فصلنامه علمی- تخصصی معارف علوم انسانی و علوم اسلامی

شماره دهم، پاییز ۱۴۰۱، ص۵۷-۷۲

اثر بخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی ـ رفتاری بر نارساخوانی دانش آموزان دارای اختلالات خواندن

سمیرااحمد یوسفی[۱]

فاطمه سادات قادریان[۲]

اکرم صالحی[۳]

مهین سقایی فیروز آبادی[۴]

چکیده

این تحقیق اثر بخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر نارسا خوانی دانش آموزان دارای اختلالات خواندن را مورد بررسی قرار داده است. بازی درمانی استفاده نظام دار از یک الگوی نظری به منظور برقراری یک فرآیند میان فردی است که با استفاده از قدرت درمانی بازی به پیشگیری یا رفع مشکلات مراجع و دستیابی به رشد و پرورش مطلوب وی کمک می شود. از جمله این بازی درمانی ها می توان به بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی –رفتاری اشاره کرد. تحقیق با روش تحلیلی ـ توصیفی و گردآوری اطلاعات، اسنادی ـ کتابخانه ای می باشد. نتایج نشان داد بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر نارسا خوانی دانش آموزان دارای اختلالات خواندن موثر است. استفاده از برنامه های آموزشی مانند بازی درمانی، برای دانش آموزان مقطع ابتدایی می تواند به عنوان یک گام روبه جلو در بهبود درمان مشکلات خواندن اثر بخش باشد.

کلید واژه ها: بازی درمانی، رویکرد شناختی- رفتاری ، نارسا خوانی، اختلالات خواندن.

[۱] کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی تربیتی از دانشگاه آزاد اسلامی انار، استان کرمان، مدیر دبستان دختران آفتاب روستای عزیز آباد، ایمیل: ahmadyosfi.samira2436@gmail.com

[۲] کارشناسی ارشد رشته فقه و اصول از مرکز آموزش عالی الزهراء(س) ، استان گلستان، گرگان، مدیر دبستان کوثر و دبیر دبیرستان ریحانه بندر تنگ، شهرستان کنارک، ایمیل: f.sadat.ghaderyan@gmail.com

[۳] کارشناسی علوم تربیتی (گرایش دبستان و پیش دبستان)، دانشگاه پیام نور واحد شهریار، آموزگار ابتدایی، دبستان لاله های انقلاب(ناحیه ۳ البرز) ، ایمیل: akramsalhi1364@gmail.com

[۴] طلبه سطح چهار رشته تفسیر تطبیقی، مرکز تخصصی حضرت زهرا(س) میبد، یزد، مربی پرورشی دبیرستان امام رضا (ع) میبد، ایمیل: Zahramra3@gmail.com

مقدمه

سلامت کودکان در هر جامعه ای از اهمیت ویژه ای برخوردار است . همچنین توجه به سلامت کودکان به آنان کمک می کند که از نظر جسمی و روانی سالم باشند و نقش های اجتماعی خود را به نحوه احسن انجام دهند. در این راستا، شناخت صحیح ابعاد مختلف جسمی و روانی این گروه سنی و کوشش در راه تامین شرایط مناسب برای رشد بدنی، عاطفی و فکری آنان از ضرورت برخوردار است (ملک و همکاران، ۱۳۹۱). یکی از عامل های مهم و تعیین کننده رفتار انسان یادگیری است. با کنار گذاشتن بازتاب های فطری انسان به یقین سایر رفتارها و فعالیت هایی که انجام می دهد، محصول یادگیری است (رضایی شریف و همکاران، ۱۳۹۴). در این میان دانش آموزانی وجود دارند که در یادگیری ناتوان می باشند. دانش آموزان دچار ناتوانی های یادگیری دارای بهره هوشی طبیعی می باشند، ولی در یادگیری برخی امور مانند تکلم، خواندن، هجی کردن، نوشتن، حساب کردن، ادراک بینایی، اداک شنوایی، توالی حافظه بینایی و شنوایی دچار مشکل هستند (مونتاگو[۱]، ۲۰۱۳). در واقع اختلال یادگیری مفهومی است کلی، برای گروهی ناهمگن از ناتوانایی ها است که از طریق مشکل های بارز در کسب و استفاده از گوش دادن، خواندن، نوشتن، استدلال یا مهارت های ریاضی، سخنگویی نمایان می گردد (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۰). بازی درمانی شناختی رفتاری به عنوان متغیر پیش بین فری[۲](۲۰۰۹)، در بررسی ویژگی ها و مزایای بازی درمانی و بازی درمانی شناختی رفتاری چنین عنوان می‌کند که بازی درمانی یک مدل موثر برای تعامل با درمانجویان در تمام سنین با دیدگاه های درمانی نظری مختلف می‌باشد. بازی درمانی با زبانی بیانگر و پذیرا به افراد کمک می‌کند. بازی، زبان کودک است. بیشتر نوشته ها درباره‌ی بازی درمانی شناختی-رفتاری بر کودکان پیش دبستانی متمرکز است. این نوشته‌ها سطح رشد این کودکان و تناسب شیوه‌های بازی درمانی با رده‌ی سنی آنها را نشان می‌دهد (احمدی، ۱۳۸۹). با توجه به تعامل بین درمانجو و کودک در این نوع بازی درمانی این امکان بوجود می اید که درمانگر سطح توجه و تمرکز کودک را به سوی یادگیری بهتر با با زبانی بیانگر و پذیرا مطرح و در یادگیری کودکان نارساخوان منجر به ارتقاء یادگیری گردد. در تحقیق پیش رو به بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر عملکرد خواندن دانش آموزان دختر و پسر دارای اختلال خواندن پرداخته می شود.

---

[۱] Montagu
[۲] Frey

۱ـ مفهوم شناسی

۱ـ۱ـ بازی درمانی

بازی درمانی تکنیکی است که به وسیله آن طبیعت کودکان به صورت بیانی معنی می شود و روشی است برای مقابله با استرس های هیجانی (حشمتی و همکاران، ۱۳۹۵).

۱ـ۲ـ بازی درمانی شناختی- رفتاری

بازی درمانی شناختی- رفتاری تکنیکی است بر مبنای مدل شناختی برای درمانکودکان دارای اختلالات هیجانی، کوتاه مدت، محدود به زمان، دارای ساخت رهنمودی و شمکل مدار است و به رابطهدرمانی و نقصی وابسته است که در آن یکی از نقش های درمان، نقش آموزشی ان است(محمد اسماعیل، ۱۳۸۲).

۱ـ۳ـ نارسا خوانی

نارساخوانی اصطلاحی است که برای کودکانی به رغم بهره هوشی طبیعی، قادر به خواندن صحیح نیستند به کار می رود. این کودکان ممکن است کلمه های بسیاری را بدانند و در تکلم خود استفاده کنند ، اما از درک و شناسایی علائم نوشتاری عاجزند (شریفی و داوری، ۱۳۸۷).

۱ـ۴ـ اختلالات خواندن

اختلال خواندن، نوعی اختلال در اشتباه کردن کلمات شبیه به هم، حدس زدن کلمات با در نظرگرفتن حروف ابتدا و انتهای کلمات، آیینه خوانی یا وارونه خوانی کلمات، مشکلات شدید در هجی کردن کلمات، بی میلی و انزجار از یادگیری خواندن و دشواری در تشخیص جزء از کل است (کلی[۱]، ۲۰۰۵).

۲ـ ویژگی‌های اختلال نارساخوانی

در طی سال‌های گذشته، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دانش آموزان با ناتوانی یادگیری، مشکلات متعددی در زمینه خواندن دارند (کالیوگر و کالسون[۲]، ۱۹۷۸). بعضی از پژوهشگران تلاش کرده‌اند تا توصیف اختصاصی‌تری در زمینه انواع مشکلات خواندن دانش آموزان با ناتوانی یادگیری ارایه دهند (مک‌اینیس و همینگ[۳]، ۱۹۹۵). برای مثال این

---

[۱] Kely
[۲] Callioger and Calson
[۳] McKinnis and Hemingway

پژوهشگران ۸ ویژگی مهم یادگیری دانش آموزان با ناتوانی یادگیری به ویژه دانش آموزان با مشکلات خواندن را مطرح کرده‌اند که عبارتند از:

۱) وابستگی مفرط در یادگیری: دانش آموزان با مشکلات خواندن به هدایت و راهنمایی‌های دیگران در یادگیری وابستگی بسیاری دارند؛ آنها به ویژه در انجام تکالیف خود به دیگران وابسته‌اند.

۲) وجود مشکل در نظارت بر عملکرد: دانش آموزان با مشکلات خواندن بر فرایند خواندن خود نظارت نداشته و بیشتر آنها درک درستی از مواد خواندنی ندارند.

۳) شکست در انتخاب راهبردهای مناسب: راهبردهایی که برای موفقیت در انجام هر تکلیف به کار می‌روند، ممکن است با دیگر تکالیف تفاوت داشته باشند. دانش آموزان با مشکلات خواندن در کاربرد راهبردهای متناسب با محتوا با شکست مواجه می‌شوند.

۴) مشکلات حافظه: دانش آموزان با مشکلات خواندن در به خاطر سپردن مواد درسی به ویژه متون خواندنی مشکلات بسیاری دارند. آنها متون درسی را در مقایسه با دیگر دانش آموزان سریع‌تر فراموش می‌کنند.

۵) وجود مشکل در یادگیری صدای حروف: اغلب دانش آموزان با ناتوانی یادگیری در یادگیری صدای حروف و ترکیب صداها مشکلات بسیاری دارند.

۶) محدود بودن دامنه واژگان: دانش آموزان با ناتوانی یادگیری، دامنه واژگان محدودی دارند و این امر در گفتار و نوشته‌های آنها مشهود است.

۷) مشکل در تعمیم: دانش آموزان با مشکلات خواندن نمی‌توانند مفاهیمی را که یاد می‌گیرند به دیگر موقعیت‌ها تعمیم دهند.

۸) نگرش منفی نسبت به تکلیف: بیشتر دانش آموزان با مشکلات خواندن تمایلی به انجام تکالیف چالش برانگیز ندارند. بیشتر آنها تکالیفی را دوست دارند که انجام آن مستلزم طی مراحلی ساده است. این امر ممکن است به تجارب مکرر شکست آنها در سال‌های اولیه مدرسه مربوط شود. شناخت این مشکلات و ویژگی‌های آنها و رویکردهای آموزشی گوناگون ما را در جهت آموزش مناسب‌تر این دانش آموزان یاری می‌دهد (به نقل از شکوهی و پرند، ۱۳۸۵).

۳ـ مشکلات کودکان نارسا خوانی

دانش آموزان با نارساخوانی در زمینه های بازشناسی حروف، کلمات و نقشه ها، سرعت روانی خواندن و مهارت های عمومی در واژگان مشکل دارند (هالاهان، لوید، کافمن، ویس و مارتینز، ۲۰۰۵؛ ترجمه علیزاده، همتی علمدارلو، رضایی دهنوی و شجاعی، ۱۳۹۰).

الف) خودپنداره ضعیف

یکی از مشکلاتی که کودکان مبتلا به نارساخوانی با آن مواجه هستند، خودپنداره ضعیف در این دانش آموزان است. خودپنداره ،۱مفهومی چند بعدی است که اشاره به ادراک فرد از خود در رابطه با ویژگی هایی مانند تحصیلات، نقش های جنسی و هویت نژادی دارد (هافمن[۱]، ۲۰۰۴). خودپنداره مثبت موجب بالارفتن اعتماد به نفس در فرد شده و روابط اجتماعی وی را ارتقاء می بخشد. اما اگر خودپنداره فرد، منفی و نامتعادل باشد، از لحاظ روانی ناسالم شناخته می شود (ساربان، عیسی مراد و طبیبی، ۱۳۹۲). خودپنداره تحصیلی یکی از عوامل روانشناختی قابل توجه است که عملکرد تحصیلی دانش آموزان را به شدت تحت تأثیر قرار می دهد (میکائیلی، افروز و قلیزاده، ۱۳۹۱؛ خجسته مهر، عباس پور، کرایی و کوچکی، ۱۳۹۱). به طوری که حتی خودپندارهی اجتماعی دان شآموزان نیز از خودپنداره تحصیلی آنان تأثیر می پذیرد (ترازی و خادمی، ۱۳۹۲). پژوهشگران دریافتند که کودکان و نوجوانان نارساخوان، خودپنداره تحصیلی پایینی نسبت به افراد عادی دارند (هویی او و راسل[۲]، ۲۰۱۲؛ باردن[۳]، ۲۰۰۸).

ب) ضعف مهارت های اجتماعی

از جمله عوامل دیگری که می تواند در روند تحصیلی دانش آموزان مبتلا به نارساخوانی تاثیرگذار باشد، مهارت های اجتماعی ضعیف است. مهارت اجتماعی ،مجموعه رفتارهای فراگرفته شده قابل قبولی است که فرد را قادر می سازد با دیگران رابطه مؤثر داشته و از واکنش های نامعقول اجتماعی خودداری کند (گرشام و الیوت[۴]، ۱۹۹۰). کودکان مبتلا به نارساخوانی در مقایسه با کودکان بهنجار، نقایص پردازش اطلاعات اجتماعی بیشتری دارند (تور- کاسپا و بریان[۵]، ۱۹۹۴). وکمتر محبوب و بیشتر طرد شده هستند (واینر و اشنایدر[۶]، ۲۰۰۲).

---

[۱] Hoffman
[۲] Hoy and Russell
[۳] Barden
[۴] Garsham and Elliott
[۵] Tour - Caspa and Brian
[۶] Weiner and Schneider

ج) نشانه هایی از آسیب های عصبی

کودکان با اختلالات ویژه یادگیری در مقایسه با کودکان بهنجار، دارای نشانه های بیشتری از آسیب های عصبی هستند (سیف نراقی و نادری[۱]، ۲۰۰۹) به این منظور، می توان از روش های مختلفی بهره گرفت. یکی از این روش ها، آموزش دو نیمکره مغز و به کارگیری روش هایی جهت تقویت مراکز مغزی هر دو نیمکره و یکپارچه سازی حسی است. تحریک عصبی با روش علمی به رشد سلول های مغز شتاب بیشتری می دهد. از آنجا که دو نیمکره میتوانند باهم کار کنند، آموزش به دو نیمه مغز می تواند محیطی معنادار و مرتبط با تجارب شخصی دانش آموز بوجود آورد (استکی[۲]، ۲۰۰۶). آموزش دونیمکره مغز، انتقال کارکرد به یک سمت بدن در پی آموزش سمت دیگر و فعال ساختن دونیمکره، بهبود کارکرد چپ دستی درپی آموزش برای راست دستی است. در زمینه آموزش دونیمکره مغز از انجام روش هایی جهت فعال نمودن دونیمکره مغزی طی فعالیت های بازی، حرکت، گوش دادن به موسیقی، استفاده همزمان از دوطرف بدن و یکپارچگیحسی است، استفاده می شود (استکی، ۲۰۰۶).

د) تنیدگی یا اضطراب امتحان

در این میان عوامل روان شناختی جزء مسائل مهمی است که بر آموزش افراد نارساخوان تاثیر می گذارد دو مورد از این عوامل اضطراب امتحان و تنیدگی است. اضطراب امتحان مجموعه ای از پاسخ های پدیده شناسی، فیزیولوژیکی و رفتاری است که موجب نگرانی در مورد پیامدهای منفی احتمالی یا شکست در امتحان می شوند (لوترز و اسپارفلت[۳]، ۲۰۱۶). حالت اضطرابی امتحان به عنوان یک وضعیت عاطفی گذرا در یک وضعیت خاص مشخص می شود. و صفات اضطرابی امتحان به عنوان یک موقعیت شخصی پایدار برای تفسیر موقعیت ها به عنوان تهدید معرفی شده است (لوکس و همکاران[۴]، ۲۰۱۳، نقل از حسین خانزاده، ۱۳۹۶). سطوح اضطراب اغلب زمانی ظاهر می شود که افراد با موقعیت ها و سناریو هایی برخورد می کنند که ممکن است احساس ترس یا نگرانی را در انها تحریک کند. مانند وضعیت هایی که در آن توانایی فرد مورد آزمایش قرار می گیرد. اضطراب امتحان، تنیدگی امتحان یا تنیدگی آزمون اغلب مترادف با ترس یا نگرانی از ارزیابی منفی است که منجر به رفتار یا پاسخ فیزیولوژیکی، عاطفی و منفی مو شود (امبسی، جستر،ر.وی و پوست[۵]، ۲۰۱۸، نقل از حسین خانزاده، ۱۳۹۶).

---

[۱] Seif Naraghi and Naderi
[۲] Staki
[۳] Luther and Sparfelt
[۴] Lux et al
[۵] Embassy, Jester, RV and Skin

اضطراب تست از دیگر اشکال اضطراب متفاوت است. تخمین های اخیر نشان داده اند (پوتوین و دالی[۱]، ۲۰۱۴؛ توماس[۲]، ۲۰۱۷). تحقیقات زیادی رابطه بین اضطراب امتحان و متغیرهای منفی شامل افزایش خطر تنیدگی، افسردگی و تنش (لیدبیتر و همکاران[۳]، ۲۰۱۲)، نمرات پایین در کلاس (سیگل[۴]، ۲۰۱۳)، مشکلات در مشارکت در محتوای آموزشی (امبسی و همکاران[۵]، ۲۰۱۸، نقل از حسین خانزاده، ۱۳۹۶) را نشان داده اند.

۴ـ بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی ـ رفتاری

الف) بازی درمانی

بازی های آموزشی کاربردی برای کودکان مذکور که بر اساس نظریات نوین آسیب شناسی مشکلات های یادگیری طراحی می شوند، قادرند مشکلات واج شناختی و صرف و نحو و درک مطلب و سرعت خواندن و مشکلات نوشتاری و مواردی از این قبیل را در دانش آموزان دارای مشکلات یادگیری تحریک کرده و غنی سازند و در نتیجه به عنوان یک بسته کمک آموزشی در بستر مدرسه، دشواری و حجم فعالیت مربی آموزش ویژه و معلم مدارس عادی را می کاهند و فرصت تکرار و تمرین و مهارت ورزی را در بستر بازی و سرگرمی برای دانش آموز دارای مشکلات یادگیری فراهم می آورند (بفرویی و همکاران، ۱۳۹۴). بازی به عنوان کلید سلامتی کودک و روش صحیح برای درمان کودک است. کودکان اغلب در بیان شفاهی احساسات خود با مشکل روبه رو هستند؛ به واسطه بازی می توان به دنیای مخفی کودک پی برد. ارتباط بین بازی و توانایی خواندن و ریاضیات در بین دانش آموزان از یک سو و توانایی شناسایی و حذف محرک های مزاحم در حین یادگیری به وسیله بازی از سوی دیگر، جنبه آموزشی و درمانی بازی را بیش از پیش مشخص می سازد. بازی درمانی رویکردی با ساختار و مبتنی بر نظریه درمان است که فرآیندهای یادگیری و ارتباط یادگیری و ارتباط طبیعی و بهنجار کودک را پایه ریزی می کند (بارگلی و پارکر، ۲۰۰۵).

ب) بازی درمانی شناختی ـ رفتاری

بازی درمانی رفتاری-شناختی مداخله های رفتاری و شناختی را به درون یک الگوی بازی درمانی جذب می کند. فعالیت های بازی به صورت ارتباط کلامی و غیر کلامی مورد استفاده قرار می گیرد. بازی درمانی رفتاری-شناختی،

---

[۱] Putin and Dolly
[۲] Thomas
[۳] Leadbitter et al
[۴] Sigel
[۵] Embassy et al

یک چارچوب نظری مبتنی بر اصول رفتاری شناختی فراهم می کند و این چارچوب این اصول را به لحاظ رشدی با یکدیگر تلفیق می کند. (محمد اسماعیل، ۱۳۸۷، نقل از قیصری، ۱۳۸۵). از میانه دهه‌ی هشتاد، درمان شناختی[۱](CT) آرون بک[۲] یک سیستم شناخته شده‌ی روان درمانی شد و با یافته های مطالعات بالینی سودمندی آن مورد حمایت قرار گرفت. دیدگاه های نظری و اصول شناخت درمانی، به طور نسبی از آغاز تا کنون ثابت و استوار باقی مانده اند. بااین حال تئوری های بک، گروهی از رویکردهای مرتبط را ایجاد کرده است که در آنها تکنیک های مشترک به درمان های شناختی-رفتاری بر می گردند. سی بی پی تی نیز یکی از رویکرد های این نسل و شاید جدیدترین و جوان‌ترین آنها است. از آنجایی که درمان شناختی به همان شکلی که با بزرگسالان کار و تمرین شده بود نمی توانست به سادگی و بدون تغییرات برای کار با نوجوانان مورد استفاده قرار گیرد. تقریبا اقتباس هایی از درمان شناختی برای کار با نوجوانان و کودکان سنین مدرسه ایجاد شدند(نل[۳]، ۱۹۹۳؛ به نقل از نل، ۱۹۹۸). بازی درمانی شناختی رفتاری یک درمان نفوذ پذیر توسعه یافته است که بر قابلیت انعطاف کودکان کوچکتر تکیه می‌کند، انتظار برای بیانات شفاهی با کودکان را کاهش داده و اعتماد به رویکرد تجربی را افزوده است. بازی درمانی شناختی رفتاری اقتباس نسبتا منحصر به فردی از درمان شناختی-رفتاری ویژه بزرگسالان است که برای کودکان پیش دبستانی و سال‌های اول مقطع دبستانی توسعه یافته است. پیش از آغاز آن، بیشتر تکنیک های بازی ردمانی یا مبتنی بر تئوریهای روان پویشی یا درمانجو محور بودند. با هر دو دیدگاه نظری پیشین، بازی درمانی ساختار نیافته و توسط کودک هدایت می شد. بازی درمانی شناختی-رفتاری یک دیدگاه نظری جدید در روان درمانی کودک فراهم می کند، که در آن‌ها مهم ترین تفاوت ها بین این نوع بازی درمانی و بازی درمانی های دیگر شامل ساختار آن، اجرا روانی-تربیتی، و دیدگاه های معطوف بر هدف و مشارکتی می باشد فیعنی، هم توسط کودک و هم درمانگر هدایت می شود (نل، ۲۰۰۶). چارچوب نظری این درمان شناختی مبتنی بر مدل شناختی اختلالات هیجانی است. این مدل بر پایه‌ی تعامل شناخت، هیجانات و رفتار قرار دارد. رفتار آشفته بیانگر تفکر غیر منطقی است و درمان بر اساس تغییر شناختی است. در زمان کار با کودکان با استفاده از این مدل، مداخلات متمرکزند بر کمک به کودک برای فرمول بندی تفکراتی که باید با موقعیتشان سازگار شوند، نه این کودک را وادار کند همانند یک بزرگسال بیاندیشد.(امجدی فر، ۱۳۸۵).

نل(۱۹۹۸) معتقد است درمان های شناختی-رفتاری برای کودکان و بزرگسالان از دو جهت"ارزیابی" و "مداخله" باهم متفاوتند:

---

[۱] Cognitive thrapy
[۲] Aron Beck
[۳] Neal

۱ـ ارزیابی: همانند تمامی رویکردهای درمانی، اولین تکلیفی که توجه درمانگر را به خود جلب می کند "ارزیابی" است. اساسا ارزیابی در بازی درمانی شناختی-رفتاری متفاوت از سایر ارزیابی های بالینی کودک نیست. باید بررسی شود که کجا کودک در مسیر رشد نرمال و کجا رشد نرمال به انحراف کشیده می شود. اما تعیین انحرافات، کمبودها و نواقص شناختی در کودکان نسبت به بزرگسالان دشوارتر است و در این خصوص توجه به حساسیت مراحل و فرآیندهای رشدی نکته ای بسیار ظریف است. توانایی کودک برای انتقال آشفتگی و پریشانی‌اش با مصاحبه‌ی مستقیم با او مشخص نمی شود، اما از طریق یک مصاحبه والدینی، مشاهده رفتار کودک، آشکارسازی غیر مستقیم احساسات در طول بازی مشخص می‌گردد.

تفاوت دیگر در ارزیابی کودکان، نیاز به جمع آوری اطلاعات از منابع متعدد است. از یک دیدگاه شناختی چه برای کودکان و چه برای بزرگسالان به تعیین خود بیانگری ها، اسنادها، باورها وفرضیات شخصی تاکید زیادی دارد. این اطلاعات در خصوص بزرگسالان با استفاده مستقیم از مصاحبه، خودبازنگری، خودسنجی و تکنیک های نمونه برداری و یادداشت افکار به دست می‌آید. درمورد کودکان اطلاعات مشابه به صورت اندکی استنباطی تر، از طریق مشاهده و گزارش والدین و مصاحبه با بزرگسالانی که در تعامل نزدیک با کودک هستند، ارزیابی بازی، آزمون های روان شناختی سنتی، و آزمون‌های خلق شده توسط درمانگر جمع‌آوری می شود.

۲ـ مداخله: ارزیابی، با معرفی مداخلات طراحی شده برای افزایش قابلیت های رفتاری، اصلاح شناخت‌های ناسازگارانه، و فراگیر نمودن انواع سازگارانه‌ی شناخت ها دنبال می‌شود. در این بخش مداخلات درمان شناختی-رفتاری باید همانند تکنیک‌های ارزیابی برای بازی درمانی شناختی-رفتاری در کودکان تعدیل یابند. با این حال برقراری هماهنگی بین سطح رشدی کودک و پیچیدگی مداخله های مورد نظر بسیار دشوار است و توانمندی های کودک باید در نظرگرفته شوند. بر همین اساس بازی درمانی شناختی-رفتاری بر استفاده‌ی تکلیف های زبانی پیچیده تاکید نمی کند.

بازی درمانی شناختی-رفتاری برای درمان کودکان دارای اختلالات هیجانی، کوتاه مدت، محدود به زمان، دارای ساخت رهنمودی، مشکل مدار و وابسته به رابطه درمانی بی عیب و نقص است. در این رویکرد هر دو روش استقرایی و سقراطی حائز اهمیت هستند و استفاده از فعالیت های بازی به عنوان وسیله‌ی ارتباطی بین درمانگر و کودک استوار است. بازی درمانی شناختی-رفتاری به سایر بازی درمانی ها شبیه است اما ازنظر فلسفه‌ی مربوطه به تشکیل اهداف وانتخاب مواد و فعالیت های بازی و کاربرد درمان به منظور آموزش و بهره گیری از تحسین و تفسیر با سایرین فرق دارد. و در حکم مداخله‌ی فعالی است که درمانگر و کودک جهت تشکیل اهداف و انتخاب مواد و فعالیت های بازی با هم کار می‌کنند (نل، ۱۹۹۸).

در بازی درمانی شناختی-رفتاری نسبت به سایر بازی درمانی ها برای کودکان بر درگیر ساختن کودک در درمان بیشتر تاکید می شود. در این خصوص شش خصوصیت ویژه مرتبط با این نوع بازی درمانی وجود دارد:

۱-این نوع بازی درمانی، کودک را در فرایند درمان درگیر می کند، کودک یک شرکت کننده‌ی فعال است، بنابراین موضوعات مقاومت و عدم پذیرش می تواند مرتفع شوند.

۲- این نوع بازی درمانی متمرکز بر افکار، احساسات، تخیلات و محیط کودک است. به این ترتیب، تمرکز یافتن بر ترکیبی از موضوعاتی شبیه وسواس آلودگی، فوبی، و ... به اندازه‌ی احساسات کودک در خصوص مشکل، ممکن است.

۳- این نوع بازی درمانی، یک یا چند نوع استراتژی برای رشد و توسعه‌ی افکار و رفتارهای سازگارانه تر را فراهم می‌نماید. کودک به راهکارهای جدیدی برا مقابله با موقعیت ها و احساسات می اندیشد.

۴- این نوع بازی درمانی نسبت به بازی آزاد، ساختار یافته، مستقیم و هدفدار است. درمانگر با کودک و خانواده برای دست یابی به اهداف کار می کند و به کودک کمک می کند که برای دست یابی به این اهداف تلاش نماید.

۵- این نوع بازی درمانی، که تکنیک هایی را ازلحاظ آزمایشی به اثبات رسیده اند را با یکدیگر ترکیب می کند. برای مثال، الگو سازی رفکار با استفاده از عروسک های خزی و اسباب بازی هایی که توسط درمانگر به کار برده می‌شوند.

۶- این نوع بازی درمانی اجازه‌ی آزمایش تجربی از درمان را فراهم می‌آورد وتکنیکهای استفاده شده می‌توانند ارزیابی شوند. و توضیح می‌دهد که چه درمانی، با چه کسی، برای این فرد و با این مشکل ویژه اثر بخش‌تر است (همان)

ج) مزایای بازی درمانی وبازی درمانی شناختی-رفتاری

در بررسی ویژگی ها و مزایای بازی درمانی و بازی درمانی شناختی رفتاری چنین عنوان می‌کند که بازی درمانی یک مدل موثر برای تعامل با درمانجویان در تمام سنین با دیدگاه های درمانی نظری مختلف می‌باشد. بازی درمانی با زبانی بیانگر و پذیرا به افراد کمک می‌کند. بازی، زبان کودک است اما برخی اوقات زبان نوجوانان و بزرگسالان نیز می‌باشد. بیشتر نوشته ها درباره‌ی بازی درمانی شناختی-رفتاری بر کودکان پیش دبستانی متمرکز است. این نوشته‌ها سطح رشد این کودکان و تناسب شیوه‌های بازی درمانی با رده‌ی سنی آنها را نشان می‌دهد.وقتی

بزرگسالان در سطح رشدی-شناختی‌شان هستند. این غیر همزمانی رشد در افراد، بازی درمانی را برای درمانجویان در تمام سنین موثر می‌کند(احمدی، ۱۳۸۹).

بعلاوه این نوع بازی درمانی برای تمام درمانجویان مقاوم در همه‌ی سنین موثر است. پیش دبستانی ها و همچنین نوجوانان و بزرگسالان ممکن است نسبت به گفتگوی درمانی سنتی مقاومت نشان دهند، به این علت که قبلا مورد سو استفاده قرار گرفته‌اند یا آموزش دیده اند که اطلاعات خاصی را به کسی نگوید، و یا سیستم عقیدتی خاصی دارند که تاثیر درمان را مخدوش می‌کند. اینها تنها معرفی تعداد کمی از دلایل مقاومت است. همینطور، این نوع بازی درمانی می تواند برای درنمانجویان در تمام سنین بسیار مفید باشد. درمانجویان درتمام سنین اغلب مشکلاتشان را انکار می کنند. متخصصین بالینی اغلب با درمانجویانی سروکار دارند که از لحاظ روانشناسی از اینکه چه جیزی باعث پریشانی آنها می شود ناآگاهند. این مسئله به ویژه برای کودکان کوچکتر و پیش دبستانی نیز صحت دارد، اغلب برای نوجوانان و بزرگسالان نیز صحیح است. یک دانش‌آموز کلاس پنجم که ممکن است نداند سواستفاده‌های فیزیکی در خانه یک شیوه‌ی نامناسب تربیتی است و آن را عادی تلقی می‌کند، در درمان آن را ذکر نمی‌نماید. از طریق بازی درمانی شناختی-رفتاری و استفاده از نقاشی ها، خاک رس، یا کتاب درمانی این مسائل اغلب ظاهر می‌شوند، بنابراین به درمانگر و درمانجو، در کشف راههای جدید برای درمان کمک می‌کند (فری، ۲۰۰۹؛ به نقل از احمدی، ۱۳۸۹).

اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری، اغلب به درمانجویانی نسبت داده می‌شود که بنابر شرایط مختلف از لحاظ کلامی دچار مشکل هستند. یک درمانجوی بزرگسال ممکن است از نظر رشدی تاخیر داشته باشد. یک درمانجوی مدرسه ای، می‌تواند گنگی انتخابی داشته باشد. درمانجویان بزرگتر از سنین پیش دبستانی ممکن است از استرس پس از سانحه رنج ببرند و زمان صحبت درمورد آسیب ها از لحاظ کلامی مشکل داشته باشند. تمام این درمانجویان می‌توانند از مزایای این نوع بازی درمانی بهره ببرند. با این وجود، برخی درمانجویان بزرگتر می‌توانند به خوبی با گفتگوی درمانی سنتی، دغدغه‌های خود را بیان کنند، اما برخی اوقات دچار تنگنا می‌شوند. اینجاست که بازی درمانی شناختی-رفتاری می‌تواند مفید باشد. شاید درمانجو بتواند ناخشنودی اش را در خصوص برخی مسائل آشکارا مطرح کند، اما مسائل جنسی را نمی‌تواند. این نوع بازی درمانی همچنین می‌تواند برای طرح مسائل پیش بینی نشده، فرصتی را فراهم می‌کند که گفتگوی درمانی سنتی نمی‌تواند. اغلب درمانگران آنچنان بر اهداف درمانی تمرکز می‌کنند که از دغدغه های دیگری که ممکن است درمانجو داشته باشد و قبلا در برنامه درمانی منظور نشده، غافل می‌مانند. در واقع کاربرد بازی درمانی شناختی-رفتاری منحصر به پیش دبستانی نیست، بلکه درمانجویان در سنین ۲ تا ۹۰ سال را می‌توان شامل گردد. شیوه‌های بازی درمانی شناختی-رفتاری برای مقابله با

دغدغه هایی نظیر خشم، اضطراب، کمال گرایی، پرخاشگری، جدایی، مهارت های اجتماعی، سواستفاده و اعتماد به نفس ارائه می‌شود. تحقیقات مختلف کاربرد های این نوع بازی درمانی را برای درمانجویان در تمام سنین نشان می‌دهد(فری، ۲۰۰۹؛ به نقل از همان منبع).

نتیجه گیری

در تبیین یافته ها می توان این گونه بیان کرد با توجه به اینکه به طور کلی بیشتر مشکلات افراد دارای اختلالات یادگیری به اختلالات شنیداری و دیداری است. ضمن تقویت این اختلالات لازم است به بازی درمانی به عنوان روشی سازنده بر نارساخوانی توجه گردد، در بازی درمانی آموزش مواردی مثل آگاه ساختن کودکان نارساخوان نسبت به حروف، صداها، هجاها، ارتباط بین حرف و صدا، شناخت حروف اول، وسط و آخر کلمه، ترکیب واجها، دستکاری واجی و غیره با استفاده از بازی سبب بهبود مهارت آگاهی واجی آنها شده است و در نتیجه، این آگاهی کاهش خطا در خواندن را به همراه داشته است. همچنین، بر خلاف روش های آموزش مستقیم، آرامش خاطر و اطمینان و امنیت روانی ناشی از روش آموزشی بازی های زبان شناختی باعث می شود که مشکلات رفتاری هیجانی و به دنبال آن نشانه های نارساخوانی کودک تا حدود زیادی بهبود یابد .و با توجه به اینکه که تسلط بر آگاهی های واج شناختی پایه، از قبیل شناسایی صدا و حرف و درک ارتباط میان آنها، ترکیب کلمات و روان خوانی، آمادگی هایی هستند که دانش آموزان با نارساخوانی از طریق برنامه ی بازی های زبان شناختی جهت درک مطلب به آن مجهز شدند. این استدلال هماهنگ با نظریه های مربوط به شکل گیری و رشد خواندن است که بر اهمیت و نقش مهارت های واج شناختی در برخورد کارآمد با رمزنوشته ها و ترکیب مناسب همسو است از سوی دیگر درصد بالایی از دانش آموزانی که مشکل خواندن دارند در عامل پردازش اطلاعات عملکرد پایینی دارند. براساس رویکرد روانشناختی خبرپردازی، هر تدبیری که به پردازش اطلاعات کمک کند در واقع به یادگیری و یادآوری کمک خواهد کرد؛ بنابراین بازی درمانی شناختی – رفتاری به علت کمک به پردازش اطلاعات در دانش آموزان خواهد توانست در بهبود نارساخوانی موثر باشد. همچنین از طریق بازی درمانی می توان مشکلات نارسایی در افراد را کاهش داد. لذا با توجه به اینکه به طور کلی بازی درمانی جنبه ای بازیگونه دارد و در سنین دبستان کودکان هنوز به دلیل شرایط سنی از بازی لذت بیشتری می برند و از طریق بازی کردن یادگیری و توجه آنان بیشتر میتواند جلب شده و بر اختلالاتی همچون نارسایی اثر مطلوب بگذارد، بازی درمانی شناختی رفتاری می تواند منجر به بهبود نارسا خوانی در آنها گردد. از طرفی لازم است متناسب با مسایل رفتاری و هیجانی کودک روش های مناسب بازی درمانی با هماهنگی از طریق خانواده، بازی با همسالان و شرایط مختلف زندگی پیگیری شود.

منابع

منابع فارسی

۱ـ احمدی، فاطمه، (۱۳۸۹)، مقایسه تاثیر نظام ارتباطی مبادله تصویری و گفتار درمانی بر رشد ارتباط کودکان ۴-۸ ساله در خودمانده، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.

۲ـ امجدی فر، رضا. (۱۳۸۵ .*اثربخشی بازی‌درمانی شناختی -رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان دبستانی* .پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره .دانشگاه علامه طباطبایی.

۳ـ برزگر بفرویی، کاظم؛ میرجلیلی، مرضیه و شیرجهانی، اعظم (۱۳۹۴)، نقش بازی های حرکتی، نقاشی و موسیقی در کاهش مشکلات رفتاری -تحصیلی کودکان دارای مشکلات یادگیری. تعلیم و تربیت استثنایی.

۴ـ حسین خانزاده، عباسعلی (۱۳۹۶)، تاثیر آموزش مدیریت زمان بر کاهش تنیدگی و اضطراب امتحان دانش آموزان نارسا خوان، مجله علوم روان شناختی، دوره ۱۶.

۵ـ حسین خانزاده، عباسعلی (۱۳۹۶)، تاثیر آموزش مدیریت زمان بر کاهش تنیدگی و اضطراب امتحان دانش آموزان نارسا خوان، مجله علوم روان شناختی، دوره ۱۶.

۶ـ حشمتی، رسول، اصل اناری، روح اله، شکراللهی، رقیه (۱۳۹۵)، اثربخشی تکنیک های بازی درمانی گروهی بر اضطراب حالت، احساسات مثبت و سطح سازگاری عمومی کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری خاص، مجله ی ناتوانی های یادگیری.

۷ـ رضایی شریف، علی، حاجلو، نادر، حق گوی، توحید، مرادی، مسعود (۱۳۹۴)، اثر بخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری در بهبود عملکرد ریاضیات و خواندن دانش آموزان دارای حساب نارسایی و نارساخوانی، مجله ی ناتوانی های یادگیری.

۸ـ سیف نراقی، م؛ و نادری، ع. (۱۳۹۰)، اختلال های یادگیری (تاریخچه، تعریف، روش های آموزش و نمونه های بالینی). چاپ هشتم، تهران: انتشارات امیرکبیر.

۹ـ شریفی، علی اکبر ، داوری، رقیه ، (۱۳۸۷)، شیوع اختلالات خواندن در دانش آموزان پایه سوم و چهارم ابتدایی شهرکرد، پژوهش در حیطه کودکان استثایی، سال۷، ش۴.

۱۰ـ قیصری ، زهرا، ۱۳۸۹، بررسی تاثیر بازی درمانی رفتاری – شناختی بر اصلاح عملکرد خواندن در دانش آموزان پسر نارسا خوان پایه های دوم و سوم ابتدایی شهر همدان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور همدان.

۱۱ـ ملک، مریم، حسن زاده، رمضان، تیرگری، عبدالحکیم (۱۳۹۱)، اثر بخشی بازی درمانی گروهی به شیوهی شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال خواندن، مجله ی ناتوانی های یادگیری، دوره ی ۲، شماره ۴.

۱۲ـ نریمانی، محمد، سلیمانی، اسماعیل، زاهد بابلان، عادل، ابوالقاسمی، عباس .(۱۳۹۱). اثربخشی آموزش کارکردهای اجرایی (سطوح حافظه کاری: فراشناخت، برنامه ریزی) در بهبود حافظه کاری، نگهداری توجه، توانایی برنامه ریزی، حل مسئله و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان ناتوان در ریاضی، مطالعات آموزشی و آموزشگاهی.

۱۳ـ هالاهان، د.پ؛ لوید و کافمن، ج، ا؛ ویس، م؛ و مارتینز، ا. (۲۰۰۵) اختلال های یادگیری (مبانی، ویژگی ها و تدریس مؤثر). ترجمه علیزاده، ح؛ همتی علمدارلو، ق؛ رضایی دهنوی، ص؛ و شجاعی، س. (۱۳۹۰)، تهران: نشر ارسباران.

منابع لاتین

Baggerly,J., Parker, M.(۲۰۰۵). Child-centered group play therapy with African American boys of the elementary school level. Journal of Counseling& Development, ۸۳،۳۸۷-۳۹٦.

Burden, R. (۲۰۰۸). Is dyslexia necessarily associated with negative feelings of self-worth? A review and implications for future research Dyslexia, ١٤, ١٨٨-١٩٦.

Esteki, M. (۲۰۰٦). Comparison of two methods of bilateral training and music training in reducing the

symptoms of dyscalculia for ۷-۹ female students.

Mikaeili, N., Afrooz, G. & Gholiezadeh, L. (۲۰۱۲). The relationship of self-concept and academic burnout with academic performance of girl students. Journal of school psychology, ۱(۳),۹۱-۱۰٤.(Persian).

Gresham, FM., Elliote, S. N. (۱۹۹۰). Assessment and classification of children`s social skills: A review of methods and issues. School psychology review, ۱۳, ۲۹۲-۳۰۱.

Haffman, R. M. (۲۰۰٤). Conceptualizing heterosexual indentity development: issues and challenges. Journal Humanistic of Counseling and Development. ۸۲(۳), ۳۷۵-۳۸۰.

Kelly, P. D (۲۰۰۵). THIS ISSUE: Learning Disorders. Pediatric Annals, ۳٤(٤), ۲۵۹-۲۶۲.

Leadbeater, B., Thompson, K., Gruppuso, V. (۲۰۱۲). Co-occurring trajectories of symptoms of anxiety, depression, and oppositional defiance from adolescence to young adulthood. J. Clin. Child Adolesc. Psychol. ٤۱, ۷۱۹-۷۳۰.

Lotz, C., Sparfeldt, J.R. (۲۰۱۶). Does test anxiety increase as the exam draws near? Students' state test anxiety recorded over the course of one semester. Personality and Individual Differences, ۱۰٤. ۳۹۷-٤۰۰.

Montague, M., Cavendish, W. (۲۰۱۳). Introduction to the Special Issue: Implications of the Proposed DSM-۵Changes for the Identification and Treatment of Students with LD and/or ADHD. Journal of Learning Disabilities, ٤٦, ۳–٤.

Neal, M. D. Neal. (۱۹۹۸). Analysis of reading ability. London: MacMillan.

Shokoohi Yekta, M. & Parand, A. (۲۰۰٦). Learning disabilities.Publishing Institute Teymorzadeh, Tabib publication. (Persian).

Thomas, C.L. (۲۰۱۷). Identifying severity standards on the cognitive test anxiety scale: cut score determination using latent class and cluster analysis. J. Psychoeduc. Assess. Retrieved from http://dx.doi.org/۱۰,۱۱۷۷/۰۷۳٤۲۸۲۹۱٦٦۸٦۰۰٤.

Tur-Kaspa, H., Bryan, T. (۱۹۹٤). Social information-processing skills of students with learning disabilities. Learn. Disabil. Res. Pract, ۹, ۱۲–۲۳.

Wiener, J. & Schneider, B. H. (۲۰۰۲). A multisource exploration of the friendship Patterns ofchildrenwithand without learning disabilities. Journa of Abnormal Child, ۳۰(۲), ۱۲۷-۱٤۱.

Khojaste Mehr R, Abbaspour Z, Karai A, Koochaki R.(۲۰۱۲). Effect on academic achievement and practice academic self-concept, attitude toward school, learning style to succeed in school and social adjustment of students. Journal of School Psychology; ۱: ۲۷- ٤٥. [Persian]

Sareban, H., Isamorad., A. & Tabibi, Z. (۲۰۱۳). Studying the effects of parenting attitudes in mental-socialhealth (self-concept, social interaction) of teens. Journal of school psychology, ۲ (۳), ۱۸۲-۱۹۰. (Persian).

Segool, N., Carlson, J., Goforth, A., von der Embse, N., Barterian, J., (۲۰۱۳) Heightened test anxiety among young children: elementary school students' anxious responses to high-stakes testing. Psychol. Sch. ٥٠ , ٤٨٩-٤٩٩.

Tarazi., Z. & Khademi, M. (۲۰۱۳). Examination of effectiveness of learning and study strategies education on the progress of self-concept of students with test anxiety. Journal of school psychology, ۱(۳), ۱۲٤-۱۳۰. (Persian).