اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر حافظه و مهارت های اجتماعی کودکان با ناتوانی یادگیری املا

منصوره سلامت[1]،کمال مقتدائی[2]، موسی کافی [3]، احمدرضا عابدی [4]، عباسعلی حسین خانزاده [5]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: یکی از مهم‌ترین ناتوانی‌های یادگیری، ناتوانی یادگیری املا (Spelling Learning Disability) می‌باشد که با مشکلات حافظه و مهارت‌های اجتماعی همراه است. هدف پژوهش حاضر،بررسی اثربخش ییازی درمانی شناختی رفتاری بر حافظه و مهارت‌های اجتماعی کودکان با ناتوانی یادگیری املا بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر آزمایشی (پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش‌آموزان پایه سوم دبستان شهرستان دهاقان (اصفهان) در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۲ بودند. ۴۰دانش‌آموز مبتلا به ناتوانی یادگیری املا، به صورت تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه بازی‌درمانی و کنترل قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت بازی درمانی شناختی رفتاری قرار گرفتند. ابزار این پژوهش عبارت بودند از، آزمون تشخیص ناتوانی یادگیری املا، آزمون هوش وکسلر و مقیاس مهارت‌های اجتماعی گرشام و الیوت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس و SPSS-۱۸ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<0/01$)، و میانگین نمرات حافظه و مهارت‌های اجتماعی در گروه بازی‌درمانی در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون و گروه کنترل افزایش یافته است.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج، بازی درمانی شناختی رفتاری بر بهبود و توان‌بخشی حافظه و مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری املا اثر بخش بوده است.

واژه‌های کلیدی: بازی درمانی شناختی رفتاری، حافظه، مهارت‌های اجتماعی، اختلال املا

ارجاع: سلامت منصوره، مقتدائی کمال،کافی موسی، عابدی احمدرضا، حسین خانزاده عباسعلی.**اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر حافظه و مهارت های اجتماعی کودکان با ناتوانی یادگیری املا**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۲؛ ۱۱(۶): ۵۶۶-۵۵۶

دریافت مقاله:۱۳۹۲/۰۵/۱۴ پـــــذیرش مقالـــــه:۱۳۹۲/۱۱/۳۰

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران

۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی، مرکز تحقیقات روان تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران(نویسنده مسؤول) Email:kmoghtadaei@yahoo.com

۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران

۴- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۵- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران

مقدمه

امروزه ناتوانی‌های یادگیری (Learning Disability) بزرگ‌ترین مقوله آموزش ویژه است. بیشتر از نیمی از همه دانش‌آموزانی که در مدارس عمومی برای دریافت آموزش ویژه شناسایی می‌شوند به ناتوانی یادگیری مبتلا هستند (۱).کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری، گروه ناهمگونی را شکل می‌دهند. وجه اشتراکی که در بین همه‌ی آن‌ها وجود دارد این است که همه‌ی آن‌ها در یادگیری دروس مدرسه مشکل دارند. ناتوانی یادگیری تقریباً همیشه به افت تحصیلی منجر می‌شود (۲).

طبق تعریف انجمن ناتوانی‌های یادگیری، اختلالات یادگیری آسیب در یک یا چند فرایند روان‌شناختی لازم برای درک و فهم یا استفاده از زبان، نوشتار یا گفتار است که ممکن است خود را در شکل توانایی ناقص برای گوش دادن، تفکر، تکلم، خواندن، هجی‌کردن یا انجام محاسبات ریاضی نشان دهد (۳). افراد مبتلا به ناتوانی یادگیری، در نوعی ناکامی تحصیلی و اجتماعی مشترک هستند. آنان آن‌چه را که دیگران با همان سطح هوشی، به انجام می‌رسانند، قادر نیستند انجام دهند و برای پیشرفت تحصیلی، به آموزش‌های ویژه نیاز دارند (۴). متن بازنگری شده IV-TRDSM- ناتوانی‌های یادگیری را در ۴ طبقه تشخیصی گنجانده است: اختلال خواندن،اختلال ریاضیات، اختلال بیان نوشتاری (Dysgraphia) واختلال یادگیری نامشخص (۵).

بیان نوشتاری، شامل مؤلفه‌هایی از جمله املا و هجی کردن، دستخط و انشا است (۶). شایع‌ترین مؤلفه اختلال بیان نوشتاری، نارسایی در هجی‌کردن (املا) است. آمار وارقام نشان می‌دهدکه ۲۷ درصد از کل ناتوانی‌های یادگیری را ناتوانی یادگیری املا تشکیل می‌دهد و در ایران، شیوع اختلال املا در پایه سوم ابتدایی بین ۶ تا ۷ درصد گزارش گردیده است (۷). شایع‌ترین علایم بالینی آنان شامل اشتباهات هجی‌کردن، اشتباهات دستوری، اشتباهات نقطه‌گذاری، ضعف در ساختن پاراگراف‌هاودستخط بد است (۸). در بحث سبب‌شناسی ناتوانی یادگیری املا عوامل مختلفی از جمله: نارسایی توجه و حافظه فعال (۹)، مشکلات واج‌شناختی و زبانی(۱۰)، اشکال در حافظه دیداری، شنیداری و حرکتی (۱۱، ۸) ،ونقص درکنش‌های اجرایی و عصب روان‌شناختی ناحیه پیشانی (۱۲) مطرح می‌شود.

شواهد پژوهشی متعدد حاکی از آن است که حافظه نقشی بسیار اساسی وتعیین‌کننده در یادگیری و انجام دادن تکالیف پیچیدهٔ شناختی از جمله نوشتن املا دارد (۱۴-۱۳). احتمالا بهره‌گیری از حافظه برای نوشتن یک کلمه از خواندن آن دشوارتر است، زیرا در خواندن یک کلمه، بازشناسی یا عمل تبدیل یک نماد یا یک نشانه مطرح است و متن موجود نیز این عمل را تسهیل می‌کند، در حالی که در نوشتن یک کلمه، عمل تبدیل صرفا از طریق حافظه می‌باشد و نشانه‌های جانبی وجود ندارد (۱۵)، بنابراین ممکن است برخی از کودکانی که در نوشتن املا دچار دشواری هستند در مهارت خواندن مشکل نداشته باشند. البته در مواردی هر دو مشکل با هم دیده می‌شود (۱۶).کودکانی که در املا دارای ضعف هستند مشکلاتی در حافظه‌ی شنوایی دارند ونمی‌توانند صداها و سیلاب‌ها را در ذهنشان نگه دارند. هم‌چنین حافظه‌ی حرکتی یکی از عوامل مهم در نوشتن املا است و کودکانی که در املا مشکل دارند ممکن است در این حافظه دچار اشکال باشند (۴). در کل، بسیاری از متخصصان معتقدند که اختلال در کارکردهای حافظه (مانند نقص در حافظه‌ی کوتاه مدت و حافظه‌ی فعال) از ویژگی‌های مهم کودکان دارای ناتوانی یادگیری املاست (۱۷).

ضعف در دروس، عدم پیشرفت تحصیلی، برچسب خوردن از طرف همکلاسی‌ها و کاهش اعتماد به نفس باعث می‌شود که دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری سطح بالایی از مشکلات اجتماعی در مقایسه بادانش‌آموزان عادی از خود نشان دهند (۲۰-۱۸). تحقیقات نشان می‌دهد بین ۳۸ الی ۷۸ درصد کودکان دارای اختلالات یادگیری، دارای نارسایی‌های اجتماعی و ارتباطی نیزمی‌باشند (۲۱). مهارت‌های اجتماعی (social skills) طیف گسترده‌ای از رفتارها از قبیل توانایی شروع ارتباط مؤثر و مناسب با دیگران، ارایه‌ی پاسخ‌های مفید و شایسته، تمایل به رفتارهای همدلانه و یاری‌گرانه، پرهیز از تمسخر، قلدری و زورگویی به دیگران را شامل می‌شوند (۲۲). متأسفانه همه کودکان موفق به فراگیری این مهارت‌ها نمی‌شوند و به همین دلیل اغلب این کودکان با عکس‌العمل‌های منفی از سوی بزرگسالان و کودکان دیگر رو به رومی‌شوند (۲۳). هم‌چنین متخصصان نشان دادند انش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری دارای نقص در پردازش اطلاعات اجتماعی (۲۴)، مهارت‌های بین فردی ضعیف (۲۵) ،سطوح بالای طرد اجتماعی و تنهایی(۲۶)، ناتوانی یادگیری درک هیجان‌ها (۲۷) و مشکلات سازگاری از هر دو نوع درونی-بیرونی (۱۸)می‌باشند.

امروزه از روش‌های بسیاری در کمک به کودکان با اختلالات یادگیری و ارتقا توانایی‌های آن‌ها بهره برده می‌شود که از جمله این موارد می‌توان به بازی‌درمانی اشاره کرد. بازی درمانی یکی از روش‌های مؤثر در درمان مشکلات رفتاری و روانی کودکان است (۲۸). بازی درمانی رفتاری– شناختی (Cognitive–behavioral play therapy) که جزء روش‌های مستقیم بازی‌درمانی است، تکنیک‌های سنتی بازی درمانی را با تکنیک‌های رفتاری– شناختی ترکیب کرده‌است (۲۹). به علاوه Kazdin (۳۰) معتقد است که یکی از مهم‌ترین مزایای بازی درمانی شناختی– رفتاری نسبت به دیگر اشکال بازی‌درمانی، این است که اهداف و روش‌های درمانی کاملاً اختصاصی یافته دارد. چنین رویکردهایی امکان تعیین اهداف درمانی روشن و واضحی را فراهم می‌سازد و روش‌های خاص دستیابی به این اهداف را پیش‌بینی می‌کند (۳۱).

هرچند پژوهش کاملا مشابهی در توجه به نقش بازی درمانی شناختی رفتاری بر حافظه و مهارت‌های اجتماعی کودکان با ناتوانی یادگیری املا وجود ندارد، اما برخی از پژوهش‌ها اثربخشی دیگر تکنیک‌های بازی درمانی را بر روی این کودکان، یا این روش را بر روی دیگر کودکان دارای مشکلات رفتاری و روانی مورد بررسی قرار دادند. Landreth، Ray و Bratton ، گزارش کردند که بازی‌درمانی در بهبود مشکلات شناختی کودکان دارای اختلالاتی ادگیری اثربخش می‌باشد (۳۲). زارع و همکاران (۳۳) در پژوهش خود دریافتند که بازی‌های آموزشی، در افزایش کارکرد حافظه کوتاه مدت و کاهش غلطهای آموزشی، افزایش دقت، افزایش حافظه دیداری، شنیداری و حساسیت شنیداری کودکان با اختلال املا تأثیر دارد. در پژوهش دیگری متخصصان به این نتیجه رسیدند که بازی درمانی مبتنی بر آموزش کارکردهای اجرایی موجب تقویت حافظه و در نتیجه کاهش خطاهای املایی دانش‌آموزان دارای اختلال املا می‌شود (۳۴).Baggerly و Parker نشان دادند که بازی‌درمانی منجر به کاهش خطاهای املایی دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری می‌گردد (۳۵).

علاوه بر این، مداخلات درمانی در جهت بهبود مهارت‌های اجتماعی تلاش می‌کنند تا رشد تعامل با همسالان را در کودکانی که در معرض مشکلات اجتماعی هستند تقویت کنند (۳۶) .جعفری و همکاران در پژوهشی نشان دادند که بازی‌درمانی با رویکردشناختی– رفتاری در کاهش کمرویی و گوشه‌گیری اجتماعی کودکان دبستانی اثربخش است (۳۷). درپژوهش دیگری نشان داده شد که بازی‌درمانی باعث افزایش معنی‌دار رفتار اجتماعی مثبت و خرده مقیاس‌های همدلی از جمله، جهت‌گیری اجتماعی، رفتار اخلاقی، خودمهارگری، حرمت خود، اطاعت‌پذیری، جرأت‌ورزی، احترام به قانون و تمایل به مشارکت در کودکان می‌شود (۳۸). همچنین متخصصان معتقدند بازی‌درمانی شناختی–رفتاری با توجه به روش و محتوای خود برای کودکان با اختلالات یادگیری از طرفی و از طرف دیگر با توجه با مسایل روان‌شناختی و اقتضای سنی این کودکان، می‌تواند به خوبی آن‌ها را درگیر فعالیت‌ها نموده ودر آن‌ها ایجاد انگیزه بنماید (۳۹).

با توجه به آن‌چه گذشت، مطالعات ضعف حافظه و مهارت‌های اجتماعی را در کودکان با ناتوانی یادگیری در املانشان می‌دهد که لزوم بررسی تأثیر آموزش این سازه‌ها با روش بازی درمانی شناختی رفتاری را در این کودکان نشان می‌دهد و نتایج آن می‌تواند راهنمای پژوهشگران و درمانگرانی باشد که در زمینه درمان اختلالات یادگیری فعالیت می‌کنند. مزیت انجام این پژوهش بر پژوهش‌های قبلی این است که این روش درمانی (به‌خصوص به صورت گروهی) در کاهش مشکلات حافظه و مهارت‌های اجتماعی کودکان با ناتوانی یادگیری املا مورد توجه قرار نگرفته است، و همچنین این روش بازی درمانی نسبت به دیگر روش‌های بازی درمانی دارای ساختار می‌باشد و می‌تواند توسط دیگر پژوهشگران تکرار گردد، لذا انجام این پژوهش می‌تواند از بعد افزایشی موجب تقویت پژوهش‌های روان‌شناختی و روان‌پزشکی شود.

بنابراین،هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی بازی درمانی شناختی‌رفتاری بر حافظه و مهارت‌های اجتماعی کودکان با ناتوانی یادگیری املا است. بدین منظور فرضیه‌های زیر مورد بررسی و آزمون قرار گرفت:

الف– بازی درمانی شناختی رفتاری بر حافظه کودکان با ناتوانی یادگیری املا اثربخش است.

ب– بازی درمانی شناختی رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی کودکان با ناتوانی یادگیری املا اثربخش است.

مواد و روش‌ها

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش: پژوهش حاضر آزمایشی (با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون وگروه کنترل)است که طی آن اثربخشی بازی‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری برحافظه و مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری املا مورد ارزیابی و بررسی قرار گرفت.

جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش‌آموزان ناتوان در یادگیری املا پایه سوم دبستان (دولتی و غیرانتفاعی) که در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ در شهر دهاقان مشغول به تحصیل بودند، تشکیل دادند.

نمونه: در ابتدا کل جامعه آماری(تعداد کل دانش‌آموزان پایه سوم شهر دهاقان ۳۱۰ نفر بودند)، بر اساس آزمون‌های تشخیصی املا، هوش وکسلر و مهارت‌های اجتماعی مورد بررسی قرار گرفتند که در نهایت ۶۵ نفر تشخیص ناتوانی یادگیری گرفتند. در ادامه از این تعداد ۴۰ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (بازی‌درمانی) و کنترل جایگزین شدند.

اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۱، آمده است.

ابزارهای پژوهش

ابزارمورداستفاده در این پژوهش عبارتند از:

۱) آزمون تشخیص ناتوانی یادگیری املا: این آزمون توسط کوسنج و همکاران (۴۰) ساخته شد و بر دانش‌آموزان سال دوم تا چهارم دبستان شهر اصفهان اجرا شد. این آزمون به لحاظ محتوایی شامل ۹ خرده مقیاس می‌باشد: تصویرنویسی، غلط‌یابی، تشخیص تشدید بر روی حرف موردنظر، صحیح‌یابی، واژه‌سازی، کامل‌کردن کلمه، تشخیص حروف همصدا، تشخیص نقطه و سرکش و نوشتن املای کلمات آموزشی و متن املا. نمره‌گذاری آزمون به این صورت است که به تعداد خطاهای دانش‌آموز نمره داده خواهد شد. آزمون در کل ۱۰۰ نمره دارد و به این صورت دانش‌آموزی که کمترین خطا در پاسخگویی به سؤالات را داشته باشد، نمره او به ۱۰۰ نزدیک‌تر است و هرچه میزان خطاهای او بیشتر شود، این نمره به صفر نزدیک خواهد شد و این‌گونه استنباط می‌شود که دارای ناتوانی املا بیشتری است. برای تعیین پایایی آزمون از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی استفاده شده است که برای پایه سوم به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۱ گزارش شده است (۴۰).

۲)آزمون هوش کودکان وکسلر ویرایش چهارم (IV - scale for ChildrenWechsler Intelligence): این آزمون فرم تجدید نظر شده آزمون هوشی کودکان WISC-III (۴۱) است که توسط Wechsler در سال ۲۰۰۳ برای کودکان ۶ تا ۱۶ سال تهیه شده است (۴۲). آزمون هوش کودکان وکسلر ویرایش چهارم اندازه‌گیری هوش کلی و چهار شاخص شامل درک مطلب کلامی، استدلال ادراکی، حافظه فعال و سرعت پردازش را فراهم می‌کند. این آزمون توسط عابدی روی نمونه‌ای از کودکان ایرانی انطباق و هنجاریابی شده است. اعتبارخرده آزمون‌ها در بازآزمایی در محدوده ۰/۶۵ تا ۰/۹۵ و ضرایب اعتبار تصنیف از ۰/۷۱ تا ۰/۸۶ گزارش شده است (۴۳). در این پژوهش از آزمون هوش وکسلر کودکان ویرایش چهارم برای سنجش هوش و حافظه کودکان استفاده شد.

۳)مقیاس مهارت‌های اجتماعی گرشامو الیوت: در این پژوهش برای سنجش مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان از مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی که توسط Gresham و Elliot در سال ۱۹۹۰ ساخته شده است،استفاده شد (۲۳). این مقیاس برای سهم قطع قبل از دبستان، دبستان و راهنمایی-دبیرستان ساخته شده است. هم‌چنین این پرسش‌نامه دارای سه فرم معلم، والدین و دانش‌آموز است. لازم به ذکر است فرم دانش‌آموز دارای دو فرم مخصوص کلاس‌های سوم تا ششم و کلاس هفتم تا دوازدهم است. فرم معلم و والدین دارای دو مقیاس کلی مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری است و فرم دانش‌آموز تنها به بررسی مهارت‌های اجتماعی می‌پردازد (۴۴). دراین پژوهش از فرم معلم برای سنجش مهارت‌های اجتماعی کودکان دبستانی استفاده شد. این مقیاس شامل ۳۰ پرسش است که بر اساس مقیاس لیکرت از صفر (هرگز) تا ۲(اغلب) نمره‌گذاری می‌شود. بالاترین نمره ۶۰ و پایین‌ترین نمره صفر است. اعتبار این مقیاس با استفاده از روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۴ گزارش شده است (۲۳). هم‌چنین اعتبار این مقیاس با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و اعتبار تنصیفی (دونیمه‌کردن) به ترتیب برابر با ۰/۹۰ و ۰/۸۸ گزارش شده است (۴۵).

روش اجرا

پس از مشخص‌شدن حجم جامعه و به دلیل کوچک بودن آن، آزمون تشخیص املا بر روی کل جامعه برگزار گردید. در ادامه

دانش‌آموزانی که حد نصاب نمره لازم در این آزمون را به دست نیاوردند، تشخیص اختلال املا گرفتند. در گام بعد به منظور تشخیص افتراقی اختلال یادگیری املاء از نواقص هوش، آزمون هوش وکسلر کودکان همراه با مصاحبه بالینی انجام شد و دانش‌آموزانی که از نظر هوشی طبیعی بودند (۹۰ به بالا) درگروه باقی‌ماندند، هم‌چنین نمرات حافظه آن‌ها از این آزمون استخراج شد. سپس، آزمون مهارت‌های اجتماعی Gresham و Elliot (۲۳) برگزار گردید و کسانی که حداقل نمره (با توجه به نقطه برش آزمون) را کسب کردند در گروه باقی ماندند. در گام آخر جهت انتخاب نمونه، از بین ۶۵ دانش‌آموز دارای اختلال یادگیری املا که شرایط حضور در پژوهش را دارا بودند، به صورت تصادفی ۴۰ نفر (۲۰ دختر و ۲۰ پسر) انتخاب و به صورت تصادفی دردوگروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند.

محتوای کلی جلسات شامل:

جلسه اول: آشنایی درمانگر و کودکان با همدیگر و محیط آموزشی، ارایه قوانی نو وظایف هر عضو . **جلسه دوم:** اجرای بازی مینی‌بسکتبال، اجرای بازی طراحی با نخ با هدف افزایش اعتماد به نفس و کاهش ترس از انتقاد دیگران، صحبت درباره احساسات. **جلسه سوم:** بازی گروهی ساختمان سازی با الگو و با تصویرسازی ذهنی، اجرای حرکات پانتومیم، بررسی تفاوت‌های ظاهری کودکان از نظر ویژگی‌های ظاهری در جهت تقویت باور بی‌نظیر بودن افراد و افزایش اعتماد به نفس جهت برقراری ارتباط با دیگران. ***جلسه چهارم:*** شناسایی احساسات اصلی با تصاویر ارایه شده بر روی مقوا و تمرین آن‌ها به کمک آموزش‌دهنده، بحث در خصوص رویدادهای اجتماعی ایجادکننده حالات چهره و بررسی تفسیرها و اسنادها، بازی بشین و پاشو به صورت مستقیم و معکوس، آموزش فن "خودپرسی". **جلسه پنجم:** بازی مجسمه حرکت و اجرای دستورات به صورت مستقیم و معکوس با مجسمه و استدلال در مورد دستورات مجسمه، تهیه کارت‌های مقوایی شامل کلمات ناقص و کامل‌کردن آن توسط کودکان. **جلسه ششم:** تکلیف عبور از ماز بر اساس الگوی شروع، تغییر و توقف، بیان خطاها توسط گروه به یکدیگر و چاره‌اندیشی گروهی، پخش فیلم برای کودکان و درخواست برای یادآوری و بازسازی الگوهای همان رفتارها بعد از اتمام فیلم **جلسه هفتم:** اجرای نقش معلم و دانش‌آموز توسط کودکان وتصحیح دیکته‌های همدیگر، تمرین مهارت‌های ارتباطی با استفاده از روش مدل و نقش بازی کردن. **جلسه هشتم:** افزایش مهارت‌های خودآگاهی شامل بررسی و تقویت توانایی‌ها و نقاط قوت هر کودک در مقایسه با گذشته خود و با هدف تقویت احساس ارزشمندی او، مرور بازی‌های جلسات قبل، اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

چنان‌چه در جدول ۱ مشاهده می‌شود، به‌طور کلی می‌توان گفت گروه‌ها از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی تا حد زیادی همسان انتخاب شده‌اند.

اطلاعات توصیفی متغیرهای حافظه و مهارت‌اجتماعی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲، آمده است.

برای بررسی معنی‌داری تفاوت ایجاد شده در نمرات پس‌آزمون متغیرها از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) استفاده شد. بدین منظور ابتدا مفروضه‌های تحلیل کواریانس مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها از آزمون کولموگروف- اسمیرنف تک‌گروهی استفاده شد که سطح معنی‌داری آماره Z آن، برای همه متغیرهای مورد بررسی در دو گروه آزمایش و کنترل بیشتر از ۰/۰۵ بود، بنابراین بین توزیع متغیرها و توزیع نرمال تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. مفروضه همگنی واریانس متغیرهای وابسته (نمرات پس‌آزمون متغیرهای حافظه و مهارت اجتماعی) درگروه‌ها با آزمون لوین بررسی شد که سطح معنی‌داری این آماره در همه متغیرها بزرگتر از ۰/۰۵ است. بنابراین میان واریانس‌های متغیرها در دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت و شرط همگنی واریانس‌ها برقرار بود. هم‌چنین از آزمون همگنی ضرایب رگرسیون استفاده گردید که نتایج نشان داد سطح معنی‌داری آماره F محاسبه شده بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین تفاوت معنی‌داری میان ضرایب رگرسیون مشاهده نگردید و در نتیجه فرض همگنی ضرایب برقرار است. جهت بررسی هم‌خطی‌بودن ضرایب رگرسیون نیز از آزمون خطی بودن استفاده شد. آماره f این آزمون در گروه آزمایش متغیر حافظه برابر ۱۴/۴۳ است و دارای سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ است و این بدان معنی است که رابطه پس‌آزمون و پیش‌آزمون در گروه آزمایش

متغیر حافظه خطی است. همچنین آماره f این آزمون در گروه کنترل برابر ۱۸/۳۷ است و دارای سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ است و بنابراین رابطه پس‌آزمون و پیش‌آزمون در گروه کنترل نیز خطی است. این مفروضه در مورد متغیر مهارت اجتماعی نیز مورد بررسی قرار گرفت که آمارهf این آزمون برای گروه آزمایش و کنترل به ترتیب برابر با ۱۴/۰۲ و ۵۴/۸۶ است و هر دو آماره دارای سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ می‌باشند این بدان معنی‌ست که رابطه پس‌آزمون و پیش‌آزمون در هر دو گروه آزمایش و کنترل متغیر مهارت اجتماعی خطی است. لذا در این مرحله آزمون تحلیل کواریانس بر روی متغیرها صورت گرفت که در جدول ۳، آماده است.

جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت دو گروه در متغیرهای حافظه و مهارت‌های اجتماعی با کنترل عامل پیش‌آزمون را نشان می‌دهد. نتایج حاصله به ترتیب برای متغیرهای مذکور عبارتند از (p<۰/۰۱، F=۹۷/۷۸) و (p< ۰/۰۱، F=۶۱/۷۸) که این نتایج نشان می‌دهد که با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد و فرض صفر مبنی بر عدم وجود تفاوت معنی‌دار بین گروه آزمایش و کنترل رد می‌شود و فرض پژوهش تأیید می‌شود. بنابراین با توجه به نتایج کسب شده و مراجعه به جدول میانگین‌ها می‌توان گفت بازی درمانی-شناختی رفتاری بر افزایش حافظه و مهارت‌های اجتماعی کودکان با ناتوانی یادگیری اثربخش است. همچنین مجذور ایتا نشان می‌دهد بازی‌درمانی‌شناختی- رفتاری می‌تواند ۵۴ درصد از تغییرات حافظه و ۴۱ درصد از تغییرات مهارت‌های اجتماعی را تبیین کند.

جدول۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه به تفکیک گروه‌ها

شاخص آماری		گروه آموزش بازی درمانی		گروه کنترل	
متغیر		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
وضعیت جنسیت	دختر	۱۰	۵۰	۱۰	۵۰
	پسر	۱۰	۵۰	۱۰	۵۰
تحصیلات مادران	ابتدایی و راهنمایی	۱	۵	۳	۱۵
	دیپلم و فوق دیپلم	۱۵	۷۵	۱۴	۷۰
	لیسانس و بالاتر	۴	۲۰	۳	۱۵
تحصیلات پدران	ابتدایی و راهنمایی	۷	۳۵	۶	۳۰
	دیپلم و فوق دیپلم	۱۱	۵۵	۱۰	۵۰
	لیسانس و بالاتر	۲	۱۰	۴	۲۰
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۴	۲۰	۳	۱۵
	متوسط	۱۱	۵۵	۱۳	۶۵
	بالا	۵	۱۰	۴	۲۰

جدول۲. اطلاعات توصیفی متغیرهای حافظه و مهارت اجتماعی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

شاخص آماری		میانگین		انحراف معیار	
متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
حافظه	آزمایش	۶/۷۵	۱۱/۵۵	۰/۷۸	۱/۰۹
	کنترل	۷/۷۰	۸/۷۵	۱/۰۸	۱/۵۱
مهارت اجتماعی	آزمایش	۳۰/۵۵	۴۵/۱۰	۵/۵۶	۷/۲۹
	کنترل	۳۲/۸۰	۳۴/۷۵	۵/۴۰	۵/۲۴

جدول۳. نتایج آزمون تحلیل کواریانس گروه‌ها در متغیرهای حافظه و مهارت اجتماعی

متغیر	منابع تغییر شاخص	مجموع مجذورات	درجه‌آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور ایتا	توان آزمون
حافظه	پیش آزمون	۲۶/۹۵	۱	۲۶/۹۵	۲۵/۰۹	<۰/۰۰۱		
	بین گروه‌ها	۱۰۵/۰۴	۱	۱۰۵/۰۴	۹۷/۷۸	<۰/۰۰۱		
	خطا	۳۹/۷۴	۳۷	۱/۰۷	–	–	۰/۵۴	۱
	کل	۱۴۵/۱۰	۳۹	–	–	–		
مهارت اجتماعی	پیش‌آزمون	۶۹۳/۷۰	۱	۶۹۳/۷۰	۳۰/۵۶	<۰/۰۰۱		
	بین گروه‌ها	۱۴۰۲/۵۲	۱	۱۴۰۲/۵۲	۶۱/۷۸	<۰/۰۰۱		
	خطا	۸۳۹/۸۴	۳۷	۲۲/۶۹	–	–	۰/۴۱	۱
	کل	۲۶۰۴/۷۷	۳۹	–	–	–		

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر حافظه و مهارت‌های اجتماعی کودکان با ناتوانی یادگیری املا انجام گرفت. نتایج تحلیل کواریانس در ارتباط با فرض اول پژوهش مبنی بر این‌که بازی درمانی شناختی رفتاری بر تقویت حافظه کودکان با ناتوانی یادگیری املا مؤثر است، نشان می‌دهد که با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد و فرض پژوهش تأیید می‌شود. بنابراین با توجه به نتایج کسب شده و مراجعه به جدول میانگین‌ها می‌توان گفت بازی درمانی شناختی رفتاری بر تقویت حافظه کودکان با ناتوانی یادگیری املا اثربخش است. در خصوص مداخله‌ی درمانی- آموزشی بر تقویت حافظه کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری، نتایج حاصل از پژوهش حاضر با سایر تحقیقات این حوزه نظیر Seidman (۴۶) ، Valera و Seidman (۴۷) Swanson و Jerman (۴۸) ،زارع، آهویی و تاراج (۳۳) ، عبدی، کرمی و حاتمی (۳۴) ، عابدی، آتش‌پور و خدامی (۴۹)، میرمهدی، علیزاده و سیف نراقی (۵۰)، Hooper و همکاران (۵۱)، در یک راستا و همسو می‌باشد. محققان فوق در تحقیقات متعدد نشان داده‌اند برنامه‌های مداخله‌ای از جمله تقویت حافظه دیداری به شیوه بازی درمانی، تمرینات حافظه شنوایی، حافظه بینایی، بازی با تصاویر، حافظه حرکتی و حافظه بازشناسی بر توان‌بخشی و تقویت حافظه کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری مؤثر است.

در تبیین نتیجه‌ی فرض اول احتمالا می‌توان گفت، با توجه به این که کودکان با ناتوانی یادگیری املا در حافظه مشکل دارند، آموزش این سازه می‌تواند موجب بهبود عملکرد تحصیلی کودک شود. بدین صورت که بازیدرمانیشناختیرفتاری با محتوا و هدف مشخص و متناسب با مؤلفه‌های حافظه از جمله کلامی، بینایی- فضایی با استفاده از اشکال، حروف و اعداد به کودکان داده می‌شود. مداخلات فوق موجب تقویت حافظه بینایی-فضایی، کلامی و... شده و به دنبال آن موجب بهبود و تقویت املا در دانش‌آموزمی‌گردد. بنابراین آموزش در حافظه می‌تواند موجب بهبود مشکلاتی از قبیل جابه‌جایی حروف متفاوت با صدای مشابه که مشکل شایعی در این کودکان است شود. به‌عبارت دیگر تقویت حافظه منجر به بهبود عملکرد املا در دانش‌آموزان با ناتوانی‌های یادگیری می‌شود.

درارتباط با فرض دوم پژوهش مبنی بر این که بازی‌درمانی‌شناختی رفتاری بر افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان باناتوانی یادگیری املا مؤثر است، نتایج تحلیل کواریانس نشان می‌دهد که با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین‌گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون‌تفاوت‌معنی‌داری‌وجود دارد و فرض پژوهش تأیید می‌شود. بنابراین می‌توان گفت بازی درمانی شناختی رفتاری بر افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان باناتوانی یادگیری املا اثربخش است. در راستای این نتیجه، پژوهش‌های زیادی گویای اثربخشی بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر مشکلات اجتماعی کودکان می‌باشند که از جمله می‌توان به: اثربخشی آن

بر کاهش کم‌رویی و گوشه‌گیری اجتماعی کودکان (۳۷) ؛افزایشرفتاراجتماعیمثبت و همدلی (۳۸)؛کاهش پرخاشگری و افزایش رفتارهای جامعه پسند[۵۲] و کاهش ترساجتماعی در کودکان (۵۳) اشاره نمود. هم‌چنین Guerney(۳۹) بازی درمانی بدون ساختار را بر روی مهارت‌های ارتباطی و کاهش گوشه‌گیری کودکان با اختلال یادگیری اثربخش توصیف نموده است. بازی کردن به کودکان اجازه می‌دهد که مهارت‌های اجتماعی خودشان را ارزیابی کنند و رفتارهای اجتماعی جدید را بیاموزند و تمرین کنند. Yalom، رشدمهارت‌های اجتماعی را یکی ازمزیت‌های بازی درمانی گروهی می‌داند که این مسأله در پژوهش حاضر به خوبی نشان داده شد. هم‌چنین، به اعتقاد Gerald نیز بازی درمانی شناختی-رفتاری در رشد مهارت‌های اجتماعی کودکان و دیگر راه‌کارهای انطباقی و سازگارانه در آن‌ها مفید و مؤثر است (۵۲).

ناتوانی یادگیری و افت تحصیلی، برچسب خوردن، دریافت خدمات جانبی باعث می‌شود که کودک احساس کند با بقیه همسالان خود تفاوت دارد و این مسأله احساس تنهایی کودک را افزایش می‌دهد و با ارتباط اجتماعی تداخل نموده و منجر به مشکلات اجتماعی و اعتماد به نفس ضعیف می‌شود. در این راستا، شاید بتوان دلیل اثربخش بودن بازی درمانی شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر مهارت‌های اجتماعی کودکان با اختلال املا را در چند زمینه خلاصه و تبیین نمود: ۱-توجه به نقش زبان و اصلاح خودگویی‌های منفی کودکان؛ ۲-افزایش خودآگاهی و اصلاح اسنادهای کودکان در این خودگویی‌ها؛ ۳-گروهی بودن درمان و افزایش انتقال و بازخوردهای مثبت؛ ۴-پذیرش کاستی در برخی از زمینه‌های تحصیلی و تلاش جهت تقویت برخی از توانایی‌ها. باتوجه به شواهد و دلایل ذکر شده در مجموع می‌توان گفت رویکرد بازی درمانی شناختی-رفتاری یکی از مؤثرترین روش‌های درمانی در کمک به کودکان با اختلال یادگیری املا می‌باشد.

ازجمله محدودیت‌های این پژوهشمی‌توان به نداشتن مرحله پی‌گیری و محدود شدن نمونه به پایه سوم ابتدایی اشاره نمود. هم‌چنین در راستای این پژوهش پیشنهاد می‌گردد اثربخشی این روش در پایه‌های دیگر تحصیلی و دیگر اختلالات یادگیری بررسی گردد و با توجه به اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری، این مداخله، به منظور افزایش توانایی املانویسی به کلیه روان‌شناسان، روان‌پزشکان، مشاوران، معلمان، والدین و کلیه حرفه‌های دست اندرکار یادگیری دانش‌آموزان پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و تقدیر

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه مقطع کارشناسی‌ارشد خانم منصوره سلامت می‌باشد. بدین وسیله از مسؤولین دانشگاه گیلان و اصفهان، ریاست محترم آموزش و پرورش شهر اصفهان و شهرستان دهاقان و هم‌چنین تمامی دبیران، دانش‌آموزان و خانواده‌های آنان کمال تشکر و قدردانی را می‌نماییم.

References

1. Hossein khanzadehA. Psychology and ejucation of children& teenagers with special needs. Tehran: Avaye nour Publication;2011.[In Persian].
2. Kakavand A. Child Psychopathology. Tehran: Virayesh Publication;2006.[In Persian].
3. Schiff R, Bauminger N, Toledo I. Analogical problem solving in children with verbal and nonverbal learning disabilities. Journal of Learning Disabilities 2009; 42: 3-13.
4. Lerner J W Learning disabilities: Theories, diagnosis, and teaching strategies. 9th ed. Boston, MA: Houghton Mifflin; 2003.
5. Sadock B J, Sadock V A. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2007.
6. Shekouhi Yekta M, Prand A. Learning disabilities. 2nd ed. Tehran: Tabib Publication; 2010:81-9.[In persian].
7. Narimani M, Rajabi S. The Prevalence and causes of learning disorders among Elementary School Children in Ardebil. Research on Exceptional Children 2005;5(33):231-52. [In persian].
8. Fletcher J M, Lyon G R, Fuchs L S, Barnes M A. Learning disabilities (from identification to intervention). New York: The Guilford press; 2007.
9. Nathan AM. The impact of executive function skills on writing: A comparison of fifth-grade students with learning disabilities and students with typical development [Thesis]. America University of Nevada; 2009.

10. Perry Ziegler J C, Colt hearth M. How predictable is spelling an analysis of sound spelling contingency in English. Quarterly. Journal of Experimental psychology. 2002; 55A(3): 897 - 915.
11. Vlachos F. Karapetsas A. "Visual memory deficit in children with dysgraphia". Journal of Perceptual Motor Skills 2003; 97: 1281 – 8.
12. Meltzer L. Executive function in education: From theory to practice. New York: Guilford Press; 2007.
13. Carretti B, Cornoldi C. De Beni R, Romano M. Updating in working memory: A comparison of good and poor comprehenders. Journal of Experimental Child Psychology 2005; 91: 45-66.
14. Alloway T P. How does working memory work in the classroom? Educational Research and Reviews. 2006; 1(4): 134- 9.
15. Westerberg H, Klingberg T. Changes in cortical activity after training of working memory-a single-subject analysis. Physiology & Behavior 2007; 92(1-2): 186–92.
16. Seifenaraghi M, Naderi E. Learning Disability. Tehran: Amirkabir;2005. [In persian].
17. Taroyan N A, Nicolson R I, Fawcett A J. Behavioral and neurophysiological correlates of dyslexia in the continuous performance task. Clinical Neurophysiology 2007; 118(4): 845-55.
18. Auerbach J G, Gross-Tsur V, Manor O, Shalev R S. Emotional and behavioral characteristics over a six year period in youths with persistent and nonpersistent dyscalculia. Journal of Learning Disabilities 2008; 41: 263–73.
19. Sideridis G D. International approaches to learning disabilities: More A like of more different? Learning Disabilities Research & Practice 2007; 22: 210-5.
20. Klassen R M, Lynch S L. Self-efficacy from the perspective of adolescents with learning disabilities and their specialist teachers. Journal of Learning Disabilities 2007; 40(6): 494–507.
21. Fristad, M A, Topolosky S, Weller E B, Weller R A. Depression and learning disabilities in children. Journal of Affective Disorders 1992; 26: 53–8.
22. Merrel K W, Gimpel G A. Social skills of children and adolescents: Conceptualization, assessment and treatment. New Jerscy: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1998.
23. Gresham F, Elliot S. Social skills rating system manual. Cirele pine, MN: American Guidance service; 1990.
24. Bauminger N, Edelsztein H S, Morash J. Social information processing and emotional understanding in children with LD. Journal of Learning Disabilities 2005; 38(1): 45–61.
25. Wiener J. Do peer relationships foster behavioral adjustment in children with learning disabilities? Learning Disability Quarterly 2004; 27: 21 -30.
26. Estell D B, Jones M H, Pearl R A ,Van Acker R ,Farmer T W, Rodkin P. Rpeer groups , popularity, and social preference: Trajectories of social Functioning among students with and without learning disabilities. Journal of Learning Disabilities 2008; 41(1): 5 -14.
27. Loannis A, Efrosini K. Nonverbal social interaction skills of children with learning disabilities. Research in Developmental Disabilities 2008; 29(1):1-10.
28. Mahjor SR. Play Psychology. 7th ed. Shiraz: Sasan Publication; 2007.[In persian].
29. Springer C. Misurell J R. Game-based cognitive-behavioral therapy (GB-CBT): An innovative group treatment program for children who have been sexually abused. Journal of Child and Adolescent Trauma 2010; 3: 163-80.
30. Kazdin Alan E.Encyclopedia of psychology. New York: Lexington Press; 2000.
31. Springer C., Misurell JR, Hiller A. Game-Based Cognitive-Behavioral Therapy (GB-CBT) group program for children who have experienced sexual abuse: A three-month follow-up investigation. J Child Sex Abus 2012;21(6):646-64.
32. Landreth GL, Ray DC, Bratton SC. Play therapy in elementary schools. Psychology in the Schools. 2009; 46(3): 281-9.
33. Zare H, Amiri F, Taraj SH. The effect of educational games on short-term memory and dictation of Primary school students with specific learning disabilities. Research Institute on Exceptional Children 2010; 9:367-374. [In persian].
34. Abdi A , Karami M , Hatami J. The effect of improving visual memory through play therapy on reducing spelling errors in students with dysgraphia. Journal of Research in Rehabilitation Sciences 2012; 8: 6-11. [In persian]
35. Baggerly J, Parker M. Child-centered group play therapy with African American boys at the elementary school level. Journal of Counseling & Development 2005; 83(4): 387-96.
36. Hamilton D, Zoitas A. The social validity of interventions for promoting preschool children's peerlnteractions. Journal Behaviour Change 2003; 20: 208-17.
37. Jafari A, Khalatbari J, Todar R, Abolfathi H. Effect of play therapy with Meichenbaum cognitive – behavior approach on reduction shyness and social withdrawal of elementary School Children in Abhar. New findings in Psychology 2011; 6: 7-16.[In persian].

38. Rashidi-Zafar M, Janbozorgi M, Shaghaghi F. Positive social behavior efficacy of play therapy on progress of pre-school children's. Journal of Behavioral Sciences 2012; 6: 69-77. [In Persian].
39. Guerney L. Play therapy with learning disabled children. Journal of Clinical Child Psychology 1979; 8(3): 216-8.
40. Kosanj N, Yarmohamadian A, Faramarzi S, Abedi A. Spelling Learning Disability Identification Test. 2012; in press.[In Persian].
41. Wechsler D. Wechsler intelligence scale for children. 3rd ed. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1991.
42. Wechsler, D. WISC-IV: technical and interpretation manual. San Antonio: The Psychological Corporation; 2003.
43. Abedi A, Aghababaei S. Effectiveness of working memory training on academic performance of children with mathematics learning disability. Clinical psychology 2010; 2:73-81.[In Persian]
44. Behpajoh A, Ghobari B, Hossein khanzadeh A, Hejazi E. A comparison of the social skills in hearing-impaired students at mutual schools and at segregated schools. Journal of Psychology & Education 2005; 35:63-83. [In Persian]
45. Shahim S. Social skills in a group of educable mentally retarded children using the social skills rating system. Journal of psychology & education of Tehran University. 1999; 4:18-37.[In Persian].
46. Seidman L J. Neuropsychological functioning in people with ADHD across the lifespan. Clinical Psychology Review 2006; 26: 466–85.
47. Seidman L J, Valera E M, Makris N M. Structural brain imaging of attentiondeficit/ hyperactivity disorder. Biological Psychiatry 2005; 57:1263-72.
48. Swanson L H, Jerman O. The influence of working memory on reading growth in subgroups of children with reading disabilities. Journal of Experimental Child Psychology 2007; 96(4): 249-83.
49. Khodami N, Abedi A, Atashpor H. Effectiveness of executive functions training on improvements the academic performance of students with mathematics learning disability. New findings in Psychology 2010; 5: 63-77.[In Persian]
50. Mirmehdi R, Alizadeh H, Seif Naraghi M. The impact of training executive functions on mathematics and reading performance in primary students with specific learning disabilities. Research of Exceptional Children 2009;9: 1-12 .[In Persian].
51. Hooper S R, Swartz C W, Wakely M B, de Kruif R E, Montgomery J W. Executive function in elementary school children with and without problems in written expression. Journal of Learning Disabilities 2002; (35)1:57- 68.
52. Ghaderi N, Asghari Moghadam MA, Shairi MR. The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on aggression of children with conduct disorder. Two Mon Res Sci Mashhad University. 2006; 13:75-84. [In Persian].
53. Jalali S, Molavi H. The effect of play therapy on separation anxiety disorder in children. Journal of Psychology 2011; 14:370-382.[In Persian].

The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on memory and social skills of children with spelling learning disability

Mansoure Salamat[1], Kamal Moghtadaei[2], Musa Kafi[3], Ahmad Reza Abedi[4], Abbasali Hosein khanzadeh[5]

Original Article

Abstract

Aim and Background: One of the most important learning disabilities is spelling learning disability which is accompanied by memory problems and social skills. The main aim of present research was to review the effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on memory and social skills of children with spelling learning disability.

Methods and Materials: The research method of present study was experimental (pretest-posttest with control group). The statistical universe consisted of all third grade primary school students of Dehaghan city (Isfahan) in 2012-2013 academic years. The forty students with spelling learning disability selected randomly and then placed in play therapy and control groups randomly. Students in the experimental group received cognitive-behavioral play therapy for 8 sessions which each one took 90 minutes. Assessment tools consisted of Diagnostic Test of Spelling Learning Disability, Wechsler Intelligence Scale for Children- Revised (WISC-R) and Gresham's and Elliott's Social Skills Scale . Data was analyzed by analysis of Covariance and SPSS-18.

Findings: Results of covariance analysis model showed that ,with control of pre-test effect، there is a significant difference between the experimental and control group in post-test ($p< .01$) and the mean scores of memory and social skills in play therapy group in post-test stage has been increased in comparing with the pre-test and control group.

Conclusions:According to results, cognitive- behavioral play therapy has been effective on improvement of memory and social skills of students who disabled in spelling learning.

Keywords: Cognitive- Behavioral Play Therapy, Memory, Social Skills, Spelling Learning Disability

Citation: Salamat M,Moghtadaei K, KafiM,Abedi AR, Hosein khanzadeh A.**The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on memory and social skills of children with spelling learning disability**. J Res Behave Sci 2014; 11(6): 556-566

Received: 05.08.2013 Accepted: 19.02.2014

1- MSc Student, Department of Psychology, University of Gilan, Gilan, Iran
2- Psychologist, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran(Corresponding Author) Email:kmoghtadaei@yahoo.com
3- Associate Professor, Department of Psychology, School of Literature and Humanities, University of Gilan, Gilan, Iran
4- Associate Professor, Department of Psychology, School of Literature and Humanities, University of Gilan, Gilan, Iran
5- Assistant Professor, Department of Psychology, School Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran