی لمس اشیاء با چشمان بسته و ترسیم آن شی روی کاغذ)
هفتم	تقویت تمرکز چشمی و تعقیب چشمی	بازی نقطه به نقطه، بازی دو مینو
هشتم	تقویت ادراک شنیدن	بازی تشخیص جهت صدا، دوری و نزدیکی صدا
نهم	تقویت ادراک دیداری	بازی پیدا کردن اشکال در تصاویر، استفاده از پازی
دهم	تقویت ادراک فضایی	بازی طراحی به وسیله مکعب‌ها و موزاییک‌های رنگی

د) روش اجرا: پس از اخذ مجوزهای لازم از سازمان آموزش و پرورش شهر رشت و رجوع به مراکز اختلال‌های یادگیری، افراد نمونه با توجه به شرایط ورود به پژوهش، انتخاب شدند و به تصادف در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند. سپس بر اساس ابزارهای معرفی شده در بخش قبل، پیش‌آزمون از هر دو گروه به عمل آمد و در مرحله بعد گروه آزمایش برنامه مداخله را دریافت کرد، درحالی‌که گروه گواه در نوبت انتظار برای دریافت این مداخله ماند. در پایان هر دو گروه مجدداً ارزیابی شده و داده‌های به دست آمده با کمک آزمون تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. در این مطالعه به منظور رعایت کردن ملاحظات اخلاقی،

پرسشنامه‌های این مطالعه کدگذاری شد و نام افراد نویسنده روی ابزارها درج نشد. همچنین سایر اصول اخلاقی مانند محرمانه ماندن اطلاعات شخصی شرکت‌کنندگان و رعایت اصل رازداری، کسب رضایت‌نامه کتبی از والدین، و اجرای برنامه مداخله‌ای پس از پایان پژوهش بر روی گواه، در این مطالعه رعایت شد. لازم به ذکر است که برنامه مداخله توسط نویسنده اول این مقاله در مراکز اختلالات یادگیری اجرا شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است. همچنین

در این جدول نتایج آزمون کالموگروف- اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها گزارش شده است. با توجه به این که آماره

Z این آزمون برای تمامی متغیرها معنی دار نیست، بنابراین می توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است.

جدول ۲: شاخص های توصیفی نمرات پیش آزمون- پس آزمون در دو گروه آزمایش و گواه (تعداد: ۳۰ نفر)

متغیر	وضعیت	گروه	M	SD	K-S Z	P
عملکرد خواندن	پیش آزمون	آزمایش	۶۶/۳۵	۶/۲۴	۰/۹۲	۰/۳۵
		گواه	۶۶/۳	۴/۹۴	۰/۸۹	۰/۲۸
	پس آزمون	آزمایش	۹۹/۴۵	۸/۳۵	۰/۵۴	۰/۵۸
		گواه	۶۸/۹۵	۵/۵	۰/۶۹	۰/۵۱
مهارت های سازشی	پیش آزمون	آزمایش	۵۸	۸/۳۴	۰/۸۳	۰/۴۳
		گواه	۵۶/۶	۱۰/۹۸	۰/۷۵	۰/۴۸
	پس آزمون	آزمایش	۷۹/۰۷	۶/۴۹	۰/۶۱	۰/۵۴
		گواه	۵۷/۷۳	۸/۸۴	۰/۸۱	۰/۴۵
مشکلات رفتاری	پیش آزمون	آزمایش	۱۸/۸	۳/۸۹	۰/۳۶	۰/۷۵
		گواه	۱۹/۴۷	۵/۱۲	۰/۳۸	۰/۷۱
	پس آزمون	آزمایش	۳۳/۰۷	۳/۸۸	۰/۴۹	۰/۶۴
		گواه	۲۳/۰۹	۳/۹۹	۰/۴۱	۰/۶۷

برای بررسی تأثیر بازی درمانی بر عملکرد خواندن دانش آموزان نارساخوان از تحلیل کوواریانس یکراهه استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون عملکرد خواندن در گروه آزمایش و گواه نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($F_{1,28}=2/69$ و $P=0/11$). همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی

همگنی واریانس متغیر وابسته در گروه ها نشان داد که واریانس عملکرد خواندن در گروه ها برابر است ($P=0/13$ و $F_{1,28}=2/42$). جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون با پس آزمون متغیر عملکرد خواندن گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در عملکرد خواندن

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	ضریب ایثا
پیش آزمون	۹۰۱۳/۹۴	۱	۹۰۱۳/۹۴	۵/۸۴	۰/۰۲	۰/۵۸
عضویت گروهی	۱۰۵۹۶۲۸/۶۳	۱	۱۰۵۹۶۲۸/۶۳	۳۴۱/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۹۵
خطا	۵۷۱۵۶/۷۹	۲۷	۴۳۶۸/۶۲			

با توجه به جدول ۳ آماره F عملکرد خواندن در پس آزمون (۲۴۱/۹۸) به دست آمده که در سطح $0/01$ معنی دار است و این نشان می دهد که بین دو گروه در عملکرد خواندن تفاوت معنی دار وجود دارد. اندازه اثر $0/95$ نیز نشان می دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ است. آماره F پیش آزمون عملکرد خواندن نیز (۵/۸۴) به دست آمد که در سطح $0/05$ معنی دار است. این یافته نشان می دهد که پیش آزمون تأثیر معنی داری بر نمرات پس آزمون دارد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد

که میانگین تصحیح شده گروه آزمایش در عملکرد خواندن (۹۹/۲۸) و میانگین گروه گواه (۶۸/۶۹) است که با توجه به آماره F در سطح $0/001$ معنی دار است. با توجه به این یافته می توان گفت که بازی درمانی موجب افزایش عملکرد خواندن دانش آموزان نارساخوان می شود.

همچنین برای بررسی تأثیر بازی درمانی بر هر یک از مؤلفه های عملکرد خواندن دانش آموزان نارساخوان از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون

پیش آزمون و پس آزمون مؤلفه‌های عملکرد خواندن در گروه آزمایش و گواه، نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($F_{1,28} = 0/77, p = 0/85$). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس مؤلفه‌های خواندن کلمات ($F_{1,28} = 4/02, P = 0/06$)، زنجیره کلمات ($F_{1,28} = 3/29, P = 0/08$)، قافیه ($F_{1,28} = 0/87, P = 0/36$)، نامیدن تصاویر ($F_{1,28} = 2/14, P = 0/15$)، درک متن ($F_{1,28} = 0/02, P = 0/87$)، درک کلمات ($F_{1,28} = 0/09, P = 0/93$)، حذف آواها ($F_{1,28} = 0/07, P = 0/93$)، خواندن ناکلمات ($F_{1,28} = 0/04, P = 0/83$)، نشانه حرف ($F_{1,28} = 3/3, P = 0/08$)، و نشانه مقوله ($F_{1,28} = 1/54, P = 0/22$) در گروه‌ها برابر است. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس

متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ($F = 0/85, P = 0/77$). نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت معنی داری رابطه بین مؤلفه‌های عملکرد خواندن نشان داد که رابطه بین این مؤلفه‌ها معنی دار است ($P < 0/05, df = 54, X^2 = 78/09$). پس از بررسی پیش فرضهای تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین دو گروه در مؤلفه‌های عملکرد خواندن تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/001, F_{1,29} = 109/51$). برای بررسی این که گروه آزمایش و گواه در کدام یک از مؤلفه‌های عملکرد خواندن با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس تک متغیری گزارش شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری تفاوت گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های عملکرد خواندن

شاخص مؤلفه‌ها	گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	F	P	اندازه اثر
خواندن کلمات	آزمایش	79/7	47/9	2/84	131/16	0/001	0/77
	گواه	31/8					
زنجیره کلمات	آزمایش	92	19/6	0/83	268/93	0/001	0/89
	گواه	72/4					
قافیه	آزمایش	102/05	23/35	1/29	144/16	0/001	0/78
	گواه	78/7					
نامیدن تصاویر	آزمایش	121/1	1/1	1/07	1/65	0/23	0/42
	گواه	120					
درک متن	آزمایش	75/4	45/5	1/82	310/13	0/001	0/89
	گواه	29/9					
درک کلمات	آزمایش	106/55	49/25	1/56	458/75	0/001	0/93
	گواه	57/3					
حذف آواها	آزمایش	96/55	30/75	1/12	333/88	0/001	0/89
	گواه	65/8					
خواندن ناکلمات	آزمایش	80/2	35/9	1/3	397/07	0/001	0/91
	گواه	44/3					
نشانه حرف	آزمایش	117/65	31/75	1/26	273/54	0/001	0/88
	گواه	85/9					
نشانه مقوله	آزمایش	117/05	15/2	1/37	62/55	0/001	0/63
	گواه	101/85					

با توجه به جدول ۴ آماره F برای مؤلفه‌های خواندن کلمات (121/16)، زنجیره کلمات (268/93)، قافیه (144/16)، درک متن (310/13)، درک کلمات (458/75)، حذف آواها (333/88)، خواندن

ناکلمات (397/07)، نشانه حرف (273/54)، و نشانه مقوله (62/55) در سطح 0/001 معنی دار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این مؤلفه‌ها تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج بررسی میانگین‌ها در

جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش در مؤلفه‌های خواندن کلمات (۷۹/۷)، زنجیره کلمات (۹۲)، قافیه (۱۰۲/۰۵)، درک متن (۷۵/۴)، درک کلمات (۱۰۶۸/۵۵)، حذف آواها (۹۶/۵۵)، خواندن ناکلمات (۸۰/۲)، نشانه حرف (۱۱۷/۶۵) و نشانه مقوله (۱۱۷/۰۵) بیشتر از میانگین گروه گواه در این مؤلفه‌ها به ترتیب با میانگین (۳۱/۸)، (۷۲/۴)، (۷۸/۷)، (۲۹/۹)، (۵۷/۳)، (۶۵/۸)، (۴۴/۳)، (۸۵/۹) و (۱۰۱/۸۵) است. همچنین یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گواه در مؤلفه نامیدن تصاویر، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که بازی درمانی موجب افزایش مؤلفه‌های خواندن کلمات، زنجیره کلمات، قافیه، درک متن، درک کلمات، حذف آواها، خواندن ناکلمات، نشانه حرف، و نشانه مقوله دانش آموزان نارساخوان می‌شود، اما تأثیری بر مولفه نامیدن تصاویر ندارد. همچنین عضویت گروهی ۷۷ درصد از تغییرات خواندن کلمات، ۸۹ درصد از واریانس زنجیره کلمات، ۷۸ درصد از واریانس قافیه، ۸۹ درصد از

واریانس درک متن، ۹۳ درصد از واریانس درک کلمات، ۸۹ درصد از واریانس حذف آواها، ۹۱ درصد از واریانس خواندن ناکلمات، ۸۸ درصد از واریانس نشانه حرف، و ۶۳ درصد از واریانس نشانه مقوله را تبیین می‌کند.

برای بررسی تأثیر بازی درمانی بر مهارت‌های سازشی دانش آموزان نارساخوان از تحلیل کوواریانس یکراه استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون مهارت‌های انطباقی در گروه آزمایش و گواه نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($P=0/38$ و $F_{1,28}=0/81$). همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیر وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس مهارت‌های انطباقی در گروه‌ها برابر است ($P=0/23$ و $F_{1,28}=1/49$). در جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون با پس آزمون متغیر مهارت‌های انطباقی گزارش شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در مهارت‌های سازشی

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب ایما
پیش آزمون	۱۱۵۵/۰۹	۱	۱۱۵۵/۰۹	۵۸/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۶۸
عضویت گروهی	۳۱۰۷/۴۲	۱	۳۱۰۷/۴۲	۱۵۸/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۸۵
خطا	۵۲۸/۷۶۸	۲۷	۱۹/۵۸			

با توجه به جدول ۵ آماره F مهارت‌های سازشی در پس آزمون (۱۵۸/۶۷) به دست آمد که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در مهارت‌های سازشی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اندازه اثر ۰/۸۵ نیز نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ است. آماره F پیش آزمون مهارت‌های سازشی نیز (۵۸/۹۸) به دست آمد که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که پیش آزمون تأثیر معنی‌داری بر نمرات پس آزمون دارد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین تصحیح شده گروه آزمایش در مهارت‌های سازشی (۷۷/۶۰۶) و میانگین گروه گواه (۵۸/۱۹۸) به دست آمد که با توجه به آماره F در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. با توجه به این یافته می‌توان گفت که بازی درمانی موجب افزایش مهارت‌های سازشی دانش آموزان نارساخوان می‌شود.

برای بررسی تأثیر بازی درمانی بر هر یک از مؤلفه‌های مهارت‌های سازشی دانش آموزان نارساخوان از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون مؤلفه‌های مهارت‌های انطباقی در گروه آزمایش و گواه، نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($F=1/44$ ، $P=0/59$). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس مؤلفه‌های همکاری ($P=0/12$ و $F_{2,62}=2/62$)، قاطعیت ($P=0/08$ و $F_{1,28}=3/3$)، و خویشتن‌داری ($P=0/15$ و $F_{1,28}=2/12$)، در گروه‌ها برابر است. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ($P=0/56$ ، $F_{1,28}=0/81$ ، $BOX=5/53$). نتایج آزمون

خی دو بارتلت برای بررسی کروییت نشان داد که رابطه بین مؤلفه‌های مهارت‌های سازشی معنی‌دار است. ($P < 0/01$, $df=5$, $X^2=27/24$). پس از بررسی پیش فرضهای تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین دو گروه در مؤلفه‌های مهارت‌های سازشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$).

Wilks Lambda= $0/13$, $F_{3,23}=51/49$). برای بررسی این که گروه آزمایش و گواه در کدام یک از مؤلفه‌های مهارت‌های سازشی با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۶ نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری گزارش شده است.

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری تفاوت گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های مهارت‌های سازشی

شاخص مؤلفه‌ها	گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	F	P	اندازه اثر
همکاری	آزمایش	۲۵/۴۲	۶/۰۳	۰/۶۲۵	۹۳/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	گواه	۱۹/۳۸					
قاطعت	آزمایش	۲۵/۹۱	۶/۸۳	۰/۶۲۳	۱۲۰/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۸۳
	گواه	۱۹/۰۸					
خویش‌داری	آزمایش	۲۷/۵۶	۸/۱۲۰	۰/۶۷۱	۱۴۶/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۵
	گواه	۱۹/۴۴					

با توجه به جدول ۶ آماره F برای مؤلفه‌های همکاری ($۹۲/۱۴$)، قاطعت ($۱۲۰/۴۱$) و خویش‌داری ($۱۴۶/۲۶$) در سطح $0/001$ معنی‌دار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این مؤلفه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج بررسی میانگین‌ها در جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش در مؤلفه‌های همکاری ($۲۵/۴۲$)، قاطعت ($۲۵/۹۱$)، و خویش‌داری ($۲۷/۵۶$) بیشتر از میانگین گروه گواه در این مؤلفه‌ها به ترتیب با میانگین ($۱۹/۰۸$)، ($۱۹/۴۴$) است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که بازی درمانی موجب افزایش مؤلفه‌های همکاری، قاطعت، و خویش‌داری دانش آموزان نارساخوان می‌شود. همچنین عضویت گروهی ۷۹ درصد از تغییرات همکاری، ۸۳ درصد از واریانس قاطعت، و ۸۵ درصد از واریانس خویش‌داری را

تبیین می‌کند. همچنین برای بررسی تأثیر بازی درمانی بر مشکلات رفتاری دانش آموزان نارساخوان از تحلیل کوواریانس یکراهه استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون مشکلات رفتاری در گروه آزمایش و گواه، نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($P=0/83$ و $F_{1,28}=0/74$). همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیر وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس مشکلات رفتاری در گروه‌ها برابر است ($P=0/28$) و در جدول ۷ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون با پس آزمون متغیر مشکلات رفتاری گزارش شده است.

جدول ۷: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در مشکلات رفتاری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب ای‌تا
پیش آزمون	۲۷۴/۰۵	۱	۲۷۴/۰۵	۴۶/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۶۳
عضویت گروهی	۸۱۵/۶۲	۱	۸۱۵/۶۲	۱۳۷/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۸۳
خطا	۱۵۹/۸۱	۲۷	۵/۹۲			

با توجه به جدول ۷ آماره F مشکلات رفتاری در پس آزمون ($۱۲۷/۷۹$) به دست آمد که در سطح $0/001$ معنی‌دار است که این نشان می‌دهد بین دو گروه در مشکلات رفتاری تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

اندازه اثر $0/83$ نیز نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ است. آماره F پیش آزمون مشکلات رفتاری نیز ($۴۶/۳۰$) به دست آمد که در سطح $0/001$ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که پیش آزمون تأثیر

فزون کنشی ($P=0/18$ و $F_{1,28}=1/88$)، در گروه‌ها برابر است. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ($P=0/26$ ، $F=1/28$ ، $BOX=8/73$). نتایج آزمون خی دو بارلت برای بررسی کرویت معنی داری رابطه بین مؤلفه‌های مشکلات رفتاری نیز نشان داد که رابطه بین این مؤلفه‌ها معنی دار است. ($P<0/01$ ، $df=5$ ، $X^2=38/98$). پس از بررسی پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین دو گروه در مؤلفه‌های مشکلات رفتاری تفاوت معنی داری وجود دارد ($P<0/001$ ، $F_{3,23}=51/49$ ، $Wilks=0/07$ ، $Lambda$). برای بررسی این که گروه آزمایش و گواه در کدام یک از مؤلفه‌های مشکلات رفتاری با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۸ نتایج تحلیل واریانس تک متغیری گزارش شده است.

معنی داری بر نمرات پس آزمون دارد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین تصحیح شده گروه آزمایش در مشکلات رفتاری ($29/33$) و میانگین گروه گواه ($22/84$) به دست آمد که با توجه به آماره F در سطح $0/01$ معنی دار است. با توجه به این یافته می توان گفت که بازی درمانی موجب کاهش مشکلات رفتاری دانش آموزان نارساخوان می شود. در این مطالعه برای بررسی تأثیر بازی درمانی بر هر یک از مؤلفه‌های مشکلات رفتاری دانش آموزان نارساخوان از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون مؤلفه‌های مشکلات رفتاری در گروه آزمایش و گواه نشان داد که شیب رگرسیون در دو گروه برابر است ($0/86$ ، $p=0/69$ ، $F_{1,28}=0/28$). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس مؤلفه‌های رفتار بیرونی ($P=0/07$ و $F_{1,28}=3/87$)، رفتار درونی ($P=0/8$ و $F_{1,28}=0/66$)، و

جدول ۸: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری تفاوت گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های مشکلات رفتاری

شاخص مؤلفه‌ها	گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	F	P	اندازه اثر
رفتار بیرونی	آزمایش	۱۰/۵۲۵	۳/۷۱۷	۰/۳۳	۱۲۷/۲	۰/۰۰۱	۰/۸۴
	گواه	۶/۸۰۸					
رفتار درونی	آزمایش	۱۱/۰۹۹	۳/۹۳۱	۰/۳۰۷	۱۶۳/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۸۷
	گواه	۷/۱۶۸					
فزون کنشی	آزمایش	۱۱/۵۷۴	۲/۶۱۶	۰/۸۳۸	۹/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۲۸
	گواه	۸/۹۵۹					

تغییرات رفتار بیرونی، ۸۷ درصد از واریانس رفتار درونی، و ۲۸ درصد از واریانس فزون کنشی را تبیین می کند.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف اثربخشی بازی درمانی بر عملکرد خواندن، مهارت‌های سازشی، و مشکلات رفتاری دانش آموزان نارساخوان انجام گرفت. یافته‌های به دست آمده از این پژوهش نشان می دهد که بازی درمانی می تواند باعث افزایش عملکرد خواندن و مهارت‌های سازشی و کاهش مشکلات رفتاری دانش آموزان نارساخوان شود، به گونه ای که نمرات پس آزمون گروه آزمایش با گروه گواه، تفاوت معناداری داشتند. یافته‌های به دست آمده از این پژوهش با نتایج

با توجه به جدول ۸ آماره F برای مؤلفه‌های رفتار بیرونی ($127/2$)، رفتار درونی ($163/77$)، و فزون کنشی ($9/75$) در سطح $0/01$ معنی دار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این مؤلفه‌ها تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج بررسی میانگین‌ها در جدول فوق نشان می دهد که میانگین گروه آزمایش در مؤلفه‌های رفتار بیرونی ($10/525$)، رفتار درونی ($11/099$)، و فزون کنشی ($11/574$) بیشتر از میانگین گروه گواه در این مؤلفه‌ها به ترتیب با میانگین ($6/808$)، ($7/168$)، ($8/959$) است. با توجه به این یافته‌ها می توان گفت که بازی درمانی موجب افزایش مؤلفه‌های رفتاری بیرونی، رفتار درونی، و فزون کنشی دانش آموزان نارساخوان می شود. همچنین عضویت گروهی ۸۴ درصد از

دیگر پژوهش‌ها (۱۱-۱۴، ۲۴-۲۷، و ۲۹) مبنی بر اثربخش بودن بازی درمانی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی و تحصیلی و کاهش مشکلات رفتاری، همسو است. بدین ترتیب رایینسون، سیمپسون و هات (۱۵) در مطالعه خود بر تأثیر بازی درمانی در زمان انجام کار و همچنین در کاهش مشکلات کل کلاس درس، سرعت شناخت پایین، رفتار نابالغ و درهم‌فرورفته، رفتار مزاحم و مقابله با رفتار شرکت‌کنندگان فردی، تأکید کرده است. در همین راستا جعفری و همکاران (۱۶) نیز نشان دادند که بازی درمانی می‌تواند مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی را کاهش دهد. همچنین هاپالا و همکارانش (۱۷) به ارتباط حرکت و عملکرد قلب و عروق با مهارت‌های آموزشی کودکان تأکید داشته و نتیجه گرفتند که مهارت‌های حرکتی ضعیف با ضعف در مهارت‌های آموزشی مرتبط است که این ارتباط در پسران بیشتر دیده می‌شود.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که بازی درمانی از طریق برقراری پیوند میان اطلاعات ادراکی و حرکتی و تعمیم دادن آنها به محیط اطراف خود، چهارچوبی مؤثر برای یادگیری‌های بیشتر فراهم می‌سازد. کپارت (به نقل از ۳۸) معتقد است که کودکان، نیازمند پیوندهای گوناگون بین اطلاعات ادراکی و حرکتی هستند و بسیاری از کودکان در سال‌های نخستین تحصیل، این فرایند را به گونه‌ای مؤثر تکمیل نمی‌کنند، بنابراین نمی‌توانند در حد ضروری با برنامه‌های درسی و کلاسی ارتباط برقرار کنند. وی همچنین معتقد است که تحول ذهنی کودک با مهارت‌ها آغاز می‌شود و هر مرحله از مرحله پیشین، کامل‌تر و پیچیده‌تر است و کودکان بدون ناتوانی این مراحل را به آسانی و با ترتیب منطقی طی می‌کنند اما در مورد دانش آموزان با اختلالات یادگیری ممکن است در مراحل تحول، انقطاعی رخ دهد. همچنین باید توجه داشت که روند تحول از طریق روش‌های آموزشی- روانی، بازسازی شود. تمرین‌های موجود در فرایند بازی درمانی از طریق تقویت یادگیری‌های ادراکی- حرکتی و پیوند ادراکی- حرکتی، تحول ذهنی کودک را آسان می‌کنند و او را برای فعالیت‌های ذهنی عالی‌تر مهیا می‌سازند. همچنین موجب رشد مهارت‌های یادگیری و موفقیت در مدرسه و تفکر انتزاعی دانش آموز می‌شوند. در ضمن همان طور که می‌دانیم برخی از کودکان با اختلالات یادگیری خاص ممکن است در

استفاده از یک کانال حسی به تنهایی مشکل نداشته باشند اما در ترکیب دریافت‌های حسی مختلف، دچار مشکل باشند. از سویی دیگر، آن بخش از مغز که حرکت را پردازش می‌کند، همان بخشی است که یادگیری را پردازش می‌کند. یافته‌های این پژوهش تأیید کرد هنگامی که با دانش آموزان نارساخوان به صورت جبرانی با برنامه‌ریزی دقیق تمرین داده شود، میزان یادگیری آنها افزایش خواهد یافت. همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که آموزش انفرادی یا آموزش در گروه‌های کوچک با روش بازی درمانی از بهترین شیوه‌های آموزش دانش آموزان مبتلابه نارساخوانی است.

در ارتباط با نقش بازی درمانی با مشکلات رفتاری، چینه کش و همکاران (۱۸) نشان دادند بازی درمانی سبب بهبود مهارت‌های عاطفی- هیجانی و ارتباطی کودکان پیش‌دبستانی می‌شود. سرپولاکی و کلاهی (۱۹) نیز در مطالعه خود دریافتند بازی درمانی در کاهش پرخاشگری و بهبود اختلال املاء مؤثر است. حسنی، میرزائیان و خلیلیان (۲۰) نیز همسو با یافته‌های پژوهش حاضر دریافتند که بازی درمانی می‌تواند حرمت خود کودکان مبتلابه نارسای توجیه/فزون کنشی را بهبود بخشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که دانش آموزان نارساخوان به دلیل مقایسه خود با دیگران و داشتن ویژگی‌های خاص جسمانی، ذهنی، عاطفی، و روانی از یک سو و ارزیابی مکرر از ارزش‌های وجودی خود دارای حرمت خود^۱ پایین هستند و در روابط اجتماعی و تعاملات با سایر افراد جامعه، مشکلات بسیار دارند، در کارهای گروهی کمتر شرکت می‌کنند، و در فعالیت‌های مختلف کمتر پیش قدم می‌شوند. از آنجا که بازی درمانی روشی است که به کودک اجازه می‌دهد تا احساسات و هیجانات آزاردهنده و مسائل و مشکلات درونی خود را از طریق بازی نشان دهد و آنها را به نمایش درآورد، درمانگر نیز فرصتی را به وجود می‌آورد که به کودک کمک کند تا یاد بگیرد چگونه تعارضات خود را حل کند. همچنین دانش آموزان نارساخوان با اجرای انواع بازی‌های فردی و گروهی، مهارت‌ها و فعالیت‌هایی را یاد می‌گیرند که به آنها کمک می‌کند ویژگی‌های فوق‌العاده ارزشمندی مثل خودآگاهی (نقطه مقابل کمروبی و ضعف شخصیت)، انضباط فردی (خویشتن‌داری)، تعادل فکری و روانی، استقلال و خوداتکایی، و احترام به خود و دیگران را

کسب کنند و همین موضوع باعث افزایش حرمت خود در آنها می شود. بازی یک فعالیت خوشایند برای تمام کودکان از جمله کودکان نارساخوان است و همه آنها از بازی لذت می برند و این نکته موجب رشد مهارت های اجتماعی و رفتاری در آنها می شود. افراد نارساخوان در معرض انواع مختلف مسائل اجتماعی و هیجانی قرار دارند. با توجه به نتایج می توان گفت که افراد نارساخوان در فرایند بازی درمانی به وسیله انواع بازی ها و فعالیت های ورزشی؛ مهارت های روانی، اجتماعی، رفتاری، و ارتباطی لازم را برای حضور در صحنه روابط فردی و اجتماعی کسب می کنند که به سهم خود موجب پاسخ سازنده این افراد به رفتار دیگران می شود. به علاوه کودکان نارساخوان وقتی احساس کنند که به وجود آنها اهمیت داده شده و توجه مثبت و نامشروط فارغ از ضعف هایشان دریافت می کنند، از رفتارهای مخرب و سازش نایافته خودداری می کنند. همچنین می توان گفت وقتی افراد نارساخوان در انجام مهارت های حرکتی در حین بازی موفق می شوند، کارایی این افراد در زمینه های دیگر نیز محقق خواهد شد.

از جمله محدودیت های مطالعه حاضر این است که فرایند مداخله فقط بر روی گروه سنی و تحصیلی خاصی انجام شده است و با توجه به این که نوع و شکل اختلالات یادگیری در سنین مختلف، متفاوت است بنابراین در تعمیم دادن نتایج این مطالعه به همه گروه ها و مقاطع تحصیلی

باید احتیاط کرد. استفاده از شیوه نمونه گیری در دسترس و عدم پیگیری نتایج در بلندمدت در این پژوهش نیز تعمیم نتایج را محدود می کند. در این راستا پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی ضمن رفع محدودیت های روش شناختی مطالعه حاضر، تأثیر بازی درمانی در سایر حیطه های تحصیلی از جمله مشکلات املا و ریاضی نیز بررسی شود. با توجه به نتایج به دست آمده در این مطالعه به مربیان، درمانگران، و روان شناسان در سطوح کلینیکی و آموزش و پرورش پیشنهاد می شود از برنامه مداخله ای استفاده شده در این مطالعه در برنامه های آموزشی و توان بخشی کودکان با اختلالات یادگیری خاص استفاده کنند.

تشکر و قدردانی: این مطالعه به صورت مستقل اجرا شده است و حاصل پایان نامه یا طرح پژوهشی مصوب نیست و مجوز اجرای آن بر روی افراد نمونه از سوی اداره آموزش و پرورش استثنایی استان گیلان با شماره مجوز ۱۵۰/۲۳۸ در تاریخ ۹۵/۷/۲۳ صادر شد. بدین وسیله از تمامی مسئولین اداره آموزش و پرورش استثنایی و همچنین از تمامی افرادی که در مراکز آموزشی و توان بخشی مشکلات ویژه یادگیری با ما همکاری داشتند و نیز از همه شرکت کنندگانی که در اجرای این طرح به ما کمک کردند، تشکر و قدردانی می شود.

تضاد منافع: این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافع به دنبال نداشته است.

References

1. American Psychological Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Amer Psychiatric Pub; 2013. [Link]
2. Ahrami R., Shoshtari M., Golshani F., Kamarzarin H. Effectiveness of precision teaching on reading ability of students with Reading learning disability. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2011; 1(3): 139–152. [Persian]. [Link]
3. Evans SW, Mullett E, Weist MD, Franz K. Feasibility of the mindmatters school mental health promotion program in American schools. *J Youth Adolesc*. 2005; 34(1): 51-58. [Link]
4. Bills RE. Nondirective play therapy with retarded readers. *J Consult Psychol*. 1950; 14(2): 140-149. [Link]
5. Morgan J, Robinson D, Aldridge J. Parenting stress and externalizing child behaviour. *Child Fam Soc Work*. 2002; 7(3): 219–225. [Link]
6. Schalock RL, Luckasson RA, Shogren KA, Borthwick-Duffy S, Bradley V, Buntinx WHE, et al. The renaming of mental retardation: understanding the change to the term intellectual disability. *Intellect Dev Disabil*. 2007; 45(2): 116–124. [Link]
7. Kazemtarghi M, Keshavarzi Arshadi F, Salehi M. The comparison of primary verbal, nonverbal and mathematical concept formation in 4-6-year-old children with normal and impaired hearing. *Bimonthly Audiology - Tehran University of Medical Sciences*. 2011; 20(1): 9–15. [Persian]. [Link]
8. Jones A, Hardman CA, Lawrence N, Field M. Cognitive training as a potential treatment for overweight and obesity: A critical review of the evidence. *Appetite*. 2018; 124: 50-67. [Link]
9. Pedro-Carroll JL, Jones SH. A preventive play intervention to foster children's resilience in the aftermath of divorce. In: Reddy LA, Files-Hall TM, Schaefer CE, editor. *Empirically based play interventions for children*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2005, pp: 51–75. [Link]
10. Nurcombe B, Wooding S, Marrington P, Bickman L, Roberts G. Child sexual abuse II: Treatment. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000; 34(1): 92-97. [Link]
11. Hayati M, Smaeeli Far N, Nikroo M, Faramarzi E. Effectiveness of child-centered play therapy in the decrease of aggression among 5-to-10-year-old children. *International Journal of psychology and behavioral research*. 2014; 3(4): 308-316. [Link]
12. Ganji K, Zabihi R, Khoda-Bakhsh R, Kraskian A. The impact of child-centered play therapy on reduction of behavioral symptoms of children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Clinical Psychology*. 2011; 3(4): 15–25. [Persian]. [Link]
13. Karamali Esmaili S, Shafaroodi N, Hassani Mehraban A, Parand A, Zarei M, Akbari-Zardkhaneh S. Effect of play-based therapy on meta-cognitive and behavioral aspects of executive function: a randomized, controlled, clinical trial on the students with learning disabilities. *Basic Clin Neurosci*. 2017; 8(3): 203–212. [Link]
14. Niknasab F, Hemayattalab R, Sheikh M, Houmanian D. The effectiveness of play therapy on symptoms of children with attention deficit – hyperactivity disorder. *International Journal of Sport Studies*. 2016; 6(6): 350-358. [Link]
15. Robinson A, Simpson C, Hott BL. The effects of child-centered play therapy on the behavioral performance of three first grade students with ADHD. *International Journal of Play Therapy*. 2017; 26(2): 73-83. [Link]
16. Jafari N, Mohammadi MR, Khanbani M, Farid S, Chiti P. Effect of play therapy on behavioral problems of maladjusted preschool children. *Iran J Psychiatry*. 2011; 6(1): 37–42. [Link]
17. Haapala EA, Poikkeus A-M, Tompuri T, Kukkonen-Harjula K, Leppänen PHT, Lindi V, et al. Associations of motor and cardiovascular performance with academic skills in children. *Med Sci Sports Exerc*. 2014; 46(5): 1016–1024. [Link]
18. Chinekeshe A, Kamalian M, Eltemasi M, Chinekeshe S, Alavi M. The effect of group play therapy on social-emotional skills in pre-school children. *Glob J Health Sci*. 2013; 6(2): 163–167. [Link]
19. Sarpoulaki B, Kolahi P. Role of play therapy on aggression and learning disabilities in students: a quasi-experimental design. In: *IJIP.In. The International Journal of Indian Psychology*, Volume 3, Issue 4, No. 57. RED'SHINE Publication. Inc; 2016, pp: 12-22. [Link]
20. Hassani R, Mirzaeeian B, Khalilian A. Effectiveness of cognitive behavior-based play therapy on anxiety and self-esteem of children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) children. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2013; 8(29): 163–180. [Persian]. [Link]
21. Hosseini-Khanzadeh AA. The effect of child-centered play therapy on the self-efficacy in peer relations among students with oppositional defiant disorder

- symptoms. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2017; 4(3): 49-59. [Persian]. [\[Link\]](#)
22. Shalani B, Azadimanesh P. The comparison of efficacy of group art therapy and puppet play therapy on the social skills of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2016; 2(4): 103-112. [Persian]. [\[Link\]](#)
 23. Akbari B, Rahmati F. The efficacy of cognitive behavioral play therapy on the reduction of aggression in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2015; 2(2): 93-100. [Persian]. [\[Link\]](#)
 24. Ali Nejad A, Safarour SN. Influence of playing games on improving reading and writing disorder in primary children. *International Conference on New Horizons in Educational Sciences, Psychology and social harm, Society of Modern Horizons of Science and Technology, Tehran, 2016*. [Persian]. [\[Link\]](#)
 25. Sabet Imani M. The effectiveness of therapeutic game based on cognitive-behavioral approach on behavioral problems (emotional, anxious and social, and aggressive behavior) of elementary students in Neyshabur City [Ph.D. Thesis]. [Ahvaz, Iran]: Shahid Chamran University of Ahvaz; 2013. [Persian]. [\[Link\]](#)
 26. Perry LH. Play therapy behavior of maladjusted and adjusted children [PHD thesis]. [US]: ProQuest Information & Learning; 1989. [\[Link\]](#)
 27. Meany-Walen KK, Teeling S. Adlerian play therapy with students with externalizing behaviors and poor social skills. *International Journal of Play Therapy*. 2016; 25(2): 64-77. [\[Link\]](#)
 28. 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. [\[Link\]](#)
 29. Khaledi S, Validi Pak A, Mirkhan I, Atai M. The positive impact of play therapy on writing performance of students with dysgraphia. *International Journal of School Health*. 2014; 1(2): e22655. [\[Link\]](#)
 30. Khadyavi Zand Z, Agha Mohamadiyan Sherbaf H, Asghari Nekah SM. The effect of group therapy on reducing aggression in preschool children. *First National Conference on Research and Therapy in Clinical Psychology, Azad University of Torbat Jam; 2012*. [Persian]. [\[Link\]](#)
 31. Nazari S, Kooti E, Saiahi H. Learning disorder diagnostic criteria in the revised intelligence standard and wechsler's children. *Exceptional Education*. 2012; 1(109): 36-45. [Persian]. [\[Link\]](#)
 32. Yahyazadeh A, Hossein khazadeh AA. The Effectiveness of Story Reading in Increasing the Reading Motivation of Students with Dyslexia. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2015; 5(20): 39-54. [Persian]. [\[Link\]](#)
 33. Karami Nouri R, Moradi AR, Akbari Zardkhaneh S, Zahedian H. Reading and dyslexia test. Tehran: Jahad daneshgahi; 2009. [Persian].
 34. Hosaini M, Moradi A, Kormi Nouri R, Hassani J, Parhoon H. Reliability and Validity of Reading and Dyslexia Test (NEMA). *Advances in Cognitive Science*. 2016; 18(1): 22-34. [Persian]. [\[Link\]](#)
 35. Ahangar Ghorbani Z. The effectiveness of teaching executive actions on social skills and behavioral disorders in dyslexic students [Master's Thesis]. [Guilan, Iran]: University of Guilan; 2013. [Persian]. [\[Link\]](#)
 36. Rezayi S, Lari lavasani M. The Relationship between motor skills and social skills and Challenging behaviors in children with autism spectrum disorder. *Quarterly of Psychology of Exceptional Individuals*. 2017; 7(25): 19-33. [Persian]. [\[Link\]](#)
 37. Naderi EA, Seif Naraghi M. Learning disorders. Tehran: Arasbaran; 2016. [Persian].
 38. Jensen E. Brain-based learning: a reality check. *Educational Leadership*. 2000; 57(7): 76-80. [\[Link\]](#)