

اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب مدرسه و کم‌رویی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۲/۲۸ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۰/۳۰

خلاصه

مقدمه

مطالعات نشان دهنده تاثیر اختلال یادگیری بر اضطراب مدرسه و کم‌رویی دانش‌آموزان است. هدف این پژوهش تعیین اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب مدرسه و کم‌رویی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری بود.

روش کار

در این پژوهش از روش نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش، شامل دانش‌آموزان دختر و پسر پایه چهارم و پنجم دبستان شهر تهران بود که دارای اختلال یادگیری هستند و به مراکز توانبخشی اختلال‌های یادگیری ارجاع داده شده‌اند. از این جامعه، ۳۰ نفر بصورت هدفمند انتخاب شدند و بصورت تصادفی در دو گروه (۱۵ تایی) آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. پرسشنامه‌های اضطراب مدرسه (فیلیس، ۱۹۷۸) و کم‌رویی (کروزیر، ۱۹۹۵) ابزار پژوهش بودند. یافته‌های پژوهش در نهایت با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و آزمون کوواریانس در سطح ۰/۰۵ تحلیل شدند.

نتایج

یافته‌های توصیفی نشان داد که نمرات گروه آزمایش نسبت به نمرات گروه کنترل کاهش محسوسی هم در اضطراب مدرسه و هم در کم‌رویی دارد. نتیجه تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون، میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه اختلاف آماری معناداری داشتند ($p < 0.01$).

نتیجه‌گیری

بر طبق نتایج حاصل، این مطالعه نشان می‌دهد که بازی درمانی شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب مدرسه و کم‌رویی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری تاثیر مثبت دارد.

کلمات کلیدی

بازی درمانی شناختی رفتاری، اضطراب مدرسه، کم‌رویی، اختلال یادگیری
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

سارا مالکی اقبه کندی^{۱*}

زهرا محمدی‌نیا^۲

ندا محمدی‌نیا^۳

سعیده فتاحی^۴

^۱ گروه روانشناسی تربیتی، واحد علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ گروه روانشناسی تربیتی، واحد علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۳ گروه روانشناسی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران

^۴ گروه روانشناسی تربیتی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

* گروه روانشناسی تربیتی، واحد علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

Email: saramaleki3056@yahoo.com

مقدمه

در بین اختلالات‌های رشدی دوران کودکی، اختلال یادگیری یکی از رایجترین آنهاست (۱). اختلالات یادگیری خاص به نقایصی اطلاق می‌شود که در آن کودک مبتلا، در زمینه کسب مهارت‌های مورد انتظار خواندن، نوشتن، تکلم و یا ریاضیات نسبت به کودکان هم سن و دارای ظرفیت هوشی مناسب در سطحی پایینتر می‌باشد. تاکنون تعاریف متعددی از اختلالات یادگیری ارائه شده است. طبق پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی اختلال یادگیری زمانی تشخیص داده می‌شود که فرد حداقل به مدت ۶ ماه در یکی از موارد: نادرست یا کند خواندن کلمات، درک معنی آنچه خوانده می‌شود، املا، بیان نوشتاری، محاسبه و استدلال ریاضیات نقص و مشکل داشته باشد و این تواناییها بسیار پایینتر از آن باشند که با توجه به سن تقویمی از فرد انتظار می‌رود و به میزان چشمگیری با فعالیتهای روزمره زندگی و پیشرفت تحصیلی فرد تداخل کند. درواقع اختلالات یادگیری اصطلاحی کلی برای گروه ناهمگنی از اختلالات است که از طریق مشکلات بارز در کسب و استفاده از مهارت گوش دادن، سخن گوئی، خواندن، نوشتن و استدلال یا مهارت‌های ریاضی جلوه گر می‌شود. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد کودکان مبتلا به اختلال یادگیری دارای نواقصی در کارکردهای اجرایی می‌باشند (۲). در واقع اختلال‌های یادگیری عبارت است از اختلال در یک یا چند فرایند اساسی روانشناختی که در فهم یا کاربرد زبان گفتاری یا نوشتاری ایجاد مشکل کرده و ممکن است به صورت توانایی ناقص در گوش دادن، فکر کردن، صحبت کردن، خواندن، نوشتن، هجی کردن کلمه ها یا محاسبه‌های ریاضی ظاهر گردد (۳). در فراتحلیلی بر روی پژوهش‌های انجام شده در ایران، میزان شیوع اختلال‌های یادگیری در مقطع ابتدایی، ۴/۵۸ درصد

گزارش شده است که پسرها ۱/۱ تا ۲/۲ درصد بیش از دخترها مبتلا به این اختلال‌ها هستند (۴). افراد مبتلا به اختلال یادگیری، دارای مشکلات ویژه‌ای در حوزه تحصیلی (خواندن، نوشتن و ریاضی) هستند (۵). یکی از مشکلات این دانش‌آموزان، داشتن اضطراب است (۶). گرچه مقدار معینی از اضطراب برای انجام فعالیت‌های روزمره لازم و ضروری است، اما اگر اندازه آن از حد طبیعی فراتر رود، مانعی در انجام کارها ایجاد می‌کند. این اضطراب انواع مختلفی دارد که یکی از آنها اضطراب مدرسه است. اضطراب مدرسه یک حالت هیجانی نامطلوب که با پریشانی و تشویش همراه است و تحت عوامل موقعیتی و خصیصه‌ای شکل می‌گیرد و منبع اصلی آن ترس از شکست و فقدان اعتماد به نفس است (۷). اضطراب مدرسه از چهار بعد اضطراب امتحان، ترس از ابراز وجود، واکنش‌های فیزیولوژیک و فقدان اعتماد به نفس تشکیل شده است (۸). یکی دیگر از مشکلات کودکان دارای اختلال یادگیری، کم‌رویی است (۹). کم‌رویی مشکلی است که از گذشته تا کنون به جهات بسیار مختلف دامنگیر افراد مختلف بوده و هست. این مشکل به دلایل متعدد مورد توجه قرار نگرفته است، و عامه مردم کمتر از آن به عنوان یک معضل و مشکل یاد می‌کنند. غافل از این که انزوایی و کم‌رویی در بطن جامعه، فرد را با مشکلات زیادی اعم از عدم توانایی ایجاد رابطه با دیگران و به تبع آن ناتوانی در یادگیری و کسب آگاهی‌ها و مهارت‌های مختلف مواجه می‌کند. شاید از دلایلی که والدین و حتی معلمان مدارس به این مشکل توجه نمی‌کنند برداشت غلطی است که از عملکرد افراد خجالتی دارند. این باور نادرست که کودک کم‌رو و مؤدب است، در دسر ایجاد نمی‌کند و تربیت او راحت‌تر است، موجب متقاعد شدن والدین شده که کم‌رویی را به عنوان یک مشکل ندانسته و به این ترتیب از مشکلاتی که کودک در آینده با آن مواجه خواهد شد غافل بمانند (۱۰). کم‌رویی همواره با ناتوانی از کنار آمدن با زندگی اجتماعی، خانوادگی و

شناختی رفتاری مرحله ارزیابی آغاز می‌شود؛ درمانگر، در مرحله میانی، نقشه درمان را طراحی می‌کند و درمان، روی افزایش خودکنترلی کودک، حس پیشرفت و یادگیری پاسخهای سازگارانه‌تر برای رویارویی با موقعیتهای خاص، متمرکز می‌شود. تعمیم و پیشگیری از عود و بازگشت در مرحله میانی، به کار گرفته می‌شود تا کودک مهارتهای جدیدی در مورد زمینه‌های گوناگون بیاموزد؛ در مرحله پایانی، کودک و خانواده‌اش برای خاتمه درمان آماده می‌شوند (۱۶).

بررسی پژوهش‌های انجام شده در داخل و خارج کشور نشان دهنده تاثیر گذاری مثبت بازی درمانی بر زمینه‌های روانی مختلف کودکان دارد. برای مثال پژوهشی نشان داد که بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر سازگاری اجتماعی و تحصیلی کودکان با اختلال خواندن موثر است (۱۷)؛ همچنین در پژوهشی دیگر نشان داده شد در که بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان تاثیر دارد (۱۸). بازی درمانی بر تنظیم هیجان، افسردگی و اضطراب کودکان مبتلا به دیابت موثر است (۱۹). بازی درمانی بی‌رهنمود بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش‌دستانی موثر است (۲۰). در مطالعه‌ای دیگر با عنوان اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری کوتاه مدت در درمان مشکل‌های یادگیری کودکان نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری به شیوه گروهی موجب کاهش مشکل‌های یادگیری دانش آموزان شده و در نتیجه موجب بهبود عملکرد تحصیلی دانش آموزان شده است (۲۱).

همچنانکه ذکر شد کودکانی که به کلینیک‌های روانشناختی مراجعه می‌کنند معمولاً دارای اضطراب بالا و نارسایی در شایستگی اجتماعی هستند، مرور پژوهش‌ها نشان داد که بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری بر متغیرهای مختلفی موثر واقع شده است اما تعیین تاثیر آن بر اضطراب مدرسه و کمرویی مغفول واقع شده است. از این رو هدف این پژوهش تعیین

حرفه ای مشخص می‌شود که می‌تواند به صورت کاهش حرمت نفس، اضطراب، احساس تنهایی و طردشدگی بروز کند. در صورت عدم اصلاح کمرویی در کودکان پیش دبستانی در اکثر موارد می‌تواند به اشکال و انواع مختلف در سنین بعدی و حتی تا بلوغ ادامه یابد و فرد را با مشکلات جدی روبرو سازد (۱۱).

به منظور تاثیرگذاری بر کودکان دارای مشکلات خاص، رویکردهای مختلفی ایجاد شده‌اند؛ اما کودکان به دلیل پایین بودن سطح تفکر انتزاعی، قادر به بیان هیجانات و احساسات خود نیستند، سرکوب و عدم مهارت در بیان احساسات بویژه از نوع منفی آن بهداشت روانی کودکان را به خطر می‌اندازد. لذا بازی ابزاری است که کودک به کمک آن خود را ابراز می‌کند (۱۲). بازی درمانی استفاده سیستماتیک از یک الگوی نظری به منظور برقراری یک فرایند میان فردی است که در آن با استفاده از قدرت درمانی بازی به پیشگیری و یا رفع مشکلات مراجع و دستیابی به رشد و پرورش مطلوب وی کمک می‌شود. بازی وسیله‌ی بیان و ارتباط کودک است و به عقیده‌ی برخی از پژوهشگران بخش مهمی از فرایند درمانگری را تشکیل می‌دهد (۱۳)، کودک را با دنیای خارجی او ارتباط می‌دهد و باعث می‌شود که کودک بتواند اشیای خارجی را تحت کنترل خود درآورد. بازی به کودک اجازه می‌دهد تا تجربیات، افکار، احساسات و تمایلاتی را که برای وی تهدیدکننده هستند، نشان دهد (۱۴).

بازی درمانی مبتنی بر شناختی-رفتاری امروزه توجه محققان زیادی را به خود جلب کرده است. اینگونه بازی‌ها دارای ارزش آموزشی و همچنین تفریح-سرگرمی هستند. اینگونه بازی‌ها توانایی بالقوه خوبی در زمینه رشد مهارت‌های شناختی/فراشناختی و همچنین مهارت‌های رفتاری دارد (۱۵). بازی درمانی شناختی-رفتاری، در حین عبور کودک از مراحل متعدد درمانی (مرحله آغازین- مرحله ارزیابی، مرحله میانی و مرحله پایانی) انجام می‌گیرد. بعد از آمادگی، برای بازی درمانی

اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب مدرسه و کم‌رویی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری بود.

مواد و روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل دانش‌آموزان دختر و پسر پایه چهارم و پنجم دبستان شهر تهران بود که دارای اختلال یادگیری هستند و به مراکز توانبخشی اختلال‌های یادگیری ارجاع داده شده‌اند. از این جامعه، ۳۰ نفر بصورت هدفمند انتخاب شدند و بصورت تصادفی در دو گروه (۱۵ تایی) آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود دانش‌آموزان عبارت بود از مبتلا بودن به اختلال یادگیری و داشتن رضایت والدین برای شرکت در مداخله و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از یک جلسه در مداخله و دریافت آموزش روانشناختی دیگر بود. روش اجرا بدین ترتیب بود که پرسشنامه‌های پژوهش (اضطراب مدرسه و کم‌رویی) در اختیار نمونه‌های پژوهش قرار داد شد تا به آنها پاسخ داده شود. سپس برای کودکان گروه آزمایشی به مدت دو ماه، هشت جلسه بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری برگزار شد؛ اما برای گروه کنترل بازی یا مداخله خاصی اعمال نشد؛ سرانجام در پایان دوره برای گروه آزمایشی، پس‌آزمون هر دو گروه اجرا شد. بدین ترتیب داده‌های لازم برای بررسی هدف پژوهش مورد جمع‌آوری قرار گرفت و با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس به تحلیل داده‌ها پرداخته شد؛ گفتنی است که قبل از تحلیل کواریانس، مفروضه‌های این آزمون با استفاده از آزمون کالموگراف اسمیرنوف و آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. در ادامه به توضیح ابزارهای پژوهش پرداخته می‌شود:

پرسشنامه اضطراب مدرسه: برای سنجش اضطراب مدرسه از پرسشنامه فیلیپس (۱۹۷۸) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۷۴

ماده است و ۴ بعد ترس از ابراز وجود، اضطراب امتحان، فقدان اعتماد به نفس و واکنش‌های فیزیولوژیک است. ابوالمعالی و همکاران در پژوهشی به پایاسازی و اعتباریابی این پرسشنامه پرداختند که حاصل آن پژوهش کاهش تعداد ماده‌های این پرسشنامه به ۵۲ بود. نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت بله (نمره ۳)، گاهی اوقات (نمره ۲) و خیر (نمره ۱) است. روایی این پرسشنامه در پژوهش ابوالمعالی تایید شد و پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳ بدست آمد (۷). در این پژوهش نیز پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بدست آمد.

پرسشنامه کم‌رویی: برای اندازه‌گیری میزان کم‌رویی دانش‌آموزان از مقیاس پرسشنامه کم‌رویی کودکان کروزیبر (۱۹۹۵) استفاده شد. مقیاس کروزیبر (۱۹۹۵) وسیله‌ای برای سنجش کم‌رویی کلی کودکان است. این ابزار در مطالعات و تحقیقات قبلی خارجی در سطح وسیعی استفاده شده و به اندازه کافی تحلیل شده است. پرسشنامه کم‌رویی کودکان دو وجه شناختی و بدنی از کم‌رویی را مشخص می‌کند. این ابزار از کم‌رویی ادراک‌شده خود کودکان ناشی شده است. این پرسشنامه شامل ۲۶ سؤال است که برای سنجش کم‌رویی کلی کودکان سنین دبستانی استفاده می‌شود، پاسخ هر عبارت پرسشنامه به صورت دو بخش «بلی»، «خیر» و «نمیدانم» طرح شده است. دانش‌آموزان عبارتها را مطالعه می‌کنند و هر عبارتی را که درباره آنها صدق میکند با علامت (x) نشان می‌دهند. اعتبار ابزار از طریق اعتبارسنجی همزمان مطلوب و پایایی آن نیز از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شده است (۲۲). در این پژوهش نیز پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بدست آمد.

یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری

ردیف جلسه	خلاصه محتوا
اول	آشنایی اعضا با هدفها و قوانین گروه و تشریح فعالیتهای هر جلسه
دوم	انجام فعالیتهایی نظیر پریدن، تکه تکه کردن، چنگ زدن به گل رس و بیان احساس های خود در هنگام انجام فعالیتهای حفظ شعرهای حروف الفبا
سوم	ساختن مجسمه‌هایی از گل رس که بیانگر احساس های کودک باشد. بیان داستان در مورد مجسمه‌های ساخته شده توسط هر یک از اعضا حفظ شعرهای کتاب خوان داری
چهارم	ساختن مجسمه‌هایی از گل رس که بیانگر احساس های کودک باشد بیان داستان در مورد مجسمه‌های ساخته شده توسط هر یک از اعضا خواندن شعر کتاب به صورت دسته جمعی
پنجم	چیدن مجسمه‌ها در کنار یکدیگر به تشخیص کودکان بحث در مورد چگونگی وضعیت قرار گرفتن هر مجسمه حفظ کردن متن نمایشنامه برای جلسه بعدی
ششم	انتخاب حیوان مورد نظر هر یک از اعضای گروه بحث در مورد افکار، علایق، نیازها و فعالیت‌های حیوان مورد نظر هر یک از اعضا مشخص کردن نقش حیوانات برای اجرای نمایش
هفتم	تنظیم داستان و بحث در مورد آن توسط اعضای گروه و پژوهشگر انتخاب نمایش در مورد کلاس درس
هشتم	انتخاب شخصیت‌های نمایش (سلطه‌پذیر یا ترسو و سلطه‌پذیری با قوی) تکرار کلمه‌های یا رفتارهای هر یک از شخصیت‌های نمایش توسط کودک نمایش‌دهنده بحث و گفت‌وگو در مورد کنش هر کودک نمایشگر

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی سن آزمودنی‌ها به همراه آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین سن دو گروه

گروه	میانگین	انحراف معیار	مقدار P
گروه آزمایش	۱۱/۵۲	۱/۴۵	۰/۰۹۱
گروه کنترل	۱۱/۷۸	۱/۹۶	

نتایج

در پژوهش حاضر ۳۰ دانش‌آموز مبتلا به اختلال یادگیری حضور داشتند. میانگین سنی و انحراف معیار دانش‌آموزان به تفکیک گروه در جدول زیر آورده شده است. در جدول ۲ نتیجه آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین سن دانش‌آموزان شرکت در دو گروه آزمایش و کنترل آورده شده

است؛ همانطور که مشاهده می‌شود، تفاوت معنی داری در میانگین سنی دو گروه مشاهده نشد. قبل از استفاده از آزمون تحلیل کواریانس باید برخی از پیش فرض‌های مهم این آزمون آماری مورد بررسی قرار بگیرد، چرا که عدم رعایت این مفروضه‌ها ممکن است نتایج تحقیق را با سوگیری همراه سازد. پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل

بررسی قرار گرفت. هر سه مفروضه آزمون تحلیل کوواریانس برقرار بود. یعنی استفاده از تحلیل کوواریانس برای تحلیل داده‌های این پژوهش مناسب بود.

کوواریانس عبارتند از: نرمال بودن توزیع پراکندگی داده‌ها - برابری واریانس‌های خطا - همگن بودن خطوط رگرسیون، این سه مفروضه قبل از تحلیل کوواریانس برای این پژوهش مورد

جدول ۳. نتایج توصیفی نمرات اضطراب مدرسه به همراه نتایج تحلیل کوواریانس

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		مقایسه پس آزمون
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آزمایش	۸۰/۱۴	۱۷/۵۲	۶۱/۴۱	۱۳/۹۶	P مقدار ۱۴/۷۶ <۰/۰۰۱
کنترل	۷۸/۱۹	۱۶/۱۰	۷۷/۵۲	۱۸/۱۲	

گروه کنترل تقریباً تغییرات بسیار جزئی بود. نتیجه تحلیل کوواریانس ارایه شده در این جدول نشان داد که پس از حذف اثر پیش آزمون، میانگین نمرات پس آزمون دو گروه در میزان اضطراب مدرسه اختلاف آماری معناداری داشتند ($p < 0/001$).

با توجه به جدول ۳ مشخص است که نمرات گروه آزمایش نسبت به نمرات گروه کنترل تغییرات محسوسی در متغیر اضطراب مدرسه نشان می‌دهند. به طوریکه، میانگین نمره گروه آزمایش از $80/14 \pm 17/52$ در مرحله پیش آزمون به $61/41 \pm 13/96$ در مرحله پس آزمون کاهش پیدا کرد. در حالی که برای

جدول ۴. نتایج توصیفی نمرات کم‌رویی به همراه نتایج تحلیل کوواریانس

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		مقایسه پس آزمون
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آزمایش	۲۵/۳۴	۴/۵۲	۱۹/۷۴	۵/۱۲	P مقدار ۲۱/۱۲ <۰/۰۰۱
کنترل	۲۴/۶۷	۵/۱۲	۲۵/۱۲	۶/۱۹	

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب مدرسه و کم‌رویی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری انجام شد. اولین یافته پژوهش نشان داد که بازی درمانی شناختی رفتاری موجب کاهش اضطراب مدرسه دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری شده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های اکبری و همکاران (۱۹) و قدم‌پور و همکاران (۲۰) همسو بود.

با توجه به جدول ۴ مشخص است که نمرات گروه آزمایش نسبت به نمرات گروه کنترل تغییرات محسوسی در متغیر کم‌رویی کرده است. به طوریکه، میانگین نمره گروه آزمایش $25/34 \pm 4/52$ در مرحله پیش آزمون $19/74 \pm 5/12$ در مرحله پس آزمون کاهش پیدا کرد. در حالی که برای گروه کنترل تقریباً تغییرات بسیار جزئی بود. نتیجه تحلیل کوواریانس ارایه شده در این جدول نشان داد که پس از حذف اثر پیش آزمون، میانگین نمرات پس آزمون کم‌رویی دو گروه اختلاف آماری معناداری داشتند ($p < 0/001$).

بازی درمانی یکی از مهمترین ابزارهای جایگزین هم‌صحبتی است. بازی زبان کودکان است و به او اجازه می‌دهد که با دوستان خود بدون کلام صحبت بکند. بازی درمانی برای کودکان کاری را انجام می‌دهد که صحبت و مشاوره و روان‌درمانی برای بزرگسال فراهم می‌کند. بازی یکی از ابزارهای جایگزینی هم‌صحبتی است. بازی درمانی رویکرد شناختی- رفتاری پاسخهای عاطفی و رفتاری کودک به رویدادهای زندگی هستند. از اینکه چگونه این رویدادها ادراک و یادآوری می‌شوند در این روش چنین فرض می‌شود که آنها فاقد باورها و محتویات شناخت، یا استعدادهای حل مسئله (فرآیندهای شناختی) از جهاتی آشفته و مختل می‌باشد. نارسایی‌های شناختی به عدم پردازش شناختی کارآمد اشاره دارد، بازی درمانگران شناختی- رفتاری همواره سعی می‌کنند از طریق تسهیل کسب مهارت‌های جدید و فراهم آوردن تجاربی که تغییر شناختی را تسهیل کند به کودک و نوجوان کمک می‌کنند (۱۹).

در تبیین این یافته می‌توان از دیدگاه‌های نظریه پردازان بازی مدد جست. نظریه پردازان روان پویایی، بازی کردن را به عنوان روشی برای کودکان جهت برقراری ارتباط و ابراز خواسته‌های درونی مفهوم پردازی کرده‌اند. به اعتقاد فروید بازی کردن باعث می‌شود تا کودکان از عهده تجربیات منفی زندگی خود مثل مرگ یکی از والدین، یا رفتن پیش پزشک، بوسیله فراهم کردن کنترل حوادث استرس زای زندگی بریابند. همچنین اریکسون براین اعتقاد است که بازی کردن به کودکان اجازه می‌دهد تا به ایجاد موقعیت ومدلی برای مقابله با تجارب زندگی خود پردازند همچنین او بیشتر از فروید بر اهمیت بازی بین فردی در بروز عواطف تاکید می‌کند. به همین ترتیب، روانشناسان شناختی نیز بر اهمیت بازی کردن تاکید دارند اما تاکید آنها بیشتر بر جنبه‌های شناختی بازی است تا جنبه‌های احساسی آن (۲۳).

همچنین در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری برای توصیف مداخله‌های روان‌مانگرانه که با تغییر فرآیندهای شناختی هدف آن کاهش ناراحتی‌های روانشناختی و رفتار ناسازگارانه است که نحوه تفکر ما بر احساس ما تأثیر می‌گذارد نقش مهمی در درمان اضطراب ایفا می‌کند. افزون بر این نحوه عمل ما در یک موقعیت به پیامدهایی که به دنبال رفتار می‌آیند بستگی دارد. به عبارت دیگر اگر پس از یک رفتار اتفاق ناخوشایندی بیافتد، آن رفتار به احتمال زیاد کاهش پیدا می‌کند یا حتی متوقف می‌شود. این روش در درمان اختلال‌های اضطراب تعمیم یافته، مؤثر و سودمند است. در درمان شناختی- رفتاری، درمانگر به کودک مهارت‌های مقابله‌ای و موقعیت‌هایی را برای او مهیا می‌کند تا این مهارت‌های مقابله‌ای را تمرین کند. این مهارتها عواملی حمایت‌کننده در اختلال‌های اضطرابی کودکان هستند؛ بدین ترتیب بازی‌درمانی به شیوه شناختی رفتاری، اضطراب مدرسه کودکان مبتلا به اختلال یادگیری را کاهش می‌دهد.

نتیجه بعدی پژوهش نشان داد که بازی درمانی شناختی رفتاری موجب کاهش کم‌روبی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری شده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های رینکون و همکاران (۲۴) و رودباگ و همکاران (۲۵) همسو بود.

بازی درمانگران، اهداف بازی را به صورت رشد خود، پختگی و رشد ارتباط دسته بندی کرده اند. در زمینه رشد، خود کودکان از بازی برای بیان احساسات و افکار، کشف علایق و کسب احساس کنترل بر روی محیط استفاده می‌کنند. در مورد فرایند پختگی یا رشد، بازی می‌تواند به منظور رشد و توسعه مهارت‌های حرکتی، شناختی، زبانی و حل مسأله به کار برده شود که فرصت آگاهی یافتن از محیط خود را به کودک می‌دهد. سرانجام این که بازی با دیگران و توانایی وسایل بازی متنوع می‌تواند مهارت‌های اجتماعی کودکان و توانایی آن‌ها را در همکاری و همدلی کردن با دیگران افزایش دهد (۲۶). هدف اولیه بازی درمانی شناختی- رفتاری نیز شناسایی و تغییر افکار ناسازگار مرتبط با رفتارها و مشکلات هیجانی کودک است. از نظر

رفتاری بر اساس نظریه مایکنبام علائم کمرویی را در کودکان کاهش دهیم که تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از انجام پژوهش نشان می‌دهد این روش مؤثر بوده است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که کمرویی و گوشه‌گیری اجتماعی علاوه بر آن که ریشه در اضطراب این کودکان دارد، این کودکان مهارت‌های دوست‌یابی و چگونگی برقراری ارتباط با همسالان خود را نیاموخته، یا به گونه‌ای ناصحیح با آنان رابطه برقرار می‌کنند و به همین علت، برقراری ارتباط آنان با پاسخ‌های مثبت همراه نمی‌شود و ممکن است که از جمع همسالان و محیط‌های دیگر طرد شده، کم‌کم در رابطه با توانایی‌های خود دچار شک و تردید شوند و به جای ارتباط صحیح، عدم برقراری ارتباط و گوشه‌گیری اجتماعی را برگزینند. زیرا خود و توانایی خود را کمتر از توانایی دیگران تخمین می‌زنند Baggerly و Parke بیان کردند که بازی درمانی با رویکرد شناختی و رفتاری بر یادگیری، خود شاهدهی، مسئولیت، ابراز احساسات، احترام گذاشتن، پذیرش خود و دیگران و بهبود مهارت‌های اجتماعی، عزت نفس، کاهش کمرویی و گوشه‌گیری، افسردگی و اضطراب مؤثر است (۲۷).

در نهایت می‌توان گفت که بر طبق نتایج حاصل، این مطالعه نشان می‌دهد که بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب مدرسه و کم‌رویی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری قابلیت کاربرد داشته و می‌تواند به عنوان یک مداخله‌ی روانشناختی در کنار سایر مداخلات مورد استفاده قرار گیرد. و همچنین می‌تواند درمان مناسبی برای بهبود وضعیت روانی کودکان خاص باشد و

از محدودیت‌های این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و فقدان زمان کافی و همکاری لازم برای پیگیری و سنجش پایداری نتایج درمان بود. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به منظور تعمیم دهی بهتر از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود، همچنین به منظور سنجش پایداری نتایج درمان از آزمون پیگیری استفاده شود.

این رویکرد، شناخت نقش مهمی در استرس‌هایی که افراد تجربه می‌کنند دارد. مفهوم شناخت در این رویکرد به سه شیوه به کار رفته است که عبارتند از: رویدادهای شناختی، فرایندهای شناختی و ساختارهای شناختی. رویدادهای شناختی به تصاویر ذهنی و افکار مشخص و روشنی اطلاق می‌شود که پژوهشگران آن‌ها را نوعی گفتگوی درونی که با قطع کیفیت خودکار رفتار شخص بروز می‌کنند، توصیف می‌کنند. این گفتگوی درونی، اسنادها، انتظارات و ارزیابی‌هایی از خویش و تکلیف یا افکار و تصاویر ذهنی نامربوط به تکلیف را با هم ترکیب می‌کند. این گفتگوها خارج از کنترل شخص اند و ویژگی غیرقابل کنترل آن در موقعیت‌های پر استرس و ناراحت‌کننده بیشتر جلوه گر شده، بنا بر این اثرگذاری آن بیشتر است. با وجود این درمانگر می‌تواند به مراجع کمک کند تا وی از چنین فرایندهای فکری آگاه شود، به آن‌ها توجه کرده و آن‌ها را تغییر دهد. فرایندهای شناختی دومین جنبه از کاربرد مفهوم شناخت است. این فرایند که در این جا از اهمیت زیادی برخوردار است سوگیری خود تأییدی یا «فرایندهای خودکام‌بخش» است که بر مبنای آن افراد بر اساس فرض‌هایی که از قبل در ذهن دارند اطلاعات خاصی را در محیط جستجو کرده و با کمک این اطلاعات فرض‌های خود را تأیید می‌کنند و به تبع آن رفتار نموده و بر رفتار دیگران نسبت به خود نیز تأثیر می‌گذارند. سومین جنبه از شناخت، اصطلاح ساختارهای شناختی است که به اعتقادات، تعهدها و فرضیه‌های ضمنی که فرد بر طبق عادت بر اساس آن‌ها محیط را تعبیر و تفسیر می‌کند، اشاره دارد. همان‌طور که بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهند و نظریه پردازان بسیاری بر آن تأکید دارند هر یک از این جنبه‌های شناخت که ذکر شد، به گونه‌ای رفتار فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. بر اساس رویکردهای شناختی-رفتاری برای تغییر رفتار و حذف اثرهای منفی شناخت‌های آسیب‌دیده بر فرد، باید آن‌ها را اصلاح کرده و تغییر داد. مایکنبام معتقد است که با استفاده از خودگویی‌های درونی می‌توان به افراد کمک نمود که رفتارهای خود را کنترل کنند. بر همین اساس در این پژوهش سعی کردیم با استفاده از بازی درمانی شناختی-

Reference

1. Robertson MD, Schwendicke F, de Araujo MP, Radford JR, Harris JC, McGregor S, Innes NP. Dental caries experience, care index and restorative index in children with learning disabilities and children without learning disabilities; a systematic review and meta-analysis. *BMC oral health*. 2019 Dec;19(1):1-6.
2. Van der Sluis S, de Jong PF, van der Leij A. Executive functioning in children, and its relations with reasoning, reading, and arithmetic. *Intelligence*. 2007 Sep 1;35(5):427-49.
3. Pour Abdul S, Sobhi Qaralamaki N, Abbasi M. Cognitive impairment profile, emotional failure and cognitive avoidance in students with and without specific learning disorder. *Quarterly Journal of Psychological Methods and Models*. 2016; 6 (20): 55-72.
4. Alizadeh Fard S, Mohtashemi T, Tadriz Tabrizi M. The Effectiveness of Parental Education Program on Social Skills for Children with Learning Disabilities. *Learning Disabilities*. 2015; 5 (3): 89-107.
5. Aro, T., Eklund, K., Eloranta, A. K., Närhi, V., Korhonen, E., & Ahonen, T. (2019). Associations between childhood learning disabilities and adult-age mental health problems, lack of education, and unemployment. *Journal of Learning disabilities*, 52(1), 71-83.
6. Nelson JM, Harwood H. Learning disabilities and anxiety: A meta-analysis. *Journal of learning disabilities*. 2011 Jan;44(1):3-17.
7. Abolmaali, Khadijeh, Dortaj Fariborz, Salaki Mohammad, Saleh Sedghpoor Bahram,(1994). Standardization, reliability and validation of school anxiety scale(SAS). , MA thesis in Educational Psychology, Allameh Tabataba'i University
8. Phillips BN. *School stress and anxiety: Theory, research, and intervention*. Human Sciences Press; 1978.
9. Hughes K, Coplan RJ. Exploring processes linking shyness and academic achievement in childhood. *School Psychology Quarterly*. 2010 Dec;25(4):213.
10. Jafari A. The effect of play therapy with Mickenbaum cognitive-behavioral approach on shyness in school children *Journal of Educational Psychology*, 2012; 3 (1): 15-29.
11. Rezaei E. The effectiveness of play therapy on reducing shyness in children. *New advances in behavioral sciences*. 2019; 3 (19): 45-58
12. Ray DC, Schottelkorb A, Tsai MH. Play therapy with children exhibiting symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Play Therapy*. 2007;16(2):95.
13. Watson DL. An early intervention approach for students displaying negative externalizing behaviors associated with childhood depression: A study of the efficacy of play therapy in the school. Capella University; 2007.
14. Wethington, H. R; Hahn, R. A; Fugua-Whiteley, D. S; Pe, T. A; Crosloy, A. E; Johnson, R. L; Liberman, A. M; Mosci chi, E; Price, L. N; Tuma, F. K; Halra, G; Chatto. & Padhyay, S. K. The effectiveness of interventions to reduce psychology harm form traumatic events among child and adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*,2008; 53(3): 287-373.
15. Banneyer KN, Bonin L, Price K, Goodman WK, Storch EA. Cognitive behavioral therapy for childhood anxiety disorders: a review of recent advances. *Current psychiatry reports*. 2018 Aug 1;20(8):65.
16. Raberts R, Atkinsonson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155(6): 715-725.
17. MohammadAli Lavasani M, Keramati H, Kadivar P. The effectiveness of cognitive-behavioral game therapy on social adjustment and academic adjustment of students with reading disorder. *Learning Disabilities*, 2018; 7 (3): 91-109.
18. Zare M, Ahmadi S. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Game Therapy in Reducing Child Behavioral Problems, *Journal of Applied Psychology*, 2016; 3 (1): 18-28.
19. Akbari M, Dehgani B, Jafari A, The Impact of Cognitive-Behavioral Play Therapy on the Regulation of Emotion and Anxiety and Depression in Children with Type 1 Diabetes, *Journal of Modern Psychological Ideas* 1. 2018; (2): 45-54.
20. Ghadampour E, ShahbaziRad A, Mohammadi F, Abbasi M. The Effectiveness of Unrestricted Game Therapy on Reduction of Behavioral Disorders in Preschool Children. *Journal of Educational Psychology*, 2016; 11 (38): 1-15.
21. Rabian, A. B. & Mc closkey, S. M. A brief group cognitive-behavioral Intervention For Education Problem In childhood. *Journal of Anxiety disorders*. 2010; (18) 459- 479.
22. Zimbardo PG, Radl SL. *The shy child: A parent's guide to preventing and overcoming shyness from infancy to adulthood*. ISHK; 1999.

23. Heshamati R, AslOnari R, Shokrollahi R. The Effectiveness of Group Play Therapy Techniques on State Anxiety, Positive Feelings, and General Adjustment Level in Children with Special Learning Disabilities. *Learning Disabilities*, 2016; 5 (4): 7-24.
24. Rincon HG, Hoyos G, Badiel M. Group cognitive behavioral therapy for Depression and anxiety in an ambulatory psychosomatic cervice. *J Psyhc Res* 2003; 55:111- 29.
25. Rodebaugh TL, Holawa R, Heimberg RG. The treatment of social anxiety disorder. *Clin Psychol Rev* 2004;7:883-908.
26. Meany-Walen KK. Adlerian play therapy: Effectiveness on disruptive behaviors of early elementary aged children. University of North Texas; 2011.
27. Baggerly J, Parker M. Child-Centered group play therapy with African American boys at the elementary school level. *J Counsel Develop* 2005; 83:387-91. 35-Den-Boer JA. Social phobia: epidemiology, recognition, and treatment. *Brit Med J* 1997; 9:796-9.

*Original Article***The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on school anxiety and shyness in students with learning disabilities**

Received: 17/05/2020 - Accepted: 19/01/2020

Sara Maleki^{1*}
 Zahra MohammadiNia²
 Neda MohammadiNia³
 Saeedeh Fattahi⁴

¹ Department of Educational Psychology,
 Medical Sciences Branch, Islamic Azad
 University, Tehran, Iran

² Department of Educational Psychology,
 Medical Sciences Branch, Islamic Azad
 University, Tehran, Iran

³ Department of Psychology, Saveh
 Branch, Islamic Azad University, Saveh,
 Iran

⁴ Department of Educational Psychology,
 Science and Research Branch, Islamic
 Azad University, Tehran, Iran

*Department of Educational
 Psychology, Medical Sciences
 Branch, Islamic Azad University,
 Tehran, Iran

Email: saramaleki3056@yahoo.com

Abstract

Introduction: Studies show the effect of learning disability on school anxiety and students' shyness. The aim of this study was to determine the effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on school anxiety and shyness in students with learning disabilities.

Methods: In this study, quasi-experimental method and pre-test and post-test design with control group were used. The statistical population of this study included fourth and fifth grade male and female students of elementary school in Tehran who have math learning disabilities and have been referred to learning disability rehabilitation centers. From this population, 30 people were purposefully selected and randomly assigned to two experimental and control groups (15 each). School Anxiety Inventory (Phillips, 1978) and Shyness Questionnaire (Cruiser, 1995) were the research tools. The research findings were finally analyzed using SPSS software version 23 and covariance test at the level of 0.05.

Results: Descriptive findings showed that the scores of the experimental group compared to the scores of the control group had a significant decrease in both school anxiety and shyness. The result of analysis of covariance showed that after removing the pre-test effect, the mean post-test scores of the two groups had a statistically significant difference ($p < 0.001$).

Conclusion: According to the results, this study shows that cognitive-behavioral play therapy has a positive effect on reducing school anxiety and shyness in students with learning disabilities.

Keywords: Cognitive-behavioral play therapy, school anxiety, shyness, learning disability