

تاثیر بازی درمانی شناختی بر عزت نفس و اضطراب مبتلا به اختلال یادگیری

فرشته دانش^۱، بهناز بهنام^۲، زینب هکمتی^۳، زهرا اذانی^۳، مینا سادات میرشجاع^{۴*}

^۱ دانشجوی دکتری مشاوره، پردیس بین المللی ارس دانشگاه تهران، تهران، ایران

^۲ گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

^۳ عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشجوی کارشناسی کاردرمانی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

^{۴*} عضو مرکز تحقیقات توانبخشی عصبی-عضلانی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

چکیده

هدف: بازی درمانی شناختی حاصل ترکیب درمان شناختی- رفتاری و درمان گروهی می باشد که به پذیرش مسئولیت، کسب مهارت های استدلال، حل مسئله، مهارت های بین فردی کمک می کند، از این رو این مطالعه با هدف تاثیر بازی درمانی شناختی بر اضطراب، عزت نفس، مهارت های رفتاری- اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری انجام شد.

مواد و روش: این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی به صورت پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش انجام شد. مداخلات درمانی " در یک برنامه ی ۱۶ جلسه ای ۳ روز در هفته به مدت ۴۵ دقیقه برای شرکت کنندگان به صورت گروهی اجرا شد. ابزارهای ارزیابی آزمون شامل پرسشنامه های اضطراب اسپنس، پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت می باشد. **یافته ها:** در این مطالعه ۲۴ کودک، ۱۸ نفر دختر و ۶ نفر پسر با میانگین سنی $\pm ۸/۱۶ \pm ۰/۰۹۶$ شرکت کردند. بازی درمانی شناختی بر اضطراب اسپنس و عزت نفس تفاوت معنادار بود. ($p < ۰,۰۱$)

نتیجه گیری: بازی میتواند ارتباطات کودک را تسهیل کرده و در عین حال امکان رها سازی احساسات منفی را نیز به او بدهد و می تواند به کودک کمک کند تا سازگاری با محیطش را یاد بگیرد. این مطالعه نیز نشان داد از طریق بازی درمانی شناختی می توان به بیان احساسات و کنترل و سازگاری محیطی آن ها کمک کرد

واژه های کلیدی: بازی درمانی شناختی، عزت نفس، اضطراب، اختلال یادگیری

مقدمه:

اختلال یادگیری یکی از شایع ترین بیماری های روانپزشکی کودکان است. کودکان مبتلا علی رغم سالم بودن ضریب هوشی و سیستم عصبی مرکزی در یک یا چند حوزه نوشتاری، ریاضی و خواندن مشکل دارند (۱). طبق سازمان آماری و آسیب شناسی ذهنی ویرایش پنجم حدود ۵ درصد کودکان مدرسه را اختلال یادگیری تشکیل می دهد، از این میان ۳/۵ به اختلال خواندن، ۲/۵ به اختلال ریاضیات و نوشتاری اختصاص دارند، گاهی ترکیبی از اختلالات یادگیری در یک کودک نیز دیده می شود. اختلال نوشتاری و خواندن در پسرها، اختلال ریاضی در دخترها بیشتر می باشد (۱). در ایران شیوع این آسیب ۱۲ درصد و بیشتر تخمین زده شده است.

فرایند خواندن به صورت شبکه ی عصبی پیچیده مراکز بینایی، زبان و حافظه را به هم مرتبط می سازد. این اختلال همچنین نقایص روانی کلامی، توانایی دقت در خواندن، صحبت کردن و هجی کردن را نیز در بر می گیرد و می تواند در آگاهی واج شناختی، رمز گشایی املاء، حافظه شنوایی کوتاه مدت و نامگذاری سریع، مشکلاتی ایجاد کند. کودکان با اختلال خواندن در زمینه های بازشناسی حروف و کلمات، درک و فهم کلمات و نقشها، سرعت و روانی خواندن، مهارت های عمومی در واژگان نیز مشکلاتی دارند (۲). مشخصه های اختلال نوشتن عبارتند از خطاهای مکرر دستوری و نقطه گذاری، املاي ضعیف و دست خط بد می باشد. توانایی کودکان با اختلال در نوشتن، پایین تر از کودکان همسن با همان قابلیت های هوشی است. کودک مبتلا به اختلال ریاضی در یادگیری ارقام، به خاطر سپردن اصول پایه ای مربوط به اعداد، محاسبه کند و بی دقت است. (۳) مطابق نظریه رشد اریکسون کودکان در این سن در مرحله خودکارآمدی در برابر شرم و تردید قرار دارند و شکست و ناکامی در این مرحله سبب کاهش عزت نفس، سرخوردگی و روابط ضعیف با همسالان و اختلال افسردگی و اضطراب و در موارد شدیدتر سبب امتناع از ادامه ی تحصیل در نوجوانی، مشکلات سازگاری اجتماعی و اشتغال در بزرگسالی می شود (۴، ۵). نتایج پژوهش کورتیس و الیوت (۲۰۰۸) در مورد خود ارزیابی اجتماعی و مهارت حل مسئله اجتماعی دانش آموزان مبتلا نشان داد که شیوه های مواجهه با تعارضات بین فردی این کودکان به طور چشم گیری نامناسب بود. آنگینز و آگنیزکا (۲۰۰۳) پس از بررسی فراوانی مشکلات رفتاری - عاطفی کودکان از نگاه معلمان و والدین اظهار داشتند که این کودکان در پنج حوزه نشانه های درونی شده، نشانه های رشدی، رفتارهای تکانشگری، همرنگی اجتماعی و نشانه های بیرونی مشکل دارند (۱). سایر مطالعات نیز نشان داده اند که کودکان دچار ناتوانی یادگیری، دارای برخی ویژگیهای خاص روانشناختی هستند که آنها را از دیگران متمایز می کند. این ویژگی ها شامل خودگویی های منفی، انفعال در فرآیند یادگیری، ناکارآمدی در پردازش اطلاعات

اجتماعی می باشد. در نهایت می توان گفت که این کودکان در مهارت حل مسئله اجتماعی یا رفع تعارضات میان فردی دچار کاستی هایی هستند و از این نظر در سطحی پایین تر از همسالان خود قرار دارند (۷،۶)

مطالعات بسیاری به درمان های شناختی و مشکلات ادراکی این کودکان با روش های یکپارچگی حسی، برنامه های درکی - حرکتی پرداخته اند (۷). اما مطالعات اندکی به تاثیر بازی درمانی بر علائم رفتاری - هیجانی این کودکان پرداخته است. بازی به سادگی استفاده از تجربیات گذشته نیست، بلکه یک بازآفرینی خلاقانه است که مفاهیم و ساختارها را با یکدیگر تلفیق کرده و حقایق جدیدی را شکل می دهد که مرتبط با نیازهای کودک هستند.

کودکان مبتلا در انجام فعالیت هایی از قبیل حضور به موقع در مدرسه، انجام تکالیف، حفظ توجه و تمرکز، برقراری ارتباط اجتماعی، پرداختن به فعالیت های لذت بخش و به کارگیری مهارت های اجتماعی دچار مشکل هستند. بر مبنای رویکرد بازی درمانی شناختی، این مسئله ریشه در اشتغالات ذهنی فراوان با موضوعات نگران کننده، برانگیختگی جسمانی و اجتناب از موقعیت های جدید دارد. پرفسور فیلیپ کندال، استاد آسیب شناسی بالینی و درمان کودکان در دانشگاه کمپل ایالت پنسیلوانیا از نخستین افرادی است که به طراحی پروتکل های درمانی مبتنی بر اصول شناختی رفتاری به درمان اختلال های اضطرابی کودکان پرداخته است. برنامه درمانی «گره سازگار» نیز بر اساس اصول شناختی رفتاری و با هدف تمرین مهارت های مقابله ای در کاهش اضطراب، مؤلفه های هیجانی، شناختی و رفتاری مؤثر در اضطراب را با زبانی ساده و متناسب با سطح درک و دانش کودکان به آنها معرفی می کند و برنامه مقابله را در قالب چهار سؤال به آنها می آموزد. بازی درمانی شیوه ای از ابراز وجود کودکان است که نه تنها سبب تکامل آن ها می شود بلکه می تواند در پیشرفت و یادگیری و مشارکت آن ها نقش موثری داشته باشد. کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری به دلیل پایین بودن سطح تفکر انتزاعی، قادر به بیان هیجانات و احساسات خود نیستند، سرکوب و عدم مهارت در بیان احساسات به ویژه از نوع منفی آن بهداشت روانی کودک را به مخاطره می اندازد، باعث ایجاد اضطراب و تنیدگی روان شناختی شده، از عواطف مثبت و سازگاری فرد میکاهد (۸).

این مطالعه به لحاظ جدید بودن به استفاده از روش نوین و اصلاح شده ی بازی درمانی می پردازد که به جرات می توان گفت مطالعات بسیار کمی در این زمینه انجام شده است. شیوه ی نوین بازی درمانی شناختی به صورت گروهی حاصل ترکیب درمان شناختی - رفتاری و درمان گروهی می باشد که به برقراری ارتباط پویا و موثرتر کودک و درمانگر کمک می کند. این شیوه ی نوین فرصتی را برای کودکان فراهم می کند که بتوانند تعارضات خود را به صورت مشارکت گروهی حل نمایند و به پذیرش مسئولیت، کسب مهارت های استدلال، حل مسئله، مهارت های بین فردی موثر فایق آیند و الگوهای نامناسب خود افشایی، درماندگی آموخته شده، ناکارآمدی در استفاده از راهبردهای شناختی و تجربه هیجانات پیچیده را اصلاح نمایند. از

آنجایی که مطالعات گذشته بر تاثیر مداخلات درمانی بر مهارت های یادگیری و شناختی آن ها متمرکز بوده اند و اهمیت سلامت روانی این کودکان را نادیده گرفته اند این مطالعه با هدف تاثیر بازی درمانی شناختی بر اضطراب کودکان مبتلا به اختلال یادگیری انجام شد.

مواد و روش ها:

اجرای مطالعه پس از تائید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان آغاز شد این مطالعه دارای تائیدیه اخلاق به شماره IR.SEMUMS.REC.۱۳۹۶،۱۶۶ و دارای شماره ثبت در مرکز کارآزمایی بالینی ایران IRCT۲۰۱۷۱۲۱۹۰۳۷۹۵۴N۱ می باشد. ابتدا پژوهشگر توضیحاتی به صورت مکتوب درمورد اهداف و روش اجرای پژوهش به والدین کودکان ارائه داد و سپس فرم رضایتمندی توسط والدین تکمیل شد. این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی^۱ به صورت پیش آزمون و پس آزمون^۲ در دو گروه کنترل و آزمایش انجام شد. بازی درمانی شناختی با استفاده از روش "گره ی سازگار" در یک برنامه ی ۱۶ جلسه ای ۳ روز در هفته به مدت ۴۵ دقیقه به صورت گروهی در کلینیک توانبخشی طباطبائی اجرا شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۸-۱۲ سال، کودکان مبتلا به اختلال یادگیری با تشخیص روانپزشک و معیارهای خروج از مطالعه شامل ابتلا به اختلال روانپزشکی دیگر عدم همکاری شرکت کنندگان بود. ابزارهای ارزیابی آزمون شامل پرسشنامه های اضطراب اسپنس، عزت نفس کوپر اسمیت بود.

هدف درمانی هر جلسه به صورت به شرح زیر بود: جلسه اول: آشنایی با یکدیگر و شرح اصول درمان، جمع آوری موقعیت هایی که کودک را مضطرب می کند؛ جلسه دوم: مرور جلسه ی قبل، کمک به کودک برای شناخت احساسات مختلف و تشخیص تمایز اضطراب نگرانی از احساسات دیگر، شناخت کودک از واکنش های بدن نسبت به اضطراب، شروع طراحی سلسله مراتب اضطراب ها؛ جلسه سوم: شناخت بیشتر کودک از واکنش های بدن نسبت به اضطراب، جلسه چهارم: تشویق والدین برای مشارکت در برنامه درمانی و ایجاد فضای امن برای کودک، پاسخ به سوالات کودک و والدین، جلسه پنجم: مرور سرنخ خای اضطراب و نگرانی در کودک، آشنایی با روش های آرامیدگی، جلسه ششم: توضیح در مورد افکار شخصی منفی و تاثیر آنها در اضطراب، کمک برای شناسایی خودگویی های کودک در حین اضطراب، کمک برای ایجاد خودگویی های مثبت و آرامیدگی، جلسه هفتم: مرور خودگویی ها و آموزش حل مساله، جلسه هشتم: شروع تمرین در موقعیت های بدون تنش، جلسه نهم: دومین جلسه ملاقات با والدین، جلسه دهم: مواجهه کودک در موقعیت هایی با اضطراب کمتر، جلسه یازدهم: تمرین مواجهه کودک در موقعیت هایی با اضطراب کمتر، جلسه دوازدهم: مواجهه کودک در موقعیت هایی با اضطراب متوسط، جلسه سیزدهم: تمرین مواجهه کودک در موقعیت هایی با اضطراب متوسط همراه با آرامیدگی، جلسه چهاردهم: مواجهه کودک در

^۱ Clinical Trial

^۲ Post-test, pre test

موقعیت هایی با اضطراب زیاد، جلسه پانزدهم: تمرین مواجهه کودک در موقعیت هایی با اضطراب زیاد همراه با آرامیدگی، جلسه شانزدهم: تعمیم مهارت آموخته شده به سایر محیط ها (۸).

یافته ها

در این مطالعه ۲۴ کودک، ۱۸ نفر دختر و ۶ نفر پسر با میانگین سنی $\pm ۸/۱۶ \pm ۰/۰۹۶$ شرکت کردند. هر یک از افراد به صورت تصادفی ساده در دو گروه درمان و کنترل به تعداد ۱۲ نفر (۹ دختر و ۳ پسر) قرار گرفتند.

جدول ۱: شاخص های پراکندگی سن به تفکیک هر گروه

متغیرها	سن	میانگین \pm انحراف معیار
گروه درمان		$۱/۱۱ \pm ۸/۱۶$
گروه کنترل		$۰/۲۵ \pm ۸/۰۸$

جهت تعیین نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف استفاده شد. از آن جایی که توزیع نمرات با $p < ۰,۰۵$ value نرمال بود؛ از آزمون های پارامتریک تی زوجی جهت مقایسه تغییرات قبل و بعد از درمان و از آزمون تی مستقل جهت بررسی میزان تغییرات بین دو گروه از داده های آماری استفاده شد.

جدول ۲: میانگین (انحراف معیار) و سطح معناداری نمرات عزت نفس کوپر اسمیت به تفکیک هر گروه

متغیرها	قبل درمان	بعد درمان	آماره تی	سطح معناداری
	(میانگین \pm انحراف معیار)	(میانگین \pm انحراف معیار)		
عزت نفس کلی	گروه درمان	$۱۳/۶۶ \pm ۳/۵۲$	$۱۸/۵۸ \pm ۵/۶۱$	*
	گروه کنترل	$۱۶/۰۸ \pm ۲/۲۷$	$۱۵/۹۱ \pm ۲/۳۵$	
عزت نفس اجتماعی	گروه	$۳/۶۶ \pm ۱/۰۷$	$۶/۵۰ \pm ۲/۱۵$	*
				$۰/۰۰۰$

				درمان	
۱		$3/91 \pm 1/16$	$3/91 \pm 1/24$	گروه کنترل	
۰/۰۰۰	*	$7/00 \pm 1/53$	$3/75 \pm 0/86$	گروه درمان	عزت نفس خانوادگی
۰/۵۸۶		$4/66 \pm 1/07$	$4/58 \pm 0/79$	گروه کنترل	
۰/۴۱۷		$5/83 \pm 2/55$	$5/16 \pm 1/74$	گروه درمان	عزت نفس تحصیلی
۰/۰۲۵	*	$5/58 \pm 1/31$	$6/25 \pm 1/13$	گروه کنترل	
۰/۹۶		$3/91 \pm 1/67$	$3/50 \pm 1/67$	گروه درمان	دروغ
۰/۱۳۷		$4/41 \pm 1/72$	$4/00 \pm 2/17$	گروه کنترل	

بررسی تاثیر مداخلات درمانی بر عزت نفس در دو گروه در جدول شماره ۲ نشان می دهد که مداخلات انجام شده در حیطه

عزت نفس کلی ، عزت نفس اجتماعی، عزت نفس خانوادگی و عزت نفس تحصیلی معنادار می باشد ($p < 0.05$)

جدول ۳: میانگین (انحراف معیار) و سطح معناداری نمرات اضطراب اسپنس به تفکیک هر گروه

گروه ها	قبل درمان	بعد درمان	آماره تی	سطح معناداری
	(میانگین \pm انحراف معیار)	(میانگین \pm انحراف معیار)		
گروه درمان	$49/41 \pm 9/97$	$45/16 \pm 10/76$		۰/۰۴۲
گروه کنترل	$23/83 \pm 5/13$	$23/00 \pm 4/76$		۰/۱۵۷

همچنین اختلاف میانگین \pm انحراف معیار قبل و بعد از درمان گروه درمان در اضطراب اسپنس $۵/۲۵ \pm ۶/۲۵$ با سطح معناداری $۰/۰۴۲$ متفاوت بود. گروه کنترل $۰/۸۳ \pm ۱/۸۹$ با سطح معناداری $۰/۱۵۷$ متفاوت معنادار نبود.

آزمون تی مستقل با فرض برابر بودن واریانس ها در هر دو گروه به صورت زیر حاصل شد.

جدول ۴: میانگین (انحراف معیار) و سطح معناداری نمرات شاخص عزت نفس کوپر اسمیت، اضطراب اسپنس به تفکیک هر گروه

متغیرها	قبل درمان	بعد درمان	آماره تی	سطح معناداری
	(میانگین \pm انحراف معیار)	(میانگین \pm انحراف معیار)		
عزت نفس کوپر اسمیت	عزت نفس کلی	$۱۴/۸۷ \pm ۳/۱۵$	$۱۷/۲۵ \pm ۴/۴۲$	$۰/۰۵۹$
	عزت نفس اجتماعی	$۳/۷۹ \pm ۱/۱۴$	$۵/۲۰ \pm ۲/۱۴$	$۰/۶۰۳$
	عزت نفس خانوادگی	$۴/۱۶ \pm ۰/۰۹۱$	$۵/۸۳ \pm ۱/۷۶$	$۰/۰۲۲$
	عزت نفس تحصیلی	$۵/۷۰ \pm ۱/۵۴$	$۵/۷۰ \pm ۱/۹۸$	$۰/۰۸۶$
	دروغ	$۳/۷۵ \pm ۱/۹۱$	$۴/۱۶ \pm ۱/۶۸$	$۰/۵۳۵$
اضطراب اسپنس		$۳۶/۶۲ \pm ۱۵/۱۹$	$۳۳/۵۸ \pm ۱۳/۴۸$	$۰/۰۰۰$

عزت نفس کوپر اسمیت در حیطه ی عزت نفس کلی با سطح معناداری $۰/۰۵۹$ ، در حیطه ی عزت نفس اجتماعی با سطح معناداری $۰/۶۰۳$ ، و در عزت نفس خانوادگی با سطح معناداری $۰/۰۲۲$ ، در حیطه ی عزت نفس تحصیلی با سطح معناداری $۰/۰۸۶$ ، و در دروغ با سطح معناداری $۰/۵۳۵$ معنادار دیده نشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر آموزش بازی درمانی به شیوه ی شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال یادگیری بود. همان طور که نتایج نشان داد، آموزش بازی درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال یادگیری مؤثر بود. به نحوی که میانگین نمره ی کلی مشکلات رفتاری در شاخص اختلالات رفتاری با توجه به آن چه که پرسش نامه

مشکلات رفتاری راتر می سنجد پس از آموزش کاهش یافته است. کودکان در بعضی مواقع قادر به تشخیص رفتارهای خوب از بد نیستند. در واقع در بازی درمانی با استفاده از نمادها و بازی میتوان رفتارهای مثبت و منفی را به کودک نشان داد و آنها را به کودک شناساند که کودک با استفاده از دیدن این گونه رفتارها و تعمیم آن به خود دست به اصلاح رفتاری میزند. عبدالهیان و همکارانش نیز تفاوت معنا داری را بین دو گروه کنترل و درمان دریافتند و نشان دادند بازی درمانی میتواند برای کودکان موثر باشد (۹).

هم چنین بر اساس نتایج، بازی درمانی بر افزایش عزت نفس کودکان مبتلا به اختلال یادگیری موثر بود. به نحوی که نتایج پرسش نامه ی عزت نفس کوپر اسمیت افزایش عزت نفس کلی، عزت نفس اجتماعی، خانوادگی و تحصیلی را نشان داده و همچنین نشان میدهد مداخلات بازی درمانی بر روی کاهش دروغگویی تاثیر چندانی نداشته است. کودکان مبتلا به اختلال یادگیری به دلیل مشکلات عدیده در محیط مدرسه و در محیط همسالان دچار نوعی کمبوی عزت نفس می شوند که از طریق عدم علاقه به رفتن به مدرسه و یا ترس از خواندن در کلاس درس مشهود میشود. رفتار خانواده و معلم نیز میتواند باعث تشدید این امر شود. در کنار مداخلات بازی درمانی، جلسات مشاوره برای خانواده و معلم برگزار شد. اظهارات معلمان در پایان مداخلات افزای عزت نفس کودکان را نشان می داد. در پژوهش که توسط هانسر و دیگران در سال ۲۰۰۰ بر روی کودکان ارائه شد تاثیر بازی درمانی بر عزت نفس مرد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان دادند که بازی درمانی، سطح عملکرد و توانایی در مواجهه شدن با رفتارهای مورد پذیرش اجتماعی را افزایش میدهد (۱۰).

همچنین نتایج مداخلات نشان داد بازی درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب کودکان که از طریق پرسشنامه اضطراب اسپنس سنجیده شده؛ موثر بوده است. اصغری نکاح و همکارانش دریافتند اضطراب و افسردگی به طور معناداری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است. در تبیین این فرضیه می توان گفت که کودکان شناخت کافی در مورد اضطراب، علائم بدنی آن ندارند. در بازی درمانی سعی شد که اضطراب و تاثیرات آن و علائم آن به کودک آموخته شود. هم چنین راه های مقابله به آن به کودک آموخته شد. در بازی درمانی کودکان به صورت بازیگونه در موقعیت اضطراب زا قرار میگیرند و راه های مقابله با اضطراب را تمرین میکنند. از آنجا که بخش بزرگی از یادگیری کودکان میتواند از طریق بازی انجام شود کودک این روش ها را آموخته و به شرایط واقعی تعمیم میدهد. بازی درمانی، استفاده نظامدار از یک الگوی نظری به منظور برقراری یک فرآیند میان فردی است که در آن درمانگران آموزش دیده، قدرت درمانی بازی را برای کمک به پیشگیری و یا رفع مشکلات روانی- اجتماعی مراجع و دستیابی به رشد و پرورش مطلوب وی به کار می گیرند. بازی میتواند ارتباطات کودک را تسهیل کرده و در عین حال امکان رهاسازی احساسات منفی را نیز به او بدهد و می تواند به کودک کمک کند تا

سازگاری با محیطش را یاد بگیرد (۲۹). این مطالعه نیز نشان داد از طریق بازی درمانی شناختی می توان به بیان احساسات و کنترل و سازگاری محیطی آن ها کمک کرد.

در پژوهش انجام شده تعداد شرکت کنندگان پسر از تعداد شرکت کنندگان دختر بیشتر بود و این مسئله ی تعمیم نتایج به کل دختران را با مشکل مواجهه می سازد. همچنین نمیتوان از صداقت کامل خانواده یا معلم به پرسشنامه ها اطمینان کامل داشت. همچنین همکاری پایین برخی خانواده ها موجب شد تا در جلسات اولیه از روند مداخلات خارج شوند. بنابراین پیشنهاد می شود در مطالعات آینده نمونه ها از توزیع جنسیتی یکسانی برخوردار باشند. همچنین پیشنهاد می شود درمانگر در تکمیل پرسشنامه توسط معلم یا خانواده نظارت مستقیم داشته باشد. هم چنین رفتار درمانگر با کودکان به دور از هرگونه تنبیه، توهین و سرزنش باشد تا حس اعتماد کودک افزایش پیدا کند. هم چنین در طول درمان از علایق هر کودک برای طراحی بازی ها استفاده شود. در کنار مداخلات بازی درمانی از جلسات مشاوره برای خانواده و معلمان میتوان بهره برد. این مطالعه نیز نشان داد از طریق بازی درمانی شناختی می توان به بیان هیجانات و کنترل محیطی این کودکان کمک کرد. مشکلات یادگیری با نشانه های نقص تمرکز، حافظه، ادراکات پیشرفت تحصیلی این کودکان را تحت تاثیر قرار می دهد و متعاقب با آن ناهنجار های رفتاری مانند انزوا، لجبازی، افسردگی رخ می دهد. از این رو بازی درمانی شناختی به سازگاری بیشتر در محیط های آموزشی نیز کمک می کند.

تشکر و قدردانی:

این مطالعه حاصل پایان نامه کارشناسی کاردرمانی دانشگاه علوم پزشکی سمنان به شماره طرح ۱۳۱۵ در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ می باشد. تأییدیه اخلاق به شماره IR.SEMUMS.REC.۱۳۹۶،۱۶۶ و دارای شماره ثبت در مرکز کارآزمایی بالینی ایران IRCT۲۰۱۷۱۲۱۹۰۳۷۹۵۴N۱ می باشد. از کلیه شرکت کنندگان که ما را در این امر یاری نمودند، کمال سپاسگذاری و قدردانی را داریم.

منابع:

۱. Kaplan BJ. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Tijdschrift voor Psychiatrie. ۲۰۱۶;۵۸(۱):۷۸-۹.
۲. Jalil Abkenar SS, Ashori M. Functional Points for Teaching Students Having Learning Disorder (Reading, Writing and Spelling Disorders). Journal of Exceptional Education. ۲۰۱۳;۳(۱۱۶):۳۱-۴۰.
۳. Alibakhshi H, Salmani M, Ahmadizadeh Z, Siminghalam M. Relationship between primitive reflexes and fine motor skills in children with specific learning disorders. koomesh. ۲۰۱۸;۲۰(۳):۴۷۸-۸۳.
۴. Cherry K. Erikson's psychosocial stages summary chart. About com Accessed July. ۲۰۱۵;۲۵.

۵. Newman BM, Newman PR. Development through life: A psychosocial approach: Cengage Learning; ۲۰۱۷.
۶. Rasoulzadeh M, Ayoubi Avaz K, Amouzadeh Khalili M, Ghorbani R, Motaharinezhad F, Ahmadizadeh Z, et al. A comparative study of dynamic and static balance status in children with specific learning disability and normal children. koomesh. ۲۰۱۸;۲۰(۱):۱-۶.
۷. Hakim Shoostari M, Salehi H, Nobakht N, Nazari M, nazari m. The effectiveness of educational help for parents on reading performance of students with learning disorders of reading. koomesh. ۲۰۱۸;۲۰(۴):۷۸۶-۹۱.
۸. Philip S. Kendall CH. Psychotherapy and counseling - Child psychotherapy: Cat compatible. ۲۰۱۶.
۹. Abdollahian E, Mokhber N, Balaghi A, Moharrari F. The effectiveness of cognitive-behavioural play therapy on the symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in children aged ۷-۹ years. ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders. ۲۰۱۳;۵(۱):۴۱-۶.
۱۰. Hansen S, Meissler K, Ovens R. Kids together: A group play therapy model for children with ADHD symptomatology. Journal of child and adolescent group therapy. ۲۰۰۰;۱۰(۴):۱۹۱-۲۱۱.
۱۱. Latifi Z AS, Malekpour M, Molavi H. The Effectiveness of Cognitive-Social Problem-Solving Education on Improving Interpersonal Relationships in Change of Social Behaviors and Self-efficacy Understanding of Students with Learning Disabilities. New Developments in Cognitive Science. ۲۰۰۹;۱۱(۴۳):۷۰-۸۴.