Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2025, Volume 23, Issue 3

Design and Validation of an Integrated Group Play-Therapy Program to Improve Cognitive Flexibility, Emotional-Behavioral Skills, and Visual-Motor Abilities in Elementary Students with Reading Disorder in District 7 of Mashhad

Maliheh Ghasemi Tous[1], Zahra Hashemi[2], Mahnaz Akhavan Tafti[3]

1. Ph.D. Candidate in Educational Psychology, Department of Educational Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.
2. (Corresponding author)* Associate Professor, Department of Educational Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.
3. Professor, Department of Educational Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

Abstract

Aim and Background: The present study aimed to design and test an integrated group play therapy program to enhance cognitive flexibility, emotional-behavioral skills, and visual-motor abilities in primary school students with reading disorders in District 7 of Mashhad.

Methods and Materials: This study employed a quasi-experimental design with a pre-test, post-test, and a control group. The research population consisted of all second to fourth-grade primary school students with reading disorders in District 7 of Mashhad during the academic year 2023-2024. From this population, 60 students were selected using convenience sampling and were randomly assigned to either the experimental group or the control group (n=30 in each group). Data were collected using the Delis-Kaplan Executive Function System (D-KEFS), the Student Emotional-Social Competence Questionnaire (Zou & Ji, 2012), and the Social Skills Rating System (Gresham & Elliott, 1990). Following the initial assessment, the experimental group received an integrated group play therapy intervention for 24 sessions (60 minutes per session), twice a week. The control group received no intervention. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) in SPSS-23 software.

Findings: The results indicated that the integrated group play therapy program was effective in improving cognitive flexibility, emotional-behavioral skills, and visual-motor abilities in primary school students with reading disorders.

Conclusions: Given the effectiveness of the integrated group play therapy program, it is recommended that similar programs be implemented. It is also suggested that training workshops be conducted to ensure that therapists possess sufficient knowledge in this area.

Keywords: Integrated Group Play Therapy, Cognitive Flexibility, Visual-Motor Ability, Emotional-Behavioral Skills, Reading Disorder, Students

Citation: Ghasemi Tous M, Hashemi Z, Akhavan Tafti M. **Design and Validation of an Integrated Group Play-Therapy Program to Improve Cognitive Flexibility, Emotional-Behavioral Skills, and Visual-Motor Abilities in Elementary Students with Reading Disorder in District 7 of Mashhad**. Res Behav Sci 2025; 23(3): 585-603.

* **Zahra Hashemi,**
Email: z.hashemi@alzahra.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/.23.3.585]

طراحی و روایابی برنامه بازی‌درمانی گروهی یکپارچه جهت بهبود انعطاف‌پذیری شناختی، مهارت‌های هیجانی–رفتاری و توانایی دیداری–حرکتی دانش‌آموزان با اختلال خواندن مقطع دبستان ناحیه ۷ شهر مشهد

ملیحه قاسمی طوس[۱]، زهرا هاشمی[۲]، مهناز اخوان تفتی[۳]

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* دانشیار گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.

۳- استاد گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: زمینه و هدف: هدف از پژوهش حاضر طراحی، روایابی و آزمایش یک برنامه بازی‌درمانی گروهی یکپارچه برای افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، مهارت‌های هیجانی–رفتاری و توانایی دیداری–حرکتی دانش‌آموزان با اختلال خواندن مقطع دبستان ناحیه ۷ شهر مشهد بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر جهت طراحی و روایابی برنامه بازی‌درمانی گروهی یکپارچه از روایی محتوایی به صورت کیفی و بر اساس پانل متخصصین انجام شد. جامعه پژوهش شامل ۲۰ نفر از متخصصان مربوط به اختلال یادگیری در مراکز مشاوره ناحیه ۷ مشهد بودند که به روش نمونه-گیری در دسترس انتخاب شدند. روایی محتوایی بر اساس شاخص های CVR و CVI نشان دادند برنامه بازی‌درمانی گروهی یکپارچه از روایی محتوایی بالایی (۱) برخوردار است. پژوهش حاضر جهت آزمایش برنامه بازی درمانی گروهی یکپارچه بر متغیرهای وابسته از روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان مقطع دبستان پایه دوم تا چهارم دارای اختلال خواندن ناحیه ۷ شهر مشهد در سال ۱۴۰۲–۱۴۰۳ بود که از بین آن‌ها ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۳۰ نفر). به منظور گردآوری اطلاعات از آزمون کارکردهای اجرایی دلیس کاپلان، پرسشنامه شایستگی هیجانی–اجتماعی دانش‌آموزان زو و جی (۲۰۱۲)، پرسشنامه مهارت‌های رفتاری اجتماعی گرشام و الیوت (۱۹۹۰) استفاده شد. پس از ارزیابی اولیه، گروه آزمایش به مدت ۲۴ جلسه (هر جلسه ۶۰ دقیقه) به صورت هفته‌ای دو بار مداخلات برنامه بازی‌درمانی گروهی یکپارچه را دریافت نمودند، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره با نرم افزار SPSS-23 انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که برنامه بازی‌درمانی گروهی یکپارچه بر بهبود انعطاف‌پذیری شناختی، مهارت‌های هیجانی–رفتاری و توانایی دیداری–حرکتی دانش‌آموزان با اختلال خواندن مقطع دبستان اثربخش بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخش بودن برنامه بازی‌درمانی گروهی یکپارچه پیشنهاد می‌شود چنین برنامه‌هایی با برگزاری کارگاه‌های آموزشی به جهت این که درمانگران در این زمینه از دانش کافی برخوردار باشند، اجرا شود.

واژه‌های کلیدی: بازی‌درمانی گروهی یکپارچه، انعطاف‌پذیری شناختی، توانایی دیداری–حرکتی، مهارت‌های هیجانی–رفتاری، اختلال خواندن، دانش‌آموزان.

ارجاع: قاسمی طوس ملیحه، هاشمی زهرا، اخوان تفتی مهناز. **طراحی و روایابی برنامه بازی‌درمانی گروهی یکپارچه جهت بهبود انعطاف‌پذیری شناختی، مهارت‌های هیجانی–رفتاری و توانایی دیداری–حرکتی دانش‌آموزان با اختلال خواندن مقطع دبستان ناحیه ۷ شهر مشهد**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۴؛ ۲۳(۳): ۵۸۵-۶۰۳.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/.23.3.585]

مقدمه

سلامت روانی کودکان و نوجوانان از ارکان توسعه‌ی اجتماعی است؛ توجه به این بُعد، مشارکت اثربخش آنان در نقش‌های خانوادگی و اجتماعی را تسهیل می‌کند (۱). دوران کودکی، زیربنای دوره‌های بعدی زندگی است و مراقبت همه‌جانبه‌ی جسمانی، شناختی، هیجانی، اجتماعی و اخلاقی در این مرحله، شرط لازم برای ساختن جامعه‌ای سالم به‌شمار می‌رود (۲). با وجود این، از همان سال‌های پیش‌دبستان، بخشی از کودکان در فراگیری خواندن، نوشتن و ریاضی دچار سردرگمی می‌شوند. بنا بر DSM-5، اختلالات یادگیری خاص هنگامی تشخیص‌پذیرند که مشکلات پایدار در یکی یا چند حیطه‌ی تحصیلی طی دست‌کم یک سال آموزش رسمی تداوم داشته باشد (۳). این اختلالات در طبقه‌ی اختلالات عصبی–رشدی قرار می‌گیرند و حاصل برهم‌کنش عوامل ژنتیکی و محیطی‌اند که بر پردازش کارآمد اطلاعات کلامی و غیرکلامی اثر می‌گذارند (۴). پیامد بی‌توجهی به این گروه روشن است: عملکرد تحصیلی و اجتماعی ضعیف، کاهش انگیزش و عزت‌نفس و افزایش افت و ترک تحصیل (۵، ۶). از این‌رو پرداختن به دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری از سوی متخصصان، پژوهشگران، مربیان و والدین درخور توجه است (۵). در میان انواع اختلال‌های یادگیری، نارساخوانی یا اختلال خواندن شیوع بالاتری دارد و با الگوی پردازشِ اغلب سریع و غیرخطیِ برخی از این کودکان در تعارض قرار می‌گیرد؛ در حالی که خواندن به رمزگشایی و پردازش خطی و گام‌به‌گام نیاز دارد (۷). خواندن یک کارکرد پیچیده‌ی شناختی است که بر آگاهی واج‌شناختی، پردازش آوایی و معنایی، کدهای دیداری، توجه و توالی‌یابی تکیه دارد و با مهارت‌های زبانی، ادراکی–حرکتی و دیداری–شنیداری پیوند نزدیکی برقرار می‌کند (۸). برآورد می‌شود بیش از یک‌چهارم ناکامی‌های تحصیلی در دبستان از تفاوت‌های خواندن سرچشمه بگیرد؛ کودکِ نارساخوان در بازشناسی حروف و کلمات، روان‌خوانی، درک معنایی و دامنه‌ی واژگان دچار دشواری است (۹). گزارش‌ها نشان می‌دهد نزدیک به ۸۰٪ کودکان دارای مشکلات یادگیری، ناکارآمدی‌های خواندن دارند و شکست‌های تکرارشونده‌ی تحصیلی آنان را در معرض آسیب‌پذیری هیجانی و رفتاری قرار می‌دهد (۱۰، ۱).

یکی از مهارت‌هایی که باید در کودکان دارای اختلال یادگیری افزایش یابد مربوط به رشد حرکتی در سال‌های نخستین کودکی است. مهارت‌های حرکتی بنیان بسیاری از یادگیری‌های بعدی از جمله تحصیلی و اجتماعی‌اند؛ اختلال در این دستگاه می‌تواند رشد ادراکی و در نتیجه یادگیری را متأثر کند (۱۱). در این رابطه بسیاری از پژوهش‌هایی که در زمینه حرکت انجام شده‌اند نشان دادند که هرقدر فرصت‌های حرکت و تجربه‌های حسی–حرکتی غنی‌تر باشد عملکرد خواندن کودکان با اختلال یادگیری را بهبود می‌بخشد (۱۲). پژوهش‌های متعدد، اثر مداخلات دیداری–حرکتی و نیز توان‌بخشی و آموزش مهارت‌های حرکتی را بر بهبود خواندن، حافظه‌ی کاری، توجه و کارکردهای اجرایی گزارش کرده‌اند (۹،۱۲،۱۳). از دیگر مهارت-هایی که در زمینه کودکان با اختلال یادگیری در خور توجه است مربوط به مهارت‌های هیجانی و عاطفی است. در بُعد هیجانی–عاطفی، جمعیت نارساخوان صرفاً به تقویت تحصیلی نیاز ندارد؛ پژوهش‌ها همبودی نسبتاً بالای اضطراب، افسردگی، خودپنداره‌ی ضعیف و ناسازگاری اجتماعی را نشان می‌دهند (۱). کمبود مهارت‌های اجتماعی می‌تواند به طرد از سوی همسالان و در پی آن، بروز الگوهای ستیزه‌جویانه و رفتارهای نامتعادل بینجامد (۱۳). پردازش سریع اما تفکر انتزاعی ضعیف و دشواری در بیان هیجان باعث می‌شود این کودکان هیجان‌ها را سرکوب کرده، تنیدگی روان‌شناختی بیشتری تجربه کنند (۷، ۱۴). برآورد می‌شود ۴۰ تا ۵۰ درصد کودکان با اختلال یادگیری از مشکلات هیجانی–اجتماعی رنج ببرند (۱). طرد و سرزنش محیط آموزشی (معلم و همسالان) و فشار والدین، اغلب ناشی از ناآگاهی نسبت به ماهیت تفاوت‌های یادگیری؛ می‌تواند به دلسردی از مدرسه و تشدید چرخه‌ی اضطراب و بی‌اعتمادی منتهی شود (۱۳، ۱۴).

مهارت‌های رفتاری از جمله مهارت‌های اساسی است که کمبود آن شرایط مشکل‌آفرین دیگری را برای برخی از کودکان دارای اختلال یادگیری ایجاد می‌کند. یافته‌ها نشان می‌دهد دانش‌آموزان با اختلال یادگیری شایستگی‌های اجتماعی کمتر و مشکلات رفتاری بیشتری دارند (۱۵) و در سنجش‌های خانگی و مدرسه‌ای، سطوح بالاتری از مشکلات درون‌نمود (اضطراب، افسردگی) و برون‌نمود (تکانشگری، پرخاشگری) بروز می‌دهند (۱۶). پیوند معنادار اختلالات یادگیری با مشکلات درون‌نمود حتی تا بزرگسالی تداوم می‌یابد (۵). علاوه بر این، الگوهای فرزندپروریِ فشارآور که دستاورد تحصیلی را معیار ارزشمندی می‌گذارند، وقتی با واقعیتِ الگوی شناختیِ متفاوت کودک مواجه می‌شوند، می‌توانند به بی‌توجهی، فرسایش هیجانی و تشدید مشکلات رفتاری بینجامند (۷، ۱۴، ۱۵).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/23.3.585]

با توجه به مطالب بیان شده در بالا؛ مهارت‌های بیشماری برای اختلال یادگیری مطرح است که کمبود آن‌ها برای این کودکان مشکل‌آفرین است؛ اما بیشترین تأکید در پژوهش‌ها مربوط به کمبود مهارت‌های شناختی به ویژه کارکردهای اجرایی است. از منظر کارکردهای اجرایی، نقش حافظه‌ی کاری، بازداری پاسخ و به‌ویژه انعطاف‌پذیری شناختی در تبیین دشواری‌های یادگیری برجسته است (۶، ۱۷). انعطاف‌پذیری شناختی توانایی تغییر مجموعه‌ی ذهنی، جابه‌جایی توجه میان قواعد یا بازنمایی‌ها و آزمودن راهبردهای بدیل متناسب با تغییرات محیطی است (۱۸–۲۰). ضعف در این مؤلفه به درجاماندگی، تکرارپذیری حرکتی و دشواری تنظیم و تعدیل رفتار و اندیشه می‌انجامد (۱۹، ۲۱). از سوی دیگر، چارچوب عصب‌شناختی نوروپلاستیسیته نشان می‌دهد مغز ساختاری از پیش‌ساخته نیست؛ بلکه شبکه‌ای پویا از ارتباطات است که تحت تأثیر تجربه‌های یادگیری، پیوندهای سیناپسی را تقویت یا هرس می‌کند (۲۲–۲۴). در سال‌های آغازین زندگی، حساسیت مغز به تجارب بیشینه است و با مکانیزم «هرس سیناپسی»، مسیرهای پرکاربرد تقویت و مسیرهای کم‌کاربرد خاموش می‌شوند (۲۲، ۲۵–۲۷). بر این مبنا، آموزش‌های هدفمند می‌توانند مسیرهای ناکارآمدِ مرتبط با اختلال خواندن را تضعیف و مسیرهای کارآمد را تقویت کنند و در نتیجه، انعطاف‌پذیری شناختی و یادگیری را ارتقا دهند (۲۳–۲۷). شواهد رفتاری و عصب‌روان‌شناختی نیز رابطه‌ی مستقیم انعطاف‌پذیری شناختی با درک خواندن و یکپارچگی پردازش واجی–معنایی را تأیید می‌کند؛ خوانندگان ضعیف معمولاً بر ویژگی‌های واجی بیش از معنا تمرکز می‌کنند (۲۹–۳۱). پژوهش‌های داخلی و خارجی تفاوت های معناداری را به زیانِ نارساخوانان در شاخص‌های انعطاف‌پذیری شناختی گزارش کرده‌اند (۲۸، ۳۱–۳۳).

با توجه به مطالب بیان شده در بالا شیوه‌های مختلفی جهت افزایش مهارت‌ها و بهبود اختلال خواندن مطرح است. با توجه به چند بُعدی بودن مسئله، مداخلات تک بُعدی مانند روش‌های ادراکی–حرکتی، دیداری–حرکتی، چند حسی، تمرین‌های ریتمیک/یوگا، یا بازتوانی شناختی رایانه‌محور و آموزش کارکردهای اجرایی هرچند اثربخش هستند؛ اما برای پوشش همزمان ابعاد شناختی، هیجانی، رفتاری و دیداری–حرکتی کفایت ندارند (۷، ۱۲، ۳۴–۳۶، ۳۹–۴۳). در مقابل، بازی‌درمانی با تکیه بر زبان طبیعی کودک، ظرفیتی کم‌نظیر برای درگیری همزمان سطوح شناختی، هیجانی و اجتماعی دارد و می‌تواند ابراز نمادین هیجان، تنظیم هیجانی و سازگاری را تسهیل کند (۳۴، ۳۵). اجرای گروهی آن در قیاس با قالب فردی مزیت‌های عملی چون صرفه‌ی زمانی، هزینه‌ای و قابلیت اجرا در مدرسه و مراکز اختلالات یادگیری را به همراه دارد و در عین حال، یادگیری مشاهده‌ای، خودکنترلی، پذیرش خود و تمرین مهارت‌های اجتماعی را در بافتی ایمن امکان‌پذیر می‌کند (۳۶–۳۸). بدین صورت استفاده از روش‌های ملایم، جذاب و برانگیزاننده مانند بازی‌درمانی گروهی که جهت ورود به دنیای حساس و آسیب‌پذیر کودکان با اختلال یادگیری ضرورت دارد؛ مورد تأکید است. این امر در راستای سرمایه‌گذاری، تهیه و اجرای مداخلات مؤثر در زمینه اختلالات یادگیری اهمیت استفاده از بازی‌درمانی را دو چندان می‌کند (۳۶).

در این راستا شواهد پژوهشی دال بر رویکردهای مختلف بازی‌درمانی در افزایش مهارت‌ها و کاهش مشکلات یادگیری است. بدین‌منظور، رویکردهای نوین به سمت بازی‌درمانی یکپارچه حرکت کرده‌اند؛ رویکردی که با ادغام نظریه‌ها، فنون و عوامل مشترکِ درمان، پاسخ مناسب‌تری به مسائل پیچیده و لایه لایه‌ی کودکان می‌دهد (۳۴، ۴۴، ۴۵). یکپارچه‌سازی به جای تکیه بر یک مدل خطی مانند مدل شناختی، مشکلات را چندعلّی می‌بیند و به درمانگر اجازه می‌دهد بر اساس نیازهای منحصربه‌فرد هر کودک، میان مواضع شناختی، هیجانی، رفتاری و حرکتی جابه‌جا شود و از طیفی از ابزارها بهره ببرد. تغییر در یک حوزه می‌تواند به تعمیم بین‌حوزه‌ای و ارتقای عملکرد سازگارانه بینجامد (۴۴، ۴۵). نظرسنجی‌های حرفه‌ای نیز نشان می‌دهد اکثریت درمانگران کودک از شکل‌هایی از التقاط/یکپارچه‌سازی استفاده می‌کنند و نارضایتی از درمان‌های تک‌محوری در گزارش می کنند. آنها دلایل احتمالی برای افزایش سریع بازی‌درمانی‌های یکپارچه را برجسته می‌کنند. از جمله آن‌ها می‌توان به الف) افزایش تعداد مراجعان به درمان با توجه به تفاوت‌های فردی، ب) فقدان یک نظریه یا درمان کافی مورد تأکید و ج) افزایش درمان کوتاه‌مدت و متمرکز بر مشکل اشاره کرد (۳۴، ۴۴، ۴۵).

بر این بنیاد، برای جمعیت دانش‌آموزان دبستانیِ مبتلا به اختلال خواندن، رویکردی که بتواند به طور هماهنگ انعطاف‌پذیری شناختی (به‌عنوان هسته‌ی کارکردهای اجرایی)، توانایی‌های دیداری–حرکتی (به‌عنوان زیربنای خواندن کارآمد) و مهارت‌های هیجانی–رفتاری (به‌عنوان حامل‌های سازگاری اجتماعی–تحصیلی) را نشانه بگیرد، از مزیت نظری و عملی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/23.3.585]

برخوردار است (۶، ۹، ۱۱–۱۳، ۱۵–۲۱، ۲۸–۳۳). با توجه به کاستی‌های گزارش‌شده در مداخلات تک بُعدی و شواهد فزاینده درباره‌ی ظرفیت بازی‌درمانی برای ارتقای هم‌زمان چند حوزه، خلأ اصلی در ادبیات مربوط به طراحی و روایی‌یابی برنامه‌هایی است که به‌صورت ساخت‌یافته و قابل‌اجرا در مدرسه، ابعاد شناختی، حرکتی و هیجانی–رفتاری را به‌طور هم‌زمان هدف بگیرند (۳۴–۳۸، ۳۹–۴۵).

ازاین‌رو، پژوهش حاضر با هدف طراحی و روایی‌یابی یک برنامه‌ی بازی‌درمانی گروهی یکپارچه برای دانش‌آموزان دبستانیِ دارای اختلال خواندن در ناحیه‌ی ۷ مشهد انجام می‌شود. نوآوری مطالعه در چهار محور است: (۱) ادغام هدفمند مؤلفه‌های دیداری–حرکتی، هیجانی–رفتاری و شناختی در قالبی مبتنی بر بازی‌درمانی (۷، ۱۱–۱۳، ۳۴–۳۶)؛ (۲) تکیه‌ی نظری و تمرکز عملی بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی به‌عنوان سازوکار مرکزی اثرگذاری بر خواندن و تنظیم هیجان/رفتار (۱۷–۲۱، ۲۸–۳۳)؛ (۳) طراحی پروتکل مدرسه‌مبنا با قابلیت اجرا و تعمیم به بافت زندگی روزمره‌ی کودک و کاهش هزینه/زمان نسبت به درمان‌های فردی (۳۶–۳۸)؛ و (۴) پاسخ به فرسایش هیجانی خانواده/کودک از طریق رویکرد چندبُعدی که احتمال پایداری اثر و پیشگیری از عود مشکلات را افزایش می‌دهد (۱۴، ۱۵، ۳۹–۴۳).

بر اساس هدف اصلی، پرسش‌محوری آن است که این برنامه تا چه اندازه می‌تواند انعطاف‌پذیری شناختی و به تبع آن، مهارت‌های هیجانی–رفتاری و توانایی‌های دیداری–حرکتی را در کودکان نارساخوان بهبود بخشد و آیا ساختار و محتوای آن از منظر روایی محتوا و سازه، کفایت لازم برای اجرا در بافت آموزشی را دارد؟(۳۴–۳۶، ۴۴، ۴۵).

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر جهت طراحی و روایابی برنامه بازی درمانی گروهی یکپارچه از روایی محتوایی به صورت کیفی و بر اساس پانل متخصصین انجام شد. جامعه پژوهش شامل ۲۰ نفر از متخصصان مربوط به اختلال یادگیری (کاردرمانگر، بازی‌درمانگر و مربیان کودکان اختلال یادگیری) در مراکز مشاوره ناحیه ۷ مشهد بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و ویژگی‌های مورد نظر برای تکمیل فرم طرح برنامه بازی‌درمانی گروهی یکپارچه را داشتند تهیه شد. با نظر محققین و با توجه به مطالعات پیشین ویژگی‌هایی برای انتخاب متخصصین در نظر گرفته شد. این ویژگی‌ها شامل: ۱. ایرانی بودن ۲. تحصیلات دانشگاهی مرتبط با کودکان اختلال یادگیری ۳. تجربه کاری بالای ۵ سال در مراکز دانشگاهی یا بالینی و یا مدارس. جهت بررسی روایی محتوایی «طرح برنامه بازی‌درمانی گروهی یکپارچه» ابتدا در دو جلسه با حضور متخصصان برگزار شد. سپس فرم روایی محتوایی CVR و CVI در اختیار متخصصان قرار گرفت. در نهایت ۱۵ نفر از افراد فرم را تکمیل نمودند و عودت دادند. پژوهش حاضر جهت آزمایش برنامه بازی درمانی گروهی یکپارچه بر متغیرهای وابسته از روش تحقیق نیمه-آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری شامل تمامی دانش آموزان دختر با اختلال خواندن مقطع دبستان مشغول به تحصیل در پایه های دوم، سوم و چهارم شهر مشهد در سال تحصیلی ۱۴۰۲–۱۴۰۳ بودند. جهت انتخاب آزمودنی‌ها روش نمونه‌گیری در دسترس از منطقه ۷ شهر مشهد در نظر گرفته شد. در این پژوهش به دلیل وجود اختلال‌های همبود در دانش‌آموزان پسر و عدم همکاری برخی از آنان به دلیل طولانی بودن دوره مداخله، نمونه نهایی به دانش‌آموزان دختر محدود گردید. در نهایت ۶۰ دانش‌آموز دختر مبتلا به اختلال خواندن شرکت داشتند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) گمارده شدند. محدوده سنی شرکت‌کنندگان بین ۸ تا ۱۰ سال بود. میانگین و انحراف معیار سن در گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری با یکدیگر نداشت ($p > 0.05$). از نظر پایه تحصیلی، در مجموع ۱۰ دانش‌آموز از پایه دوم، ۳۰ دانش‌آموز از پایه سوم و ۲۰ دانش‌آموز از پایه چهارم در این پژوهش شرکت داشتند. توزیع دانش‌آموزان در دو گروه آزمایش و کنترل از نظر پایه تحصیلی یکسان بود و ۵ نفر از پایه دوم، ۱۵ نفر از پایه سوم و ۱۰ نفر از پایه چهارم در هر گروه قرار گرفتند. همچنین هر دو گروه شرکت کننده در پژوهش حاضر از لحاظ سن و جنس با یکدیگر همتا شدند. در این پژوهش ابتدا شرکت آگاهانه و داوطلبانه افراد مورد توجه پژوهشگر قرار داشت. ملاک ورود از بین افراد دارای اختلال خواندن مطابق با ملاک‌های تشخیصی براساس DSM-IV-IR که شامل مواردی از قبیل الف) توانایی خواندن که برمبنای آزمون‌های استانداردشده انفرادی ارزیابی شده بسیار پایین‌تر از آن است که با توجه به سن تقویمی، هوش سنجیده شده و آموزش متناسب با سن انتظار می‌رود. ب) اختلال مذکور در ملاک الف به میزان چشمگیری با پیشرفت

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/23.3.585]

تحصیلی یا فعالیت‌های روزمره زندگی که مستلزم مهارت‌های خواندن است تداخل می‌کند. پ) اگر نارسایی حسی وجود داشته باشد، مشکلات در توانایی‌های خواندن فراتر از حدی است که معمولاً با آن نقص همراه است، می باشد در مرکز اختلالات یادگیری که تمایل به همکاری داشتند انتخاب شدند و وارد پژوهش شدند. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد. روند اجرای پژوهش بدین صورت بود که ابتدا پیش‌آزمون اجرا شد سپس مداخله آموزشی بر روی اعضای گروه به صورت ۲۴ جلسه (هفته‌ای دو بار، به مدت ۶۰ دقیقه) انجام گرفت. پس از اتمام جلسات آموزشی آزمون مجدد در مرحله پس‌آزمون اجرا شد.

ابزار تحقیق در این پژوهش عبارت بود از؛

آزمون کارکردهای اجرایی دلیس کاپلان (۲۰۰۱): یکی از ابزارهای معتبر با هدف سنجش حیطه‌های مهم کارکردهای اجرایی در سنین کودکی و بزرگسالی توسط دلیس و کاپلان (۲۰۰۱) ساخته شده است (۱۷). این آزمون یک آزمون عصب‌روانشناسی است که برای ارزیابی کارکردهای اجرایی کلامی و غیرکلامی برای کودکان و بزرگسالان در دامنه سنی ۸ تا ۹۰ سال مورد استفاده قرار می‌گیرد. این آزمون دارای ۹ خرده-آزمون می‌باشد که شامل خرده‌مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی و توانایی دیداری-حرکتی، حل مسأله، سیالی کلامی، حافظه کاری، استدلال، بازداری پاسخ، برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی و مفاهیم ادراکی می‌شود که هر یک از آن‌ها برای سنجش مولفه‌های کارکرد اجرایی مورد استفاده قرار می‌گیرد. از این خرده مقیاس‌ها؛ خرده مقیاس اول که آزمون ساخت دنباله‌دار است برای سنجش انعطاف‌پذیری شناختی و توانایی دیداری-حرکتی استفاده می‌شود. در ابتدا آزمایش تست این زیر مجموعه بر اساس تست ردیابی مسیر توسط پورتینگتون در سال ۱۹۳۸ توسعه یافته است اما تغییر کرده است تا شامل ۵ شرایط (سوال) باشد که هر کدام بر اساس توالی دیداری، مهارت‌های توالی عدد، مهارت‌های توالی حروف، مهارت‌های توالی عدد-حروف و سرعت حرکتی مورد ارزیابی قرار میگیرد. نمره‌گذاری این خرده آزمون بر اساس دو معیار اصلی انجام می‌شود: ۱) زمان صرف‌شده برای تکمیل هر یک از ۵ شرایط (که بر حسب ثانیه ثبت می‌شود) و ۲) تعداد پاسخ‌های درست و خطاهای صورت گرفته که در طیف لیکرت ۰ تا ۲ مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. تحلیل اصلی نمرات بر پایه مقایسه عملکرد شرکت‌کننده در بخش‌های مختلف است تا کارکردهای اجرایی خاص، از سرعت حرکتی پایه تفکیک گردد. این ابزار از پایایی و روایی مناسبی برخوردار است. در دفترچه راهنمای آزمون ضریب روایی و پایایی آن بین ۰/۸۴ و ۰/۹۸ گزارش شده است. در ایران قوامی و همکاران (۱۳۹۴) از نسخه فارسی این آزمون استفاده کردند، روایی و پایایی آن ۰/۸۵ را ۰/۹۵ گزارش کردند (۱۷).

پرسشنامه شایستگی هیجانی-اجتماعی دانش-آموزان زو و جی (۲۰۱۲): این پرسشنامه توسط زو و جی در سال ۲۰۱۲ تدوین شدکه هدف آن ارزیابی شایستگی هیجانی-اجتماعی دانش‌آموزان است. این پرسشنامه دارای ۲۵ سوال و ۵ بعد می‌باشد. ابعاد آن شامل خودآگاهی، آگاهی اجتماعی، خودمدیریتی، تصمیم‌گیری مسئولانه و مدیریت رابطه است. در این پژوهش سوالات مربوط به بعد خودمدیریتی هیجانی و مدیریت رابطه درخور توجه است. شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد که از ۱=کاملاً مخالفم تا ۵=کاملاً موافقم انجام می‌شود. برای مشخص نمودن پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردیده است. پایایی آن توسط سازندگان این پرسشنامه بالای ۰/۷۰ گزارش شده است. در پژوهش امام قلی‌وند و همکاران (۱۳۹۷) روایی صوری و محتوایی این مقیاس توسط متخصصان مورد تایید قرار گرفت. برای بررسی اعتبار مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار این ضریب برای تمامی ابعاد بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۰ بدست آمد (۴۶).

پرسشنامه مهارت‌های رفتاری اجتماعی گرشام و الیوت (۱۹۹۰): پرسشنامه مهارت‌های رفتاری اجتماعی (نسخه والدین) توسط گرشام و الیوت (۱۹۹۰) طراحی و اعتباریابی شده است، این پرسشنامه شامل ۵۲ گویه، پاسخ‌ها بر اساس طیف سه درجه‌ای لیکرت می‌باشد که برای سه دوره تحصیلی دبستان، راهنمایی و دبیرستان اعتباریابی شده است، پرسشنامه دو بعد مهارت اجتماعی و مهارت رفتاری را مورد سنجش قرار می‌دهد. در این پژوهش سوالات مربوط به بعد مهارت رفتاری مورد توجه قرار گرفت. این پرسشنامه توسط شهیم (۱۳۸۱) اعتباریابی شده است. نمره‌گذاری این پرسشنامه براساس یک طیف لیکرت سه درجه‌ای از هرگز اتفاق نیفتاده=۰، بعضی وقت‌ها اتفاق افتاده=۱، اغلب اتفاق می‌افتد=۲ نمره‌گذاری می‌شوند. گویه‌های مربوط به مهارت رفتاری به‌صورت معکوس محاسبه می‌شوند و مجموع نمرات در سه سطح پایین (۰)، متوسط (۵۲) و بالا (۱۰۴) تفسیر می‌گردد. در این پژوهش برای

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/23.3.585]

مشخص نمودن پایایی پرسشنامه‌ها از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردیده است. با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۹۴/. گزارش شده است (۱۶). همچنین روایی پرسشنامه در ایران، توسط خانزاده (۱۳۸۳) از طریق تحلیل عاملی با نمونه ۱۶۰ دانش آموزکم شنوا، انجام شده است. تحلیل عاملی به روش تجزیه و تحلیل به مؤلفه های اصلی و بر اساس سه عامل، از طریق چرخش واریماکس، انجام شده است و ضریب ۰/۸۶۳ به دست آمده که معنادار و رضایت بخش است (۴۷).

شرح مداخلات بازی درمانی گروهی یکپارچه.

مداخلات بازی‌درمانی یکپارچه بر مبنای رویکرد حرکتی (۴۸) و رویکرد شناختی (مدل شناختی، آگاهی واجی و درک مطلب) طراحی شده است (۴۹). جهت روایی صوری و محتوایی به متخصصان اختلال یادگیری مراجعه شد. تعداد ۲۰ متخصص در نظر گرفته شده به شیوه نمونه گیری در دسترس از مراکز مشاوره ناحیه ۷ شهر مشهد انتخاب شدند. طی دو جلسه حضوری به مدت ۴ ساعت توضیحات کامل برنامه بازی‌درمانی گروهی یکپارچه برای متخصصان ارائه شد و از آنها خواسته شد تا فرم‌های روایی محتوایی جهت تعیین CVR و CVI را تکمیل کنند. همچنین چنانچه پیشنهادی در رابطه با افزایش کیفیت برنامه بازی‌درمانی گروهی یکپارچه دارند در انتهای فرم-ها بیان کنند. شرح جلسات بازی‌درمانی یکپارچه گروهی در جدول زیر ارائه شده است.

جلسه اول و دوم: بازی حرکتی گروهی (تمرینات یوگا)، بازی آگاهی واجی (حدس بزن من به چی فکر می کنم؟)، بازی تخلیه هیجان از طریق بادکنک، بازی چی یاد گرفتی؟ به هم-گروهی خود یاد بده

جلسه سوم و چهارم: بازی حرکتی گروهی (تمرینات دیداری- حرکتی)، بازی دستکاری حروف و کلمات، بازی تخلیه هیجان از طریق نقاشی، بازی چی یاد گرفتی؟ به هم‌گروهی خود یاد بده

جلسه پنجم وششم: بازی حرکتی گروهی (تمرینات تن آرامی)، بازی تمیز کلمات شنیداری، بازی تخلیه هیجان از طریق خمیر و گل، بازی چی یاد گرفتی؟ به هم‌گروهی خود یاد بده

جلسه هفتم و هشتم: بازی حرکتی گروهی (تمرینات یوگا)، بازی تمیز کلمات دیداری (رسم حروف هم شکل)، بازی تخلیه هیجان از طریق کاردستی، بازی چی یاد گرفتی؟ به هم‌گروهی خود یاد بده

جلسه نهم و دهم: بازی حرکتی گروهی (تمرینات دیداری- حرکتی)، بازی رسم کلمات مقوله ای، بازی تخلیه هیجان از طریق پاپت (ایفای نقش)، بازی چی یاد گرفتی؟ به هم‌گروهی خود یاد بده

جلسه یازدهم و دوازدهم: بازی حرکتی گروهی (تمرینات تن آرامی)، بازی کارت حروف (کلمه بساز)، بازی تخلیه هیجان از طریق بادکنک، بازی چی یاد گرفتی؟ به هم‌گروهی خود یاد بده

جلسه سیزدهم و چهاردهم: بازی حرکتی گروهی (تمرینات یوگا)، بازی کلمات نیمه تمام را کامل کن، بازی تخلیه هیجان از طریق نقاشی، بازی چی یاد گرفتی؟ به هم‌گروهی خود یاد بده

جلسه پانزدهم و شانزدهم: بازی حرکتی گروهی (تمرینات دیداری- حرکتی)، بازی جدول حروف و کلمات، بازی تخلیه هیجان از طریق خمیر و گل، بازی چی یاد گرفتی؟ به هم-گروهی خود یاد بده

جلسه هفدهم و هیجدهم: بازی حرکتی گروهی (تمرینات تن آرامی)، بازی با حروف دستورات را اجرا کن، بازی تخلیه هیجان از طریق کار دستی، بازی چی یاد گرفتی؟ به هم‌گروهی خود یاد بده

جلسه نوزدهم و بیستم: بازی حرکتی گروهی (تمرینات یوگا)، بازی با حروف پیشوند و پسوند بساز، بازی تخلیه هیجان از طریق پاپت (ایفای نقش)، بازی چی یاد گرفتی؟ به هم‌گروهی خود یاد بده

جلسه بیست و یکم و بیست و دوم: بازی حرکتی گروهی (تمرینات دیداری-حرکتی)، بازی آخر داستان را بساز، بازی تخلیه هیجان به صورت انتخاب آزاد، بازی چی یاد گرفتی؟ به هم‌گروهی خود یاد بده

جلسه بیست و سوم و بیست و چهارم: بازی حرکتی گروهی (تمرینات تن آرامی)، بازی آخر داستان را بساز، بازی تخلیه هیجان به صورت انتخاب آزاد، بازی چی یاد گرفتی؟ به هم-گروهی خود یاد بده.

یافته‌ها

در این پژوهش ابتدا روایی محتوایی بر اساس شاخص های CVR و CVI مورد بررسی قرار گرفت. روایی محتوایی به صورت کیفی و بر اساس پانل متخصصین انجام شد. برای بررسی روایی محتوایی «طرح برنامه بازی‌درمانی گروهی یکپارچه» ابتدا در دو جلسه با حضور متخصصان برگزار شد. بر

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/23.3.585]

اساس بررسی‌های صورت گرفته لیست ۲۰ نفری از مشاوران مراکز ناحیه ۷ در مشهد که تخصص‌های مرتبط با اختلال یادگیری (کاردرمانگر، بازی‌درمانگر و مربیان کودکان اختلال یادگیری) داشتند و ویژگی‌های مورد نظر برای تکمیل فرم طرح برنامه بازی‌درمانی گروهی یکپارچه را دارند تهیه شد. در نهایت ۱۵ نفر از افراد فرم را تکمیل کردند و عودت دادند. در جدول شماره ۱ نتایج روایی محتوایی ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های روایی محتوایی

جلسه	نسبت روایی محتوایی (CVR)	شاخص روایی محتوایی (CVI)		
	ضروری بودن	مربوط بودن	واضح بودن	ساده بودن
اول	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)
دوم	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)
سوم	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)
چهارم	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)
پنجم	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)
ششم	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)
هفتم	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)
هشتم	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)
نهم	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)
دهم	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)
یازدهم	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)
دوازدهم	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)
سیزدهم	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)
چهاردهم	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)
پانزدهم	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)
کل	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)

با توجه به یافته های جدول شماره ۱ با اطمینان صد درصدی می توان گفت برنامه بازی‌درمانی گروهی یکپارچه از روایی محتوایی بالایی برخوردار است.

در بخش آمار توصیفی از شاخص‌هایی نظیر میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی استفاده گردید. در بخش آمار استنباطی، ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) بررسی شد؛ نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون کلموگروف–اسمیرنف، همسانی واریانس‌ها با آزمون لوین، همسانی ماتریس‌های واریانس–کوواریانس با آزمون ام‌باکس و همگنی شیب‌های رگرسیون مورد تأیید قرار گرفت. برای بررسی همسانی گروه‌ها در مرحله پیش‌آزمون از آزمون t مستقل و برای تحلیل فرضیه اصلی پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها برای تعیین اثر بخشی برنامه بازی‌درمانی گروهی یکپارچه از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. لازم به ذکر است که از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس شرط نرمال‌بودن داده‌ها و همسانی واریانس-های گروه آزمایش و گواه است. نتایج آزمون‌های لوین و ام باکس نشان دادند که شرط نرمال بودن و همسانی واریانس‌ها برابر است. اطلاعات جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات انعطاف‌پذیری شناختی، مهارت‌های هیجانی–رفتاری و توانایی دیداری–حرکتی در گروه های کنترل و آزمایش، در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره اثر برنامه بازی‌درمانی گروهی یکپارچه را بر انعطاف‌پذیری شناختی، مهارت‌های هیجانی–رفتاری و توانایی دیداری–حرکتی دانش-آموزان با اختلال خواندن نشان می‌دهد. همچنین جهت تحلیل داده‌ها، نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ به کار گرفته شد و با استفاده از تحلیل کواریانس و رعایت پیش فرض‌ها، داده‌ها محاسبه شدند.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/.23.3.585]

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
انعطاف‌پذیری شناختی	گروه آزمایش	آزمون‌پیش	۱۶/۶۲	۸/۹۴	۰/۲۱	−۱/۲۱
		آزمون‌پس	۴۰/۷۵	۱۲/۷۵	۰/۴۸	−۰/۹۷
	گروه کنترل	آزمون‌پیش	۱۵/۶۶	۵/۹۲	۰/۲۷	−۰/۴۰
		آزمون‌پس	۱۵/۷۰	۵/۳۰	۰/۱۳	−۰/۹۳
توانایی دیداری–حرکتی	گروه آزمایش	آزمون‌پیش	۱۳/۳۷	۵/۲۰	−۰/۰۳	−۱/۱۰
		آزمون‌پس	۲۶/۳۳	۵/۶۸	۰/۳۷	−۱/۱۲
	گروه کنترل	آزمون‌پیش	۱۴/۷۹	۵/۲۵	−۰/۲۸	−۱/۲۶
		آزمون‌پس	۱۵/۴۱	۴/۶۷	۰/۱۵	−۱/۵۳
مهارت‌های هیجانی	گروه آزمایش	آزمون‌پیش	۴۵/۰۰	۶/۹۰	−۰/۵۳	−۰/۷۳
		آزمون‌پس	۵۹/۲۰	۷/۵۶	−۰/۵۵	−۰/۳۴
	گروه کنترل	آزمون‌پیش	۴۵/۰۰	۶/۹۰	−۰/۵۳	−۰/۷۳
		آزمون‌پس	۴۴/۰۴	۷/۸۳	−۰/۰۸	−۰/۹۴
مهارت‌های رفتاری	گروه آزمایش	آزمون‌پیش	۲۶/۱۶	۵/۱۴	۰/۰۰	−۰/۸۷
		آزمون‌پس	۴۳/۳۷	۸/۸۲	۰/۶۳	۰/۳۶
	گروه کنترل	آزمون‌پیش	۲۶/۱۶	۵/۱۴	۰/۰۰	−۰/۸۷
		آزمون‌پس	۲۵/۵۸	۵/۲۹	۰/۳۵	−۰/۵۱

جدول ۳. آزمون t مستقل جهت بررسی تفاوت پیش‌آزمون متغیرها در دو گروه

متغیر	مقدار t	درجه آزادی (df)	سطح معنی‌داری (sig)
انعطاف‌پذیری شناختی	۰/۴۳	۴۶	۰/۶۶۴
توانایی دیداری–حرکتی	−۰/۹۳	۴۶	۰/۳۵۳
مهارت‌های هیجانی	۰/۰۰	۴۶	۱/۰۰۰
مهارت‌های رفتاری	۰/۰۰	۴۶	۱/۰۰۰

با توجه به جدول شماره ۳ در هیچ یک از متغیرها سطح معنی‌داری (*p*) کمتر از ۰/۰۵ نبوده است، می‌توان نتیجه گرفت که در مرحله پیش‌آزمون، دو گروه از لحاظ متغیرهای مورد بررسی تفاوت معناداری نداشتند؛ بنابراین، گروه‌ها از لحاظ آماری همسان در نظر گرفته می‌شوند و شرایط لازم برای ادامه تحلیل مداخله‌ای فراهم است.

جدول ٤. آزمون کلموگروف-اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر	گروه	مرحله	آماره (Z)	سطح معنی‌داری (sig)
انعطاف‌پذیری شناختی	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۰/۵۶	۰/۹۰۵
		پس‌آزمون	۰/۸۵	۰/۴۵۲
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۰/۵۸	۰/۸۸۴
		پس‌آزمون	۰/۵۳	۰/۹۳۸
توانایی دیداری–حرکتی	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۰/۵۳	۰/۹۳۴
		پس‌آزمون	۰/۷۸	۰/۵۷۷
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۰/۶۵	۰/۷۹۲
		پس‌آزمون	۰/۷۸	۰/۵۶۱
مهارت‌های هیجانی	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۰/۸۲	۰/۵۰۷

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/23.3.585]

جدول ٤. آزمون کلموگروف-اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر	گروه	مرحله	آماره (Z)	سطح معنی‌داری (sig)
مهارت‌های رفتاری		پس‌آزمون	۰/۶۱	۰/۸۴۸
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۰/۸۲	۰/۵۰۷
		پس‌آزمون	۰/۵۴	۰/۹۲۶
	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۰/۷۱	۰/۶۷۹
		پس‌آزمون	۰/۵۴	۰/۹۳۲
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۰/۷۱	۰/۶۷۹
		پس‌آزمون	۰/۶۴	۰/۸۰۴

برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش در هر دو گروه آزمایش و کنترل، از آزمون کلموگروف–اسمیرنف استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول شماره ۴ نشان داد که سطح معنی‌داری (p) در تمامی متغیرها و در هر دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، بیشتر از ۰/۰۵ بوده است. می‌توان گفت که توزیع نمرات در تمامی متغیرهای پژوهش نرمال بوده و بنابراین، استفاده از آزمون‌های آماری پارامتریک در مراحل بعدی تحلیل داده‌ها قابل توجیه است.

جدول ۵. آزمون پیش‌فرض همگنی ضرایب رگرسیون در متغیرهای پژوهش

		درجه آزادی (df)	مقدار F	سطح معنی‌داری (sig)
تعامل گروه با پیش‌آزمون انعطاف‌پذیری شناختی	اثر پیلایی	۴	[b]۲/۴۷	۰/۰۶۲
	لامبدای ویلکز	۴	[b]۲/۴۷	۰/۰۶۲
	اثر هاتلینگ	۴	[b]۲/۴۷	۰/۰۶۲
	بزرگترین ریشه روی	۴	[b]۲/۴۷	۰/۰۶۲
تعامل گروه با پیش‌آزمون توانایی دیداری–حرکتی	اثر پیلایی	۴	[b]۱/۴۷	۰/۲۳۱
	لامبدای ویلکز	۴	[b]۱/۴۷	۰/۲۳۱
	اثر هاتلینگ	۴	[b]۱/۴۷	۰/۲۳۱
	بزرگترین ریشه روی	۴	[b]۱/۴۷	۰/۲۳۱
تعامل گروه با پیش‌آزمون مهارت‌های هیجانی	اثر پیلایی	۴	[b]۱/۵۶	۰/۲۰۵
	لامبدای ویلکز	۴	[b]۱/۵۶	۰/۲۰۵
	اثر هاتلینگ	۴	[b]۱/۵۶	۰/۲۰۵
	بزرگترین ریشه روی	۴	[b]۱/۵۶	۰/۲۰۵
تعامل گروه با پیش‌آزمون مهارت‌های رفتاری	اثر پیلایی	۴	[b]۰/۸۷	۰/۴۸۷
	لامبدای ویلکز	۴	[b]۰/۸۷	۰/۴۸۷
	اثر هاتلینگ	۴	[b]۰/۸۷	۰/۴۸۷
	بزرگترین ریشه روی	۴	[b]۰/۸۷	۰/۴۸۷

جدول شماره ۵ نشان داد که تعامل بین گروه و پیش‌آزمون‌ها در هیچ یک از متغیرهای وابسته معنادار نیست ($Sig > 0.05$)؛ بنابراین، پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون برقرار است و اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیره مجاز است.

جدول ٦. نتایج آزمون لوین به منظور بررسی همسانی واریانس‌ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱ (df_1)	درجه آزادی ۲ (df_2)	سطح معنی‌داری (sig)

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/23.3.585]

جدول ٦. نتایج آزمون لوین به منظور بررسی همسانی واریانس‌ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱ (df_1)	درجه آزادی ۲ (df_2)	سطح معنی‌داری (sig)
انعطاف‌پذیری شناختی	۰/۸۴	۱	۴۶	۰/۳۶۲
توانایی دیداری–حرکتی	۰/۰۴	۱	۴۶	۰/۸۳۵
مهارت‌های هیجانی	۱/۰۰	۱	۴۶	۰/۳۲۱
مهارت‌های رفتاری	۲/۴۷	۱	۴۶	۰/۰۶۴

جدول ۷. نتایج آزمون ام‌باکس به منظور بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس–کواریانس

متغیر	Box's M	F	درجه آزادی (df)	سطح معنی‌داری (sig)
گروه	۲۶/۹۲	۲/۴۳	۱۰	۰/۰۰۷

نتایج آزمون لوین در جدول شماره ۶ نشان داد که فرض برابری واریانس‌ها در تمامی متغیرهای پژوهش برقرار است. همچنین، آزمون Box's M در جدول شماره ۷ نیز نشان داد که تفاوت معناداری در ماتریس‌های واریانس–کواریانس بین گروه‌ها وجود ندارد؛ بنابراین، پیش‌فرض‌های لازم برای تحلیل کوواریانس (ANCOVA) و تحلیل چندمتغیره (MANOVA) رعایت شده‌اند و انجام این تحلیل‌ها از نظر آماری مجاز است.

جدول ۸. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره

منبع		مقدار	F	درجه آزادی (df)	خطا	سطح معنی‌داری (sig)	مجذور اتا
گروه	اثر پیلایی	۰/۹۲	[b]۱۱۶/۵۹	۴	۳۹	۰/۰۰۰	۰/۹۲۳
	لامبدای ویلکز	۰/۰۷	[b]۱۱۶/۵۹	۴	۳۹	۰/۰۰۰	۰/۹۲۳
	اثر هاتلینگ	۱۱/۹۵	[b]۱۱۶/۵۹	۴	۳۹	۰/۰۰۰	۰/۹۲۳
	بزرگترین ریشه روی	۱۱/۹۵	[b]۱۱۶/۵۹	۴	۳۹	۰/۰۰۰	۰/۹۲۳

جدول ۹. آزمون اثرات بین متغیرها

منبع	متغیر وابسته	جمع مربعات	درجه آزادی (df)	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری	مقادیر مجذور اتا
گروه	انعطاف‌پذیری شناختی	۶۷۶۰/۴۹	۱	۶۷۶۰/۴۹	۲۵۴/۹۸	۰/۰۰۰	۰/۸۵
	توانایی دیداری–حرکتی	۱۶۴۲/۸۷	۱	۱۶۴۲/۸۷	۱۱۹/۹۶	۰/۰۰۰	۰/۷۴
	مهارت‌های هیجانی	۲۵۴۹/۲۶	۱	۲۵۴۹/۲۶	۹۱/۴۵	۰/۰۰۰	۰/۶۸
	مهارت‌های رفتاری	۳۶۱۰/۶۷	۱	۳۶۱۰/۶۷	۷۵/۹۴	۰/۰۰۰	۰/۶۴

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تحلیل‌های تعقیبی در جدول شماره ۸ و ۹ نشان داد که اجرای مداخله مورد نظر تأثیر چشم‌گیر و معناداری بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، توانایی دیداری–حرکتی، مهارت‌های هیجانی و مهارت‌های رفتاری داشته است. مقادیر بالای مجذور اتا در همه متغیرها بیانگر اندازه اثر (η^2) بسیار بزرگ مداخله می‌باشد.

جدول ۱۰. میانگین‌های تعدیل‌شده

متغیر وابسته	گروه	میانگین	خطای استاندارد
انعطاف‌پذیری شناختی	آزمایش	۴۰/۲۶[a]	۱/۰۵
	کنترل	۱۶/۱۹[a]	۱/۰۵
توانایی دیداری–حرکتی	آزمایش	۲۶/۸۰[a]	۰/۷۶
	کنترل	۱۴/۹۴[a]	۰/۷۶

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/23.3.585]

جدول ۱۰. میانگین‌های تعدیل‌شده

متغیر وابسته	گروه	میانگین	خطای استاندارد
مهارت‌های هیجانی	آزمایش	۵۹/۰۱[a]	۱/۰۸
	کنترل	۴۴/۲۳[a]	۱/۰۸
مهارت‌های رفتاری	آزمایش	۴۳/۲۷[a]	۱/۴۱
	کنترل	۲۵/۶۸[a]	۱/۴۱

نتایج به‌دست‌آمده در جدول شماره ۱۰ حاکی از مقایسه میانگین‌های تعدیل‌شده در چهار متغیر وابسته نشان می‌دهد که عملکرد گروه آزمایش در پی دریافت مداخله، به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بوده است. این تفاوت‌ها نشان‌دهنده‌ی تأثیر مثبت و قابل‌توجه مداخله‌ی انجام‌شده بر بهبود توانمندی‌های شناختی، هیجانی و رفتاری آزمودنی‌هاست.

جدول ۱۱. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر وابسته	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین ها (I-J)	خطای استاندارد	سطح معنی داری (sig)
پس آزمون انعطاف‌پذیری شناختی	کنترل	آزمایش	۲۴/۰۷*	۱/۵۰	۰/۰۰۰
	آزمایش	کنترل	-۲۴/۰۷*	۱/۵۰	۰/۰۰۰
پس آزمون توانایی دیداری-حرکتی	کنترل	آزمایش	۱۱/۸۶*	۱/۰۸	۰/۰۰۰
	آزمایش	کنترل	-۱۱/۸۶*	۱/۰۸	۰/۰۰۰
پس آزمون مهارت‌های هیجانی	کنترل	آزمایش	۱۴/۷۸*	۱/۵۴	۰/۰۰۰
	آزمایش	کنترل	-۱۴/۷۸*	۱/۵۴	۰/۰۰۰
پس آزمون مهارت‌های رفتاری	کنترل	آزمایش	۱۷/۵۹*	۲/۰۱	۰/۰۰۰
	آزمایش	کنترل	-۱۷/۵۹*	۲/۰۱	۰/۰۰۰

بر اساس نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول شماره ۱۱، میانگین نمرات پس‌آزمون در تمامی متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بوده است. این یافته‌ها نشان‌دهنده‌ی اثربخشی مداخله در بهبود انعطاف‌پذیری شناختی، توانایی دیداری-حرکتی، مهارت‌های هیجانی و مهارت‌های رفتاری شرکت‌کنندگان است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر طراحی و آزمایش یک برنامه بازی-درمانی گروهی یکپارچه برای افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، مهارت‌های هیجانی-رفتاری و توانایی دیداری-حرکتی دانش-آموزان با اختلال خواندن مقطع دبستان ناحیه ۷ شهر مشهد بود. یافته‌ها نشان داد برنامه بازی‌درمانی گروهی یکپارچه از روایی محتوایی بالایی برخوردار است. شفر (۲۰۲۴) درکتاب «بازی درمانی: نظریه، پژوهش و عمل» نشان داد که بازی نه تنها به عنوان ابزار سرگرمی بلکه به عنوان واسطه‌ای برای تغییرات روان‌شناختی عمیق در بازی‌درمانی در نظر گرفته می‌شود که شامل افزایش تنظیم هیجانی، افزایش خودکارآمدی، تقویت پیوندهای اجتماعی و تسهیل پردازش شناختی می‌باشد. نویسندگان تأکید می‌کنند که این عوامل در بستر گروهی، به ویژه در کودکانی مانند کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم، بیش‌فعالی، اختلال پردازش حسی و اختلال یادگیری اثربخشی بیشتری دارند (۵۰).

همچنین نتایج نشان داد برنامه بازی‌درمانی گروهی یکپارچه منجر به افزایش چشمگیری در انعطاف‌پذیری شناختی با اندازه اثر (η^2) ۰/۸۵ (۸۵ درصد) شده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های جوبرت و چینی (۲۰۱۹) که در پژوهش خود نشان دادند آموزش حرکات ایروبیک و بازی‌های ریتمیک بر افزایش کارکردهای اجرایی در مبتلایان به اختلال یادگیری موثر است، لودیگا و همکاران (۲۰۲۰) که در پژوهش خود اذعان کردند تمرینات ایروبیک بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی کودکان با اختلال نارسایی توجه و اختلال یادگیری موثر است، دانا و همکاران (۲۰۱۸) که بر اهمیت تمرینات هوازی بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی تأکید کردند و یافته‌های قربان‌پور و همکاران (۲۰۱۳) هم‌راستا است (۵۳،۵۲،۵۱). همچنین فیروزی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/23.3.585]

و همکاران(۱۴۰۰) در پژوهش خود نشان دادند که مداخلات یکپارچگی حسی و مهارت‌های حرکتی بر بهبود انعطاف‌پذیری شناختی و کارکردهای شناختی مؤثر است. در این راستا با پژوهش‌های شاه محمدی و همکاران (۱۳۹۸)، رحیمیان و همکاران (۱۳۹۷) و وستندراپ و همکاران (۲۰۱۴) همسو است (۵۶،۵۵،۵۴). به علاوه در پژوهشی که بیاتیانی و همکاران (۱۳۹۹) با عنوان اثربخشی بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی خاص یادگیری انجام دادند نتایج نشان داد که بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری مؤثر بوده و با پژوهش‌های ابراهیمی مقدم (۲۰۱۷) و حسینی خانزاده و همکاران (۱۳۹۷) هم‌جهت است (۴۲،۵۷). در تبیین این یافته‌ها می‌توان اذعان داشت که بازی و فعالیت‌های حسی–حرکتی روی سیستم عصبی مغز تأثیر گذاشته و باعث افزایش ظرفیت دستگاه عصبی مرکزی می‌شود (۴۴). بدین صورت مطابق تئوری زیر بنایی آن که تئوری حسی–حرکتی یادگیری است، بر اساس این تئوری حواس و ادراک نقش مؤثری در فعالیت–های شناختی از جمله کارکردهای اجرایی مانند انعطاف‌پذیری شناختی دارند (۵۲). انعطاف‌پذیری شناختی به عنوان توانایی فرد در تغییر راهبردهای شناختی، تنظیم هیجانی و سازگاری رفتاری در مواجهه با موقعیت‌های متغیر و پیچیده زندگی تعریف می‌شود. بدین صورت انعطاف‌پذیری شناختی نه تنها یک توانایی شناختی صرف، بلکه سازه‌ای چندوجهی است که با سلامت جسمانی، سلامت روان، سازگاری اجتماعی و عملکرد تحصیلی رابطه‌ای معنادار دارد (۵۸).

از دیگر یافته‌های پژوهش این است که برنامه بازی‌درمانی گروهی یکپارچه منجر به افزایش چشمگیری در توانایی دیداری–حرکتی با اندازه اثر (η^2) ۰/۷۴ (۷۴ درصد) شده است. در این رابطه در پژوهشی که آریان و هارون رشیدی (۱۴۰۲) با عنوان اثربخشی تمرینات حرکتی ریتمیک بر هماهنگی ادراکی–دیداری و کارکرد اجرایی کودکان با اختلال یادگیری انجام دادند نتایج نشان داد که آموزش تمرینات حرکتی ریتمیک موجب افزایش معنادار هماهنگی ادراکی–دیداری کودکان با اختلال یادگیری شده است که با پژوهش‌های مهتا و ناندوکانکار (۲۰۱۹)، مطهری و همکاران (۱۴۰۱)، فتح آبادی و همکاران (۱۳۹۹)، فتحی رضایی و همکاران (۱۳۹۹)، محمدزاده و همکاران (۱۳۹۹) و مرادی و موحدی (۱۳۹۸) هماهنگ و همسو است (۶۳،۶۲،۶۱،۶۰،۶،۵۹). در تبیین این یافته‌ها می‌توان اذعان داشت که مهارت‌های حرکتی نقش بسیار مهمی در یادگیری ایفا می‌کنند و زمینه را برای رشد سایر یادگیری‌های مهم دیگر از قبیل مهارت‌های تحصیلی و اجتماعی فراهم می‌کنند. بدین ترتیب که پس از ظهور و کارآیی نظام حرکتی، نظام ادراکی نیز رشد می‌کند، بنابراین هرگونه اختلال یا نقصی در فرآیند حرکتی، نظام ادراکی و در نتیجه آن، یادگیری را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بسیاری از پژوهشگران به اهمیت یادگیری حسی– حرکتی اولیه، به عنوان قطعات ساختمان تکامل ادراکی و شناختی پیچیده‌ی سال‌های بعدی تأکید می‌کنند (۱۱). نظریات کنترل حرکتی و یادگیری حرکتی، در اختلالاتی که در آن‌ها نقایص مرتبط با توانایی دیداری ـ حرکتی وجود دارد، بر درگیری بیزال گانگلیا، مخچه و لوب پیشانی تأکید می‌کنند که به نظر می‌رسد بازی‌درمانی بر این نواحی تأثیر می‌گذارد؛ چراکه بازی به عنوان یک فعالیت پویا، چندجانبه و منحصر به فرد، نیازمند کسب اطلاعات از سیستم بینایی است که با تشخیص اشیاء و تعیین محل آن‌ها در فضا ارتباط دارد و در ارتباط تنگاتنگ با ادراک حرکتی است. درنتیجه بازی‌درمانی با تقویت توانایی دیداری (مسیر بینایی خلفی و شبکه کورتیکال نشئت گرفته از لوب اکسیپیتال) باعث تقویت ادراک حرکتی می‌شود (۶۴). یافته‌های دیگر پژوهش نشان می‌دهد که برنامه بازی‌درمانی گروهی یکپارچه منجر به افزایش چشمگیری در مهارت‌های هیجانی و رفتاری با اندازه اثر (η^2) ۰/۶۸ و ۰/۶۴(۶۸ درصد و ۶۴ درصد) شده است. در این راستا نتایج پژوهش جنگی زهی و همکاران (۲۰۲۵) نشان داد که ضعف در تنظیم هیجان با مشکلات تحصیلی و رفتاری دانش‌آموزان با اختلال خواندن همراه و همبود است. شو و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی خود نشان دادند بین ضعف در مهارت‌های اجتماعی–هیجانی و توانایی خواندن دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری رابطه مثبت و معناداری وجود دارد؛ به‌ویژه این مهارت‌ها با درک مطلب نسبت به خواندن واژه‌ها ارتباط بیشتری دارند. در این زمینه کوتوس و همکاران (۲۰۲۴) چارچوبی جدید برای درک مهارت‌های هیجانی ارائه دادند که شامل چهار مؤلفه اصلی است: خودآگاهی هیجانی، تنظیم هیجانی، همدلی و ابرازگری هیجانی. آن‌ها تأکید کردند که مهارت‌های هیجانی باید به صورت پویا و در تعامل با زمینه‌های اجتماعی، شناختی و تحصیلی سنجیده شوند، نه صرفاً به‌عنوان صفات ثابت شخصیتی در نظر گرفته شود (۶۵، ۶۶، ۶۷). پژوهش های اکبری و حاجی اربابی (۲۰۱۶) نشان می‌دهد که بازی‌درمانی به طور معناداری

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/23.3.585]

منجر به کاهش پرخاشگری کودکان می‌شود. همچنین مطالعات نشان می‌دهد که بازی‌درمانی در کاهش علائم کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر بوده است (۴۱). در مطالعه‌ای که ابراهیمی و همکاران (۲۰۱۵) انجام دادند یافته‌ها نشان داد برنامه بازی‌درمانی شناختی رفتاری به طور قابل توجهی در کاهش مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی، اضطراب و افسردگی کودکان مؤثر است (۴۲). همچنین پیرعباسی و صفرزاده (۱۳۹۷) در پژوهش خود به بررسی اثربخشی بازی‌درمانی گروهی بر مشکلات رفتاری و عملکرد حافظه دانش‌آموزان دختر دارای اختلال یادگیری خاص پرداختند (۶۸). یافته‌ها نشان داد که بازی‌درمانی گروهی در کاهش میانگین نمرات مشکلات رفتاری مؤثر بوده است که با پژوهش‌های حشمتی و همکاران (۲۰۱۶)، برزگری و زمینی (۲۰۱۱) و ولچ (۲۰۱۵) همسو است (۶۹، ۷۰). در ادامه یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که بازی‌درمانی گروهی باعث کاهش اضطراب و افزایش سازگاری و احساسات مثبت می‌شود. همچنین بازی‌درمانی گروهی بر کاهش چشمگیر مشکلات رفتاری مانند پرخاشگری، خرابکاری، فریبکاری و افزایش مسئولیت‌پذیری و روابط بین‌فردی مؤثر بوده است (۷۱). در حقیقت بازی‌درمانی گروهی به طور معناداری موجب کاهش اضطراب‌های مختلف (از جمله اضطراب تعمیم‌یافته، هراس اجتماعی، وسواس، ترس از آسیب جسمانی و اضطراب جدایی) و افزایش انگیزه یادگیری در کودکان دارای اختلال یادگیری می شود (۵۰). در تبیین یافته‌ها مطابق با نظر راپاپورت رشد مهارت-های هیجانی در این کودکان نسبت به کودکان عادی ضعیف و متفاوت است. دانش آموزان با اختلال یادگیری به جای تمرکز بر روی تکالیف و وظایفی که می‌توانند انجام دهند به تمرکز و آموختن آنچه نمی‌توانند انجام دهند، روی می‌آورند و از این نظر مشکلات هیجانی مانند اضطراب، بی‌قراری و افسردگی را تجربه می‌کنند (۷۲). از جمله مشکلات رفتاری کودکان با اختلال یادگیری مربوط به دو دسته کلی رفتاری‌های برون-ریزی‌شده مانند پرخاشگری و رفتارهای تهاجمی است؛ و رفتارهای درون‌ریزی‌شده مانند رفتارهای بی توجهی، انزوا و گوشه گیری است که هر دو دسته این مشکلات در کودکان با اختلال یادگیری مورد تأکید است (۷۳). بدین صورت در مداخلات بازی‌درمانی، فرآیند بازی گروهی به دانش‌آموزان با اختلال یادگیری که به علت تجربه شکست‌های پی‌درپی در مدرسه و در تعامل با همسالان و معلم؛ دچار اضطراب یادگیری هستند این امکان را می‌دهد که در فضای بازی‌درمانی قدرت ابراز هیجانات منفی را داشته باشند؛ در نتیجه سطح اضطراب آن‌ها کاهش می‌یابد و به تبع آن مشکلات رفتاری آن‌ها نیز کاهش پیدا می‌کند (۷۴).

بنابراین در تفسیر اثربخشی برنامه بازی‌درمانی گروهی یکپارچه بر انعطاف‌پذیری شناختی، توانایی دیداری–حرکتی و مهارت‌های هیجانی و رفتاری می‌توان گفت از آنجا که بازی-درمانی گروهی یکپارچه شامل بازی‌های حرکتی، شناختی، هیجانی و رفتاری است به عنوان برنامه‌ای جذاب و فعال همراه با شادی از یک سو مانع اضطراب و افسردگی کودکان می‌شود که تنظیم هیجان و رشد مهارت‌های هیجانی و رفتاری را در پی دارد و از سویی دیگر تقویت توانایی دیداری–حرکتی و انعطاف-پذیری شناختی را به دنبال دارد (۵۲).

در مجموع، یافته‌های این پژوهش فرضیه اصلی را تأیید می کند مبنی بر اینکه برنامه بازی‌درمانی گروهی یکپارچه تأثیر معنادار و بالایی بر بهبود ابعاد مختلف شناختی، حرکتی و هیجانی–رفتاری داشته است. دستاورد اصلی و وجه تمایز این پژوهش، نشان دادن اثربخشی یک مداخله جامع و یکپارچه است. درحالی‌که پژوهش‌های پیشین اغلب به صورت تک‌بعدی به موضوع پرداخته‌اند، این تحقیق نشان داد که ترکیب همزمان بازی‌های حرکتی، شناختی و هیجانی در یک بستر واحد، به دلیل ایجاد جذابیت و جلوگیری از فرسودگی کودک، اثربخشی بالایی دارد؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که رویکردهای درمانی یکپارچه، گزینه‌ای کارآمدتر برای کودکانی با نیازهای چندبعدی، مانند کودکان دارای اختلال خواندن، محسوب می شوند.

این پژوهش با برخی محدودیت‌ها نیز مواجه بوده است. از جمله کمبود فراوانی دانش‌آموزان با اختلال خواندن، به ویژه دانش‌آموزان پسر که تمایل به همکاری و شرکت درپژوهش را داشته باشند. با وجود تمام تلاش‌ها احتمال خطا در تشخیص وجود دارد، لذا تعمیم‌پذیری نتایج تا حدودی دستخوش محدودیت می‌باشد. استفاده از دانش‌آموزان مراجعه‌کننده به مرکز اختلال‌های یادگیری ناحیه ۷ شهرستان مشهد، تعمیم نتایج را به سایر دانش‌آموزان با محدودیت مواجه می‌سازد. همچنین حجم پایین نمونه از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از دیگر دانش‌آموزان در همه گروه-های سنی و مقاطع تحصیلی استفاده شود. همچنین از کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری همراه با سایر اختلالات استفاده شده و نتایج با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه شود.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/23.3.585]

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافعی بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان دارای سهم مشترک در این مقاله هستند.

حمایت مالی

بدون حمایت مالی انجام شده است.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روانشناسی تربیتی دانشگاه الزهرا واقع در تهران می‌باشد. بدینوسیله از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر و خانواده‌های دانش‌آموزان تشکر و قدردانی می‌گردد. کد اخلاق: IR.ALZAHRA.REC.1404.025

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش دارای کد اخلاق از دانشگاه الزهرا تهران می‌باشد.
کد اخلاق: IR.ALZAHRA.REC.1404.025

References

1. Malek M, Hasanzadeh R, Tirgari A. The Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Play Therapy on Reducing Behavioral Problems in Children with Reading Disorder. Journal of Learning Disabilities. (2013):2(4):140-53.[In Persian].
2. Haywood KM, Getchell N. Life span motor development. 4th ed. Champaign (IL): Human Kinetics: (2005).
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Seyed Mohammadi Y, translator. Tehran: Ravan Publication: (2013). [In Persian].
4. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock pocket handbook of clinical psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins: (2010).
5. Naderi H, Rostamian M, Momeni F. The effectiveness of perceptual-motor skills on reading, writing and math performance of students with specific learning disorder. Journal of Disability Studies. (2018): 8:107. [In Persian].
6. Motahari Sadr S, Bakhtiarpour S, Ramazani A, Asgari P. The effectiveness of the Kephart visual-motor method on improving the reading skills of students with reading difficulties. Journal of Exceptional Children. (2022): 22(4):79-90. [In Persian].
7. Honeybourne V. The Neurodiverse Classroom: A Teacher's Guide to Individual Learning Needs and How to Meet Them. London: Jessica Kingsley Publishers: (2018).
8. Hallahan D, Kafman H. Exceptional students (introduction of special education). Alizadeh H, Saberi H, Hashemi J, Mohyo din M, translators. Tehran: Edition: (2015). [In Persian].
9. Khalouei H, Salari Chineh P, Ahmad Khosravi S, Manzari Tavakoli V. The effectiveness of motor rehabilitation training on working memory, attention, and concentration of students with reading learning disorder. Journal of Cognitive Rehabilitation. (2022):11(2). [In Persian].
10. Ganji M, Zahed Babolan A, Moeini Kia M. A meta-analysis of the research on the role of teaching models on students' academic achievement. Journal of School Psychology. (2012):1(1):93-108. [In Persian].
11. Gallahue D, Ozmun J. Understanding Motor Development: Infants, Children, Adolescents, Adults. New York: McGraw-Hill Education; (2011). 296-316.
12. Seif Naraghi M, Naderi E. Psychology and Education of Exceptional Children. Tehran: Arasbaran; (2017). [In Persian].
13. Arslani F, Sheikh Mahmoud, Hemayat Talab R. Effectiveness of selected motor program on working memory, attention and motor skills in students with mathematics learning disorder. Rehabilitation Medicine. (2019):8(3):209-20. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/.23.3.585]

14. Narimani M, Parzoor P, Basharpoor S. A comparison of interpersonal sensitivity and emotional balance in students with and without specific learning disorder. Journal of Learning Disabilities. (2015):5(1):124-40. [In Persian].
15. Lashkari H, Hemmati Alamdarloo G. Predicting behavioral problems of students with learning disabilities based on parental parenting style. Journal of Disability Studies. (2017):3(7):1-6. [In Persian].
16. Shaeim S. Social skills in trainable mentally retarded children using social skills rating system. Psychological and Educational Studies, University of Tehran. (1999):4(1):18-37. [In Persian].
17. Ghawami H, Raghibi M, Kord Tamini B, Dolatshahi B, Rahimi-Movaghar V. Cross-Cultural adaptation of executive function tests for assessments of traumatic brain injury patients in southeast IRAN. Behav Psychol. (2016):3:531-54.
18. South M, Ozonoff S, Mcmahon WM. The relationship between executive functioning, central coherence, and repetitive behavior in high-functioning autism spectrum. Autism. (2007):11:437-51.
19. Ghasemi Tous M, Soltani Kohbanani S, Karshki H. Effectiveness of perceptual-motor training on executive functions of students with mathematical disorder. [Master's thesis]. Mashhad: Ferdowsi University: (2019). [In Persian].
20. Carbonella JY, Timpano KR. Examining the link between hoarding symptoms and cognitive flexibility deficits. Behav Ther. (2016):47(2):262-73.
21. DeBerry L. The relation between cognitive inflexibility and obsessive-compulsive personality traits in adults: depression and anxiety as potential mediators. [Master's thesis]. Hattiesburg: University of Southern Mississippi: (2012).
22. Schindler AF, Poo MM. The neurotrophin hypothesis for synaptic plasticity. Trends Neurosci. (2000):23(12):639-45.
23. Nayebi M. A review on the basics of neuroplasticity. In: 8th International Conference on Psychology, Counseling and Educational Sciences. Tehran: (2022). [In Persian].
24. Yadollahi F. Application of neuroplasticity interventions in the rehabilitation of stroke patients. Kuala Lumpur, Malaysia: (2016). [In Persian].
25. Alipour H. Neuroplasticity. Digari Quarterly. (2015):1(1). [In Persian].
26. Wall JT, Xu J, Wang X. Human brain plasticity: an emerging view of the multiple substrates and mechanisms that cause cortical changes and related sensory dysfunctions after injuries of sensory inputs from the body. Brain Res Rev. (2002):39(2-3):181-215.
27. Baars B, Gage N. Fundamentals of Cognitive Neuroscience. Kharazi K, translator. Tehran: Institute for Cognitive Science Studies and SAMT: (2014). [In Persian].
28. Anderson P. Assessment and development of executive function (EF) during childhood. Child Neuropsychol. (2002):8(2):71-82.
29. Nouwens S, Groen MA, Verhoeven L. How storage and executive functions contribute to children's reading comprehension. Learn Individ Differ. (2016):47:96-102.
30. Clay MM. The Early Detection of Reading Difficulties. Portsmouth: Heinemann: (1985).
31. Berninger V, Nagy W. Flexibility in word reading: Multiple levels of representations, complex mappings, partial similarities and cross-modal connections. In: Cartwright KB, editor. Literacy Processes: Cognitive Flexibility in Learning and Teaching. New York: Guilford: (2008).
32. Dadgar H, Karimzadegan A, Soleimani Z, Tehrani Doost M. Relationship between cognitive flexibility, attentional shifting and planning with reading accuracy and speed in children with and without dyslexia. Cognitive Rehabilitation. (2022):11(3). [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/.23.3.585]

33. Atadokht A, Narimani M, Hazrati S, Majdi H. Comparison of planning, organizing and cognitive flexibility in students with and without learning disorder. Cognitive Strategies in Learning. (2018);6(10):3-15. [In Persian].

34. Bratton SC, Ray D, Rhine T, Jones L. The efficacy of play therapy with children: a meta-analytic review of treatment outcomes. Prof Psychol Res Pr. (2005):36(4):376-90.

35. Abbaszadeh N, Dehghani Y, Golestaneh M. The effectiveness of group play therapy techniques on anxiety sensitivity, helplessness, and resilience of students with learning disabilities. Journal of Empowering Exceptional Children. (2019):10(39):55-69.[In Persian].

36. Rezaei Moghaddam M, Babaei A, Rajabzadeh Z. The effect of teaching group play therapy techniques on the treatment of mathematics disorder in second and third-grade elementary school students. Journal of Mashhad University of Medical Sciences. (2019):62(1):113-9. [In Persian].

37. Torabi Makhsus S, Rahmanian M, Farrokhzad P, Alibazi H. Effectiveness of play therapy on the reduction of children's severity symptoms with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and promotion of their academic performance. J Appl Couns. (2016):5(2):23-6. [In Persian].

38. Li L, Liu Z, Cheng Q. Exosome plays an important role in the development of hepatocellular carcinoma. Pathol Res Pract. (2019):215(8):152453.

39. Dashti Z. The effect of play therapy on abilities and behavioral problem in children with ADHD disorders in Shiraz. In: The First International Conference on Modern Research in the Field of Education Sciences & Psychology and Social Studies of Iran; (2016): Qom. [In Persian].

40. Akbari S, HajiArbabi F. Comparison of the Effectiveness of Play Therapy on Aggression in Girl children. Fifth International Conference on Psychology and Social Sciences; Tehran: Mehr Ishraq: (2016). [In Persian].

41. Morshed N, Davoodi I, Babamiri M. Effectiveness of Group Play Therapy on Symptoms of Oppositional Defiant Among Children. J Educ Commun Health. 2015;2(3):12-8. doi:10.20286/jech-02032.

42. Ebrahimi Moghaddam H, Salehian Boroujerdi H, Madani S, Sharifian M. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy on Reducing Anxiety and Depression in Children. In: The First Scientific Congress on the Development and Promotion of Education Sciences and Psychology; (2015): Tehran. [In Persian].

43. Shahibizadeh Z. The effectiveness of the child-centered play therapy on reducing behavioral disorders in primary school children. In: Third Scientific Conference on Educational Sciences and Psychology; (2015): Qom. [In Persian].

44. Ariel S. Integrative Play Therapy with Individuals, Family, and Groups. London: Routledge; (2019).

45. Gil E, Konrath E, Shaw J, Goldin M, Bryan HM. Integrative approach to play therapy. In: Play therapy: A comprehensive guide to theory and practice. (2015). p. 99-113.

46. Emam Gholivand F, Kadivar P, Pasha Sharifi H. Psychometric properties of social-emotional competence questionnaire (SECQ). Educational Measurement Quarterly. (2018):9(33):79-101. [In Persian].

47. Ramesh H. A study and comparison of the social skills of hard-of-hearing male middle school students in integrated and special schools in Tehran. \[Master's thesis]. Tehran: Allameh Tabataba'i University; (2009). [In Persian].

48. Werner A, Reini W. Growth and strengthening of perceptual-motor skills in children. Sazmand, Tabatabaei, translators. Tehran: Organization of Exceptional Children; (2017). [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/.23.3.585]

49. Pooshneh K, Sharifi A, Yeganeh N. Effectiveness of computer-based cognitive rehabilitation on executive functions and working memory in students with mathematical learning disorder. Journal of Exceptional Individuals. (2015):5(20):2-28. [In Persian].
50. Schaefer CE, Drewes AA, editors. Play therapy: Theory, research, and practice. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association; (2024).
51. Joubert C, Chainay H. Effects of cognitive and aerobic training on working memory and executive function in aging, a pseudo-randomized trial: pilot study. J Aging Res Healthc. (2019):2(3):46–70.
52. Ludyga S, Gerber M, Mücke M, Brand S, Weber P, Brotzmann M, et al. The acute effects of aerobic exercise on cognitive flexibility and task-related heart rate variability in children with ADHD and healthy controls. J Atten Disord. (2020):24(5):693–703. doi:10.1177/1087054718757647.
53. Dana A, Poozesh-Jadidi R, Fallah Z. The effect of aerobic exercise on cognitive and metacognitive abilities among inactive elder men. J Res Behav Sci. (2018):16(1):84-92. [In Persian].
54. Firoozi S, Abolmaani Hossieni K, Tale Pasand S, Nokani M. Comparison of effectiveness of computer-based cognitive rehabilitation, sensory integration and combination on improving cognitive flexibility of students with specific learning disorder. Journal of Empowering Exceptional Children. (2021):12(3):85-98. [In Persian].
55. Rahimian Mashhadi M, Shamsipour Dehkordi P, Abtahi M. Effect of progressive physical exercises and cognitive rehabilitation on cognitive flexibility and social development of children with intellectual disabilities. Journal of Neuropsychology. (2018):14(3):91-110. [In Persian].
56. Westendorp M, Hartman E, Houwen S, Huijgen BC, Smith J, Visscher C. A longitudinal study on gross motor development in children with learning disorders. Res Dev Disabil. (2014):35(2):357-63.
57. Bayatiani GR, Hafezi F, Asgari P, Naderi F. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy and theory of mind training on cognitive flexibility in students with specific learning disabilities. Journal of Exceptional Children. (2020):22(3):24-36. [In Persian].
58. Borghesi F, Chirico A, Cipresso P. Outlining a novel psychometric model of mental flexibility. Front Psychol. (2025):16:Article 1631344.
59. Arian A, Rashidi H. Effectiveness of rhythmic motor exercises on perceptual-visual coordination and executive function of children with learning disorder. Journal of Exceptional Education. (2023):23(3):44-52. [In Persian].
60. Fathabadi R, Nosrati F, Ahmadi A, Roatami B. The impact of rhythmic motor exercises on executive functions in behavioral inhibition components and working memory of high functioning autistic male children. J App Psych Res. (2020):11(2):143-63. [In Persian].
61. Fathirezaie Z, Ramezani Z, Abbaspour K, Zamani Sani S. Effect of rhythmic exercises with music on the gross motor skills development and visual perception among educable mentally retarded children. J Rehab Med. (2020):9(2):257-65. [In Persian].
62. Mohammadzadeh H, Soleymani M, Daneshyar E, Dehghanizadeh J. The influence of rhythmic and group games on gross motor skills and social interaction of autism children. Journal of Exceptional Children. (2020):20(2):63-76. [In Persian].
63. Moradi H, Movahedi A. Effect of environment enrichment (SPARK perceptual-motor exercises) on the improvement of neurocognitive functions in children with developmental coordination disorder. Shefaye Khatam. (2019):7(3):23-31. [In Persian].
64. Albaret JM, Chaix Y. Neurobiological bases and neurophysiological correlates of developmental coordination disorders. Neurophysiol Clin. (2012):42:11–7.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/.23.3.585]

65. Yu L, Yu JJ, Tong X. Social–emotional skills correlate with reading ability among typically developing readers: A meta-analysis. Educ Sci. (2023):13(2):220.
66. Zhou M, Ee J. Development and validation of the social emotional competence questionnaire (SECQ). (2012).
67. Kotsou I, Mikolajczak M, Heeren A, Grégoire J, Leys C. Emotional skills: A new framework for understanding emotional intelligence. J Pers Soc Psychol. (2024):127(3):455–72.
68. Z, Safarzadeh S. Effectiveness of group play therapy on behavioral problems and memory performance of elementary school girls with specific learning disorder. Journal of Psychiatric Nursing. (2018):6(2):61-70. [In Persian].
69. Heshmaty R, Asl Anari R, Shokrallahi R. The Effect of Group Play Therapy Techniques on State Anxiety, Positive Sense and General Adaptability of Children with Specific Learning Disability. J Learn Disabil. (2016):5(4):24-7. [In Persian].
70. Welch A. More kids getting diagnosed with ADHD at young ages. CBS News; (2015). [cited 2015].
71. Mohammadzadeh J, Javaheri Z. The effectiveness of play therapy on conduct disorder in elementary schools of Ilam city. In: International Conference on the Humanities, Psychology and Social Sciences; (2015): Tehran. [In Persian].
72. Hulbert-Williams L, Hastings RP. Life events as a risk factor for psychological problems in individuals with intellectual disabilities: a critical review. J Intellect Disabil Res. (2008):52(11):883-95. doi:10.1111/j.1365-2788.2008.01110.x. PMID:18671807.
73. Fyson R, Yates J. Anti-social behaviour orders and young people with learning disabilities. Crit Soc Policy. (2011):31(1):102-25. doi:10.1177/0261018310385441.
74. Stone WS, Iguchi L. Stress and mental flexibility in autism spectrum disorders. North Am J Med Sci. (2013):6(3):145-53.

© 2025 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/.23.3.585]