

تأثیر بازی درمانی بر یادگیری دانش آموزان دختر مبتلا به اختلالات یادگیری با متغیر میانجی تنظیم شناخت هیجانی در مدارس ابتدایی شهرستان اردستان در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱

محمد رضا عسکری^۱، حمد مهتری آرانی^۲، زهرا ذبیحی اردستانی^۳
^۱ کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بادرورد
اداره آموزش و پرورش شهرستان اردستان
m.r.a.a.1373@gmail.com
۰۹۳۸۵۸۶۳۱۶۸

^۲ استادیار دانشکده مدیریت رفتاری دانشگاه پیام نور تهران - ایران
^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بادرورد

چکیده:

هدف این پژوهش تأثیر بازی درمانی بر یادگیری دانش آموزان دختر دارای اختلال یادگیری با متغیر میانجی تنظیم شناخت هیجانی در مدارس ابتدایی شهرستان اردستان بود. این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، پژوهشی نیمه آزمایشی با گروه کنترل و هدف بود. نمونه آماری پژوهش حاضر کلیه دانش آموزان دختر مقطع ابتدایی شهرستان اردستان بودند که ۳۲ دانش آموز دارای اختلال یادگیری و ۳۲ دانش آموز عادی به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. مداخله بازی درمانی به افراد گروه آزمایش ارائه شد. ابزار گردآوری اطلاعات در پژوهش حاضر، پرسشنامه تنظیم هیجانی گرانفسکی و همکاران بود. (۲۰۱۱) و آزمون هوش و کسلر. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ انجام شد. نتایج تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که بین گروه آزمون در نمرات پس آزمون نسبت به پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. در حالی که چنین معناداری در گروه کنترل مشاهده نشد. همچنین با توجه به اندازه اثر متغیر شناخت هیجانی ۱۷ درصد از واریانس متغیر یادگیری را پیش بینی کرد. پس از حذف اثر پیش آزمون، تأثیر متقابل بازی درمانی و متغیر بازشناسی هیجانی با $(P < 0.01)$ و $(F = 12.30)$ در متغیر یادگیری در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است. بر اساس یافته های پژوهش حاضر، استفاده از مداخله بازی درمانی برای بهبود یادگیری دانش آموزان با ناتوانی های یادگیری پیشنهاد می شود.

واژگان کلیدی: بازی درمانی، یادگیری، اختلال یادگیری، تنظیم شناخت هیجانی.

۱- مقدمه

ناتوانی های یادگیری یا اختلال یادگیری، اختلالی عصبی - رشدی با منشأ زیستی بوده و مبنایی است برای ناهنجاری ها در سطح شناختی که با علائم رفتاری این اختلال ارتباط دارند. اغلب متخصصان و روانشناسان به سه طبقه اصلی در این دسته از اختلالات اشاره کرده اند که شامل اختلال در

خواندن^۱، اختلال در نوشتن^۲ و اختلال در ریاضیات^۳ است. این اختلال زمانی تشخیص داده می شود که فرد کمبودهای خاصی در توانایی درک یا پردازش داشته باشد (علیمرادی و همکاران، ۱۳۹۷). امروزه اختلالات یادگیری بزرگترین مقوله آموزش ویژه است. بیشتر از نیمی از همه ی دانش آموزانی که در مدارس عمومی برای دریافت آموزش ویژه شناسایی می شوند، به اختلال یادگیری مبتلا هستند. کودکان مبتلا به اختلال یادگیری، گروه ناهمگونی را شکل می دهند. وجه اشتراکی که در بین همه ی آنها وجود دارد این است که همه ی آنها در یادگیری دروس مدرسه مشکل دارند. اختلال یادگیری تقریباً همیشه به افت تحصیلی منجر می شود. امروزه از روش های بسیاری در کمک به کودکان با اختلالات یادگیری و ارتقاء توانایی های آنها بهره برده می شود که از جمله این موارد می توان به بازی درمانی اشاره کرد. از جمله مشکلاتی که کودکان دارای اختلالات یادگیری با آن مواجه هستند، واکنش های هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان^۴ است. تنظیم شناختی هیجان شکل خاصی از خودتنظیمی است که به وسیله آن، ما بر اینکه چه هیجاناتی را تجربه کنیم، چه موقع آنها را تجربه کنیم و چگونه آنها را بیان کنیم، تأثیر می گذارد. به طور کلی تنظیم هیجان یکی از عوامل اساسی بهزیستی، و کنش ورزی موفق بوده و نقش مهمی در سازگاری با وقایع زندگی ایفا می کند (صدری دمیرچی و اسماعیلی، ۱۳۹۵).

پژوهش ها نشان داده اند که ناتوانی در تنظیم هیجان، زمینه های مختلف اختلالات روانی را فراهم می نماید (کیم و پگ^۵، ۲۰۱۳). نتایج پژوهش ها نیز حاکی از آن است که دانش آموزان دارای اختلال یادگیری در شناسایی، توصیف و تفکر عینی در مورد هیجان های خویش در مقایسه با دانش آموزان بهنجار به طور معناداری ضعیف می باشند و مشکل های هیجانی بیشتری از خود نشان می دهند (سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۰).

تاکنون روش های زیادی جهت درمان اختلالات یادگیری توسط درمانگران به کار گرفته شده است. از میان روش های گوناگون، روش بازی درمانی به لحاظ برخورداری از بعضی ویژگی ها، اهمیت و جایگاه ویژه ای دارد چرا که ویژگی جذاب بودن بازی و متناسب با نیازهای سنی کودک بودن باعث می شود خیلی راحت تر با آن ارتباط بگیرد و بالطبع نتایج بهتری حاصل شود (شبانیان، ۱۳۹۸).

بازی درمانی^۶ روشی است که به وسیله آن راه را برای آنها برای نمایش دادن مشکلاتشان، حل مشکلات روانشناختی و همچنین بهبود ویژگی هایی مانند خودپسندی و عزت نفس فراهم می کند. این تکنیک به کودکان اجازه می دهد مسائلی را که نمی توانند در محیط اطرافشان مطرح نمایند، در قالب بازی ارائه دهند و هیجانات منفی خود را نمایان سازند (براتون و دافو^۷، ۲۰۱۶؛ درتاج، ۱۳۹۲). بازی درمانی اغلب برای درمان کودکان مبتلا به اختلال یادگیری استفاده می شود (لاسونن^۸ و همکاران، ۲۰۱۲)؛ و بازی درمانی مشکلات عصب روانشناختی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری املاء را به طور معناداری کاهش می دهد (زینی و همکاران، ۱۳۹۴).

از آنجا که اختلالات یادگیری برای کودکان، خانواده و جامعه می تواند یک مشکل اساسی به حساب آید، دستیابی به راه حل هایی برای مقابله با این مشکل دارای اهمیت است. در این میان بازی درمانی از جمله روش های درمانی در سال های اخیر است که طیف گسترده ای از اختلالات رشد و کودکان را مورد عنایت و توجه خویش قرار داده است (صمدیان و همکاران، ۱۳۹۵). بازی درمانی اختلال های یادگیری رویکردی ساختارمند و مبتنی بر نظریه درمان است که فرایندهای یادگیری و ارتباط سازگاران و بهنجار کودکان را پایه ریزی می کند (پیرعباسی و صفرزاده، ۱۳۹۷). با توجه به تأثیر مخرب اختلالات یادگیری بر رشد روانشناختی و تکامل کودکان و تنظیم شناختی هیجان آنها و نیز محدود بودن تحقیقات در این زمینه و تأثیر بازی درمانی بر کاهش اختلالات، لزوم انجام این پژوهش احساس می گردد. لذا پژوهش حاضر به بررسی تأثیر بازی درمانی بر یادگیری دانش آموزان دختر مبتلا به اختلالات یادگیری با متغیر میانجی تنظیم شناخت هیجانی در مدارس ابتدایی می پردازد.

۱-۱- تعریف اختلال یادگیری

1- dyslexia

2- disorder of written expression

3- mathematics disorder

4- Cognitive Emotion Regulation

5- Kim & Page

6- Play therapy

7- Bratton & Dafoe

8- Laasonen

اختلال یادگیری اصطلاح عمومی است که در DSM-5 اختلالاتی را شرح می‌دهد که خصیصه آنها ایجاد مشکلاتی در پیشرفت تحصیلی یا کارکرد روزمره است. اختلالات یادگیری شامل اختلال خواندن^۱، اختلال ریاضی^۲ و اختلال در بیان نوشتاری است. اختلال یادگیری روی اکتساب و استفاده از زبان گفتاری (صدا، کلمه، جمله، و ادراک سخن، تولید و آگاهی) زبان نوشتاری (رمزگشایی، خواندن، درک، هجی کردن و تدوین نوشتاری) و دیگر ابعاد زبان (مثلاً علائم زبانی) تأثیر می‌گذارد (مرادی، ۱۳۹۳).

اختلال یادگیری به اختلال یا تأخیر رشدی در یک یا بیش از یک فرایند گفتار، زبان، خواندن، هجی کردن، نوشتن یا ریاضی اشاره دارد. این مشکلات منجر به اختلال یا کاستی در یک یا بیش از یک فرایند روان‌شناختی پایه شامل فهم با استفاده از زبان شفاهی یا نوشتاری می‌شود. این اختلال، مشکلات یادگیری که در نتیجه مشکلات دیداری یا شنیداری، معلولیت حرکتی^۳، کم‌توانی ذهنی و مشکلات هیجانی و یا عوامل محیطی به وجود می‌آیند را در برنمی‌گیرد. کودک هنگامی به عنوان کودک دارای اختلال یادگیری شناخت می‌شود که مشکلاتی در فهم با استفاده از زبان شفاهی، خواندن، نوشتن و ریاضیات در دوران رشد (قبل از سن ۱۶ سالگی) داشته باشد؛ و امکانات کافی، علاقه و انگیزه برای یادگیری داشته باشد (محمودی و همکاران، ۱۳۹۵).

انواع مختلفی از اختلال‌های یادگیری وجود دارد که اغلب آنها را به سه دسته ناتوانی خواندن، ناتوانی در زبان نوشتاری و ناتوانی در ریاضی تقسیم می‌کنند. ناتوانی در خواندن، یک مشکل عصب‌شناختی است که توسط مشکلاتی در شناسایی دقیق و روان کلمات، هجی کردن ضعیف و توانایی رمزگشایی ضعیف مشخص می‌شود. ناتوانی در خواندن، همچنین با مشکلاتی در فرایندهای شناختی و ادراکی مانند حافظه کوتاه مدت کلامی، نامیدن سریع^۴ و آگاهی واج شناختی همراه است (مول^۵ و همکاران، ۲۰۱۶).

۱-۲ ویژگی‌های دانش‌آموزان با اختلال نوشتن

نوشتن ناخوانا و ناشیانه، وجود جزئیات متناقض در نوشته‌ها (ترکیبی از سرهم‌نویسی، بالا و پایین نوشتن، یا اندازه‌های نامناسب شکل‌ها، کلمات یا حروف متناقض، کلمات جانداخته، ناهماهنگی در فاصله بین کلمات و حروف، وضعیت غیرطبیعی مچ دست، بدن یا کاغذ در هنگام نوشتن، مشکل در تجسم کردن شکل حروف، رونویسی یا نوشتن کند و پرزحمت، ضعف در کشیدن طرح‌های فضایی روی کاغذ، گرفتگی عضله یا گیر غیرطبیعی (شکایت از حالت دست)، مشکلات بیش از حد در فکر کردن و نوشتن به طور همزمان از جمله ویژگی‌های دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری می‌باشد (اسپرینگر^۶ و همکاران، ۲۰۱۳).

اشکال‌هایی که باعث اختلال در نوشتن می‌شوند به نقل از لرنر (۱۹۷۱) عبارتند از:

۱. ضعف در مهارت‌های حرکتی به صورتی که کودک از نظر گردش دست و انگشت برای نوشتن حروف و کلمات اشکال دارد.
۲. خطا در ادراک بصری حروف و کلمات.
۳. دشواری در نگهداری تجارب بینایی.
۴. اضطراب و بیقراری.

علاوه بر مشکلات مطرح شده در نوشتن کلمات فارسی نیز مشکلاتی وجود دارد که ناشی از شکل حروف و تلفظ آنها است. عمده‌ترین این مشکلات عبارتند از:

الف) تلفظ حروف (س، ص، ث) و همچنین (ذ، ز، ظ) در فارسی یکسان است. از اینرو وقتی کودک کلمه سید و صید را می‌شنود از نظر تلفظ یکسان می‌شوند ولی باید دو جور بنویسد.

ب) برخی از حروف در فارسی ادا نمی‌شود ولی باید نوشته شوند مانند (واو) در خواهر و خواهش.

ج) در برخی از کلمات دو حرف پشت سر هم تکرار می‌شود و همین مسئله در نوشتن اشکال ایجاد می‌کند مانند: می‌کنند که معمولاً کودکان یکی از (نون)‌های آن را نمی‌نویسند.

¹ - Reading Disorder

² - Dyscalculia

³ - motor handicaps

⁴ - rapid naming

⁵ - Moll

⁶ - Sprenger

د) برخی از کلمات با حرکت تمام می شود ولی باید حرفی به آن اضافه شود مانند (گفته و رفته) که با آوای (ا) تمام می شود و باید (ه) آخر به آن اضافه گردد.

ه) برخی از کلمات دارای مفاهیم متفاوت بوده و هر کدام براساس معنای مورد نظر نوشته می شود مانند (گذاردن) به معنای چیزی را در جایی نهادن که با (ذال) نوشته می شود و (گزاردن) به معنای انجام دادن که با (ز) نوشته می شود (انتظاری و همکاران، ۱۳۹۶).

۱-۳- تعریف بازی و بازی درمانی

بازی وسیله ای است برای بیان خصوصیات و شخصیت کودک. بازی به کودک کمک می کند خود را بهتر بشناسد، تصورات و افکارش را گسترش دهد و بین اعضای متفاوت بدن و مغز خود هماهنگی برقرار سازد (هالپرین و هیلی^۱، ۲۰۱۵). بازی فرآیندی است که در آن کودک فرصت می یابد با محیط پیرامون خود ارتباط برقرار کرده و از این طریق، به بیان تجربیات، احساسات و افکار خود بپردازد. به بیان دیگر، بازی وسیله ای طبیعی کودک برای بیان و اظهار خود است. هرگز نباید به بازی ها به عنوان روشی برای وقت کشی نگاه کرد. بازی کردن برای کودک مساوی با صحبت کردن برای یک بزرگسال است. بازی و اسباب بازی کلمات کودکان هستند (آرین، ۱۳۹۶). بازی ابزاری است که کودک به کمک آن خود را بیان می کند و برای هر کودکی وسیله ای مناسبی جهت تخلیه هیجانات و ابراز وجود است (خوش رویی، عاشقی و یعقوبی، ۱۳۹۸).

از بازی تعریف های زیادی ارائه شده است. ارائه تعریف جامع و مانع از بازی که مورد تأیید همه نظریه پردازان و روانشناسان باشد، وجود ندارد. هر صاحب نظری بر اساس تجربیات، مشاهدات، اعتقاد، نگرش و دیدگاه خود بازی را به نوعی تعریف کرده است و هر یک از این تعاریف با برجسته نمودن جنبه ای از بازی، دیدگاه خاصی را ارائه نموده است. بین تعاریفی که از بازی شده وجه اشتراک و تشابه زیادی وجود دارد. گروس^۲ بازی کودک را نوعی حالت تمرین و آماده شدن برای انجام اعمال اصلی زندگی آینده می داند. از دیدگاه فروید، بازی به کودکان امکان می دهد کامروا شده و موثرترین وسیله برای این افراد است. هنگامی که شخص بزرگسال بین نهاد (هدایت شده بوسیله ای اصل لذت) و خود (هدایت شده بوسیله ای اصل واقعیت) تعارض را تجربه می کند، ناکام می شود و برای حل این تعارض و رفع ناکامی (آگاهانه یا ناآگاهانه) به راه حل هایی متوسل می شود. وقتی یک کودک با چنین تعارضی مواجه می شود، می تواند با رسیدن به آرزوها یا امیالش در ضمن بازی، تعارض پیش آمده را حل کند، مثلاً با بازی کردن نقش افرادی که دوست می دارد (از قبیل والدین)، تا بتواند میل و آرزوی خود (مثل آنها شدن) را ارضا نماید (مایلی و همکاران، ۱۳۹۹).

۱-۴- انواع بازی درمانی

بازی درمانی انواع مختلفی دارد. بازی درمانی غیرفعال همزمان با بازی درمانی فعال گسترش یافته است و در بازی درمانی غیرفعال درمانگر بازی کودک را محدود نمی نماید، در عوض به نظر می رسد که فقط در اتاق با کودک بنشیند و همانگونه که کودک محو در بازی است، درمانگر نیز به تدریج تلاش می نماید که بخشی از بازی کودک گردد. کودک همیشه آگاه دارد که بازی را رهبری نماید، حتی اگر نهایتاً لازم باشد که درمانگر چند مورد تجزیه و تحلیل ساده از رفتار را بیان نماید. به طور کلی بازی درمانگر غیرفعال معتقد است که مهم ترین عامل برای تغییر اختلال عاطفی کودک قبول همراه با درک بیانات و احساسات کودک است. کودک قادر خواهد بود احساس اضطراب، خصومت و ناامنی خود را با شتاب خاص خود از طریق بازی بیان نماید. از آنجا که درمانگر غیرفعال به کودک اجازه انتخاب راه را می دهد، هیچگونه محدودیتی در مورد چگونگی انتخاب اسباب بازی ها برای کودک وجود ندارد. کودک می تواند با هر نوع اسباب بازی که علاقمند باشد بازی کند و محدود به بازی با خانواده ای عروسکی نیست. در نتیجه انتخابی چنین وسیع از اسباب بازی ها و عکس العمل پذیرفته شده و غیرفعال درمانگر لازم نیست که همه ی بازی های کودک دارای ارزش عاطفی و سمبلیک قوی باشند. نیمی از بازی ها اجرای مجدد فعالیت های ساده تجربیات روزانه ی کودک هستند (رجبی و پاکیزه، ۱۳۹۰) که یکی از آنها بازی با کلمات احساسی است.

این نوع بازی درمانی به دو صورت فردی و گروهی قابل اجرا است. هدف اساسی از انجام این بازی کمک به کودک برای ابراز احساسات است. کودکان عمدتاً به دلیل ترس در ابراز مستقیم احساسات و هیجانات خود، قادر به ابراز احساسات در قالب کلامی نیستند. به وسیله ای این بازی می توان کودکان را ترغیب کرد احساسات خود را در قالب کلمات نوشته شده بر روی کاغذ و یا براساس تصاویر کشیده شده از هر احساس بر روی کاغذ نشان دهد و درباره ی آن داستان بگوید (سهرابی شگفتی، ۱۳۹۳).

1- Halperin & Healey

2- Garous

بازی درمانی گروهی به نظریه های روانشناسی اجتماعی هیجان توجه دارد و نظریه های ارزیابی را همراه با ملاحظه های تأکید فریجدا در مورد اینکه هیجانها، تجربه های ذهنی هستند که بافت اجتماعی نقش مهمی در آنها ایفا می کند، به کار می برند (مستالا^۱، ۲۰۱۷). یکی از شیوه های بازی درمانی، بازی درمانی کودک محور است. بازی درمانی کودک محور از سازه های نظری مبتنی بر درمان مراجع محوری کارل راجرز پیروی می کند. این رویکرد، شکل جدیدی از بازی درمانی کودک محور با گسترش رویکرد بازی درمانی بی رهنمود آکسلاين است. بازی درمانی اغلب برای درمان کودکان ناسازگار و کودکان مبتلا به اختلال یادگیری استفاده می شود (لاسون^۲، ۲۰۱۲) و بازی درمانی کودک محور در راستای تلاش های درونی کودک برای خودشکوفایی قرار دارد که برای درمان کودکان دچار اختلال یادگیری استفاده شده است. بازی درمانی مشکلات عصب روانشناختی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری املاء را به طور معناداری کاهش می دهد (زینی و همکاران، ۱۳۹۴). نگاهی به نمونه پژوهش های انجام شده نشان داد که برنامه مداخله ای به وسیله بازی درمانی در تقویت حافظه دیداری، شنوایی، حرکتی و بازشناسی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری موثر است (اندرسون^۳، ۲۰۱۵). دنگر و لندرت^۴ (۲۰۰۵) در پژوهشی نشان دادند که بازی درمانی گروهی کودک محور نقش زیادی در کمک به کودکان دارای اختلال گفتاری برای بهبود مهارت های زبان و پذیرش خود دارد.

۱-۵- تنظیم هیجان

هیجانها به دلایل مختلف از جمله کارکردهای تکاملی، اجتماعی - ارتباطی، تصمیم گیری و نقش تأثیرگذار آنها در سلامت و بیماری مورد توجه و مطالعه محققان روانشناسی بوده است. هیجانها، پاسخ های چند بعدی متشکل از مولفه های تجربی، رفتاری و فیزیولوژیک هستند (تانوک^۵، ۲۰۱۸). برای مثال، هیجان ترس از احساس ناراحتی، تلاش برای فرار و تپش قلب تشکیل می شود. تنظیم هیجان^۶ به توانایی شناخت هیجانها و تعدیل تجربه و ابراز هیجان اطلاق می شود که از نخستین مراحل رشد و تحول روانی، به صورت فراگیر در همه جنبه های زندگی به کار بسته می شود. شواهد تجربی نشان داده اند که کودکان می توانند از ابتدا یاد بگیرند که هیجانهایشان را از طریق رفتارهایی چون روی آوری، اجتناب ورزی یا توجه نمایی مهار و مدیریت کنند (حصارسرخي و همکاران، ۱۳۹۵). تنظیم هیجان، همچنین جزیی از فرایند اجتماعی شدن محسوب می شود. برای مثال، کودکان می آموزند که موقع باز کردن هدایا در حضور دیگران، علیرغم احساس واقعی شدن، شادی و تعجب نشان دهند. این شکل از فرایند اجتماعی شدن در همه مراحل زندگی ادامه می یابد. برای مثال، وقتی از بزرگسالان سوال می شود که چطورید، اکثر آنها علیرغم احساس واقعی شان می خندند و می گویند، خوبند. تنظیم هیجان به توانایی های افراد در کنترل، تعدیل، تغییر در شدت و استمرار بیان هیجانها اطلاق می گردد. تنظیم هیجان را می توان به صورت فرایندهایی تعریف کرد که از طریق آن افراد می توانند بر اینکه چه هیجانی داشته باشد و چه وقت آن را تجربه و ابراز کند تأثیر بگذارد. افرادی که توانایی تنظیم های خودشان را ندارند، به احتمال بیشتری تحت تأثیر عوامل محیطی قرار می گیرند (سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۰).

۱-۶- تنظیم شناختی هیجان

همانطور که گفته شد، تنظیم هیجان به فرایندهایی اشاره می کند که به وسیله آن ما بر اینکه چه هیجاناتی را تجربه کنیم، چه موقع آنها را تجربه کنیم و چگونه آنها را بیان کنیم، تأثیر می گذارد. به عبارت دیگر، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، به نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه ی منفی یا واقع آسیب زا برای آنها اطلاق می گردد (زارع، ۱۳۹۲). یکی از گستره های اصلی فعالیت هیجانها، انگیزختگی و تنظیم آنها در پاسخ به عوامل استرس زا است. در این گستره، راهبردهای تنظیم هیجان به مثابه راهبردهای مقابله^۷ با استرس در نظر گرفته شده اند (کیم^۸، ۲۰۱۰). لازاروس و فولکمن^۹ (۱۹۸۴) مقابله را به عنوان فعالیت های شناختی و

¹ Metsala

² - Laasonen

³ - Anderson

⁴ - Danger & Landreth

⁵ - Tannock

⁶ - Emotion regulation

⁷ - Coping

⁸ - Kim

⁹ - Folkman & Lazarus

رفتاری فرد به منظور مدیریت مطالبات خاص بیرونی و یا درونی تحمیلی یا فراتر از توانمندی های وی، تعریف کرده اند. لازاروس (۱۹۹۳) بین مقابله مساله محور (یعنی تلاش برای به حداقل رساندن درماندگی از طریق تعدیل خود یا محیط) و مقابله هیجان محور (یعنی به کارگیری راهبردهای مقابله شناختی برای تغییر معنی رویدادهای استرس زا و کاهش درماندگی پیامد آن) تمایز قایل شد. هر دو شکل مقابله سازش یافته هستند و مفیدترین رویکرد مقابله ای، به ماهیت موقعیت استرس زا بستگی دارد. براین اساس، پاسخ های هیجانی به رویدادهای استرس زا می تواند از طریق به کارگیری راهبردهای مقابله شناختی تنظیم شوند (بیرامی و همکاران، ۱۳۹۱).

افراد با سبک های هویتی متفاوت از روش های تنظیم شناختی هیجان متفاوتی استفاده می کنند. تنظیم شناختی هیجان به معنای قادر بودن به گونه ای صحیح برای تنظیم هیجانات است. دشواری در تنظیم هیجانات، اغلب به عنوان مولفه های اساسی در بسیاری از اختلالات رفتاری مطرح می شود. تنظیم شناختی هیجان، توانایی کنترل پاسخ ها در موقعیت برانگیزاننده است، و عدم کنترل هیجانی به شریطی اشاره دارد که در آن، پاسخ های هیجانی افراد اغلب خارج از کنترل آنهاست. توانایی برای تنظیم و کنترل هیجان بدین معناست که فرد قادر به انتخاب افکار، احساسات و رفتارهایی باشد که در طولانی مدت به نفع اوست. تنظیم شناختی هیجان به عنوان ابزاری برای فهمیدن این است که چگونه فرد می تواند توجه و فعالیت خود را سازمان دهد؛ و اعمال راهبردی و مصرا نه را برای غالب آمدن بر موانع و حل کردن مسائل بدست آورد. هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجانات می تواند فرد را در برابر مشکلات هیجانی چون افسردگی و اضطراب و فشار روانی آسیب پذیر سازد (زارع، ۱۳۹۲).

تنظیم شناختی هیجان به راهبردهایی اطلاق می شود که به منظور کاهش، افزایش یا نگهداری تجارب هیجانی مورد استفاده قرار می گیرد (مفرا^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). تنظیم هیجان نقش مهمی در سازگاری ما با وقایع استرس زای زندگی دارد و به مجموعه ای از فرایندها اشاره دارد که افراد از طریق آنها به دنبال نظارت، ارزیابی و هدایت مجدد جریان خودکار هیجانات، مطابق با نیازها و اهداف خود هستند (وایاکون^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). این راهبردها به تمام سبک های شناختی اطلاق می شود که هر فردی از آن به منظور افزایش یا کاهش و یا حفظ هیجان خودی استفاده می کند (میکلسن^۳ و همکاران، ۲۰۲۰).

در راستای موضوع تحقیق حاضر شهنازی گوش (۱۳۹۹) نشان داد بازی درمانی فلور تایم مبتنی بر رویکرد DIR باعث بهبود تنظیم شناختی هیجانی آزمودنی ها بود. فیض الهی (۱۳۹۹) نشان داد رویکرد غیرتلفیقی بازی درمانی شناختی رفتاری و رویکردهای تلفیقی بازی درمانی شناختی رفتاری و آموزش مدیریت والدین و بازی درمانی شناختی رفتاری و خانواده درمانی ساختاری به طور معناداری باعث کاهش علائم نارسانی توجه - بیش فعالی، افزایش حافظه فعال و کاهش مشکلات یادگیری کودکان شده است. آقایی زاده رزی (۱۳۹۹) در تحقیق خو نشان داد بازی درمانی رفتاری شناختی بر بهبود عملکرد شناختی و فراشناختی دانش آموزان دارای اختلال توجه تأثیر دارد. ابراهیمی و کامیابی (۱۳۹۸) نشان دادند بازی درمانی سبب بهبود مهارت حساب کردن در دانش آموزان مقطع ابتدایی دارای اختلال یادگیری می شود. جنقو و همکاران (۱۳۹۸) نشان دادند بازی درمانی تأثیر معناداری بر بهبود سرعت پردازش اطلاعات و پردازش اجتماعی / هیجانی در دانش آموزان مبتلا به اختلال یادگیری خاص خواندن دارد.

۲- روش شناسی

این پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و از نظر کنترل متغیرها یک روش نیمه آزمایشی با استفاده از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه بود. روش اجرای پژوهش، روش آزمایشی است. برای اجرای این پژوهش از طرح آزمایشی دو گروه مستقل با پیش آزمون و پس آزمون استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش آموزان دختر مدارس ابتدایی شهرستان اردستان می باشند که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ مشغول به تحصیل می باشند. حجم نمونه شامل دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال یادگیری هستند که به مرکز اختلالات شهرستان اردستان مراجعه نمودند و حداقل یکی از اختلالات خواندن، نوشتن و ریاضیات را دارند. روش نمونه گیری در تحقیق حاضر به صورت در دسترس بود. بر اسن اساس حجم نمونه آماری تعداد نفر از افراد جامعه آماری انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل دسته بندی شدند. گروه آزمایش مداخله آموزشی بازی درمانی را دریافت نمودند در حالی که افراد گروه کنترل آموزش بازی درمانی را دریافت نکردند. در پژوهش حاضر دو ابزار استفاده می شود: (۱) پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۴ (CERQ) است که توسط گرانفسکی و همکاران (۱۹۹۹) تهیه و در سال ۲۰۰۱ به چاپ رسیده است. (۲) آزمون هوش وکسلر (۱۹۷۲) که توسط دیوید وکسلر طراحی و تدوین گردید پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان یک ابزار ۱۸ ماده ای است. این ابزار راهبردهای

1- Mafra

2- Waiyakoon

3- Mikkelsen

4- cognitive emotion regulation questionnaire

تنظیم شناختی هیجان ها را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و تنیدگی زای زندگی در اندازه های پنج درجه ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) بر حسب ۹ خرده مقیاس به این شرح می سنجد: خودسرزنشگری؛ دیگرسرزنشگری؛ تمرکز بر فکر/نشخوارگری؛ فاجعه نمایی (فاجعه آمیزپنداری)؛ کم اهمیت شماری؛ تمرکز مجدد مثبت؛ ارزیابی مجدد مثبت؛ پذیرش؛ تمرکز مجدد بر برنامه ریزی. حداقل و حداکثر نمره در هر خرده مقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ است و نمره ی بالاتر نشان دهنده ی استفاده ی بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می شود.

آزمون حافظه وکسلر که به عنوان یک مقیاس عینی برای ارزیابی حافظه بکار برده می شود. این آزمون شامل ۱۰ آزمون اجباری از نوع فرعی و ۳ آزمون تکمیلی می باشد. با این آزمون می توان به طور کلی یادگیری و بخاطرآوری فوری، تمرکز و توجه، و جهت یابی و بخاطرآوری حافظه طولانی مدت را بدست آورد.

مداخله بازی درمانی:

جلسه اول: معارفه و برقراری ارتباط

جلسه دوم: فعالیت های ترسیمی و شناخت هیجانان

جلسه سوم: کیف جادویی و کارت هایش

جلسه چهارم: فکر، احساس، رفتار

جلسه پنجم: تجارب لذت بخش و شکل سازی خلاق

جلسه ششم: بعضی ها میگوین، چی میگوین

جلسه هفتم: کسانی هستند که مرا دوست بدارند

جلسه هشتم: فصل های زندگی من

جلسه نهم: نمایشگاه دوستی

جلسه دهم: بر قالیچه رویا (اهدافی برای آینده)

داده های بدست آمده از حجم نمونه با استفاده از ابزارهای پژوهش گردآوری شده و با روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره و با کمک نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۳- بحث درباره یافته ها

در این بخش از تحقیق حاضر داده های گردآوری شده از طریق پرسشنامه با استفاده از تکنیک های آماری مناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است و با استفاده از تکنیک های آماری توصیفی و استنباطی نتایج حاصل ارائه می گردد.

بر اساس آمار توصیفی در تحقیق حاضر بدست آمد که ۳۷/۶ درصد آزمودنی ها دارای اختلال یادگیری ریاضی، ۳۱/۲ درصد از آزمودنی ها دارای

اختلال یادگیری نوشتن و ۳۱/۲ درصد دارای اختلال یادگیری خواندن بودند. همچنین کلیه آزمودنی ها دختر بودند

برای آزمون فرضیه های تحقیق حاضر با توجه به حضور گروه گواه از تحلیل کوواریانس یک طرفه و تحلیل واریانس مختلط استفاده شده است که هم تغییرات پیش آزمون و پس آزمون و هم دوره ی پیگیری در آن لحاظ شده است. و به جای این که به صورت جداگانه و از طریق آزمون تی اثرات دوره ی پیگیری بررسی شود، از طریق تحلیل واریانس مختلط و به صورت یکجا انجام شده است تا خطاهای مربوطه کمتر و توان تحلیل بالاتر باشد. ابتدا پیش فرض های استفاده از کوواریانس بررسی می گردد:

نرمال بودن داده ها

این شرط به وسیله آزمون کلموگروف اسمیرنوف تک نمونه ای بررسی شد:

جدول ۱: بررسی نرمال بودن داده ها

پس آزمون		پیش آزمون		گروه
Z	P	Z	P	
-۰/۴۷۱	۰/۹۶۳	۰/۸۵۶	۰/۴۵۷	آزمایش
-۰/۵۲۱	۰/۹۲۲	۰/۵۳۱	۰/۹۴۱	گواه

با توجه به نتایج بدست آمده در جدول (۱) و این که سطح معنی داری برای تمام داده ها در هر گروه بیشتر از 0.05 است فرضیه صر تایید شده و داده ها نرمال هستند و می توان از آزمون های پارامتریک استفاده نمود.

جدول ۲: آزمون F لوین برای بررسی همگنی واریانس ها

Sig	f	Df2	Df1
0.075	3.241	62	1

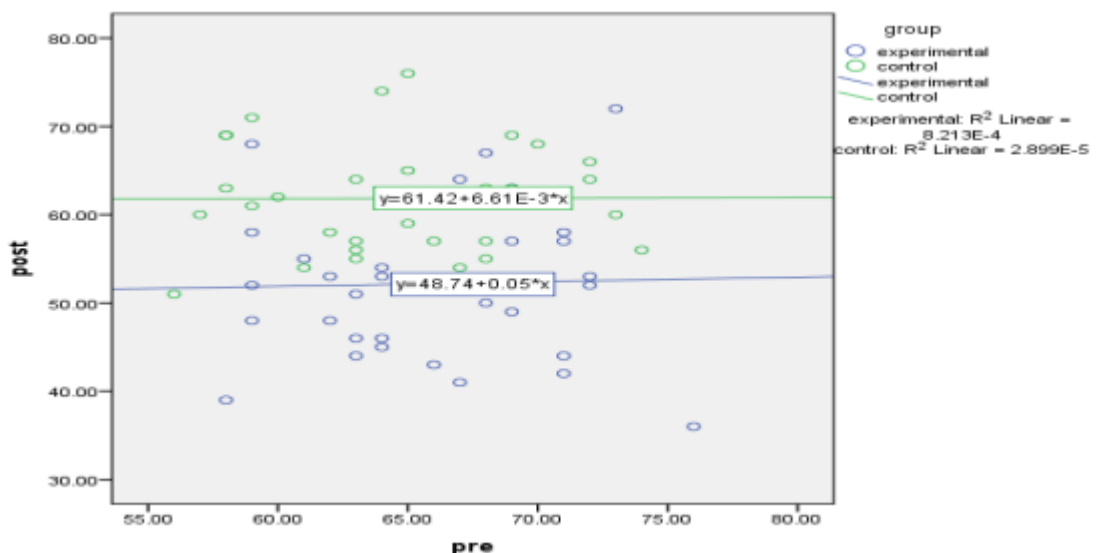
با توجه به جدول (۲) و سطح معنی داری بدست آمده ($P > 0.05$) فرضیه صفر تایید شده و فرض تساوی واریانس ها برقرار است.

همگنی شیب رگرسیون

جدول ۳: تعامل بین متغیر تصادفی کمکی (پیش آزمون) و متغیر مستقل

تخمین اندازه اثر	Sig	F	میانگین مجزورات	df	تعامل
۰/۰۰۱	۰/۹۰۹	۰/۰۱۳	۰/۷۸۱	۱	متغیر مستقل و متغیر تصادفی کمکی
			۵۹/۵۱۸	۶۰	خطا

با توجه به نتایج بدست آمده از جدول (۳) و این که مقدار آماره P کمتر از 0.05 بدست آمد تعامل معنی دار نبوده و بنابراین فرضیه وجود همگنی شیب های رگرسیون تایید می شود. بررسی وجود رابطه خطی بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته



شکل ۱: بررسی رابطه بین متغیر تصادفی و متغیر وابسته

با توجه به شکل (۱) و این که شیب های خطوط رگرسیون تقریباً موازی هستند این فرضیه نیز مورد تایید قرار می گیرد و به این ترتیب معنی برای انجام تحلیل کوواریانس نیست.

برابری ماتریسهای واریانس کوواریانس

جدول ۴: آزمون ام باکس برای بررسی مفروضه برابری ماتریسهای واریانس کوواریانس

ام باکس	Df1	Df2	F	سطح معنی داری
۱۳/۱۲	۱	۶۲	۲/۰۲	۰/۰۰۵

طبق نتایج بدست آمده در جدول (۴) مفروضه برابری ماتریس واریانس-کوواریانس با سطح معنی داری ۰,۰۰۵ تایید نمی شود و در نتیجه برای آزمون فرضیه دوم باید از آزمون لامبدای ویلکز استفاده نمود. فرضیه فرعی اول: بازی درمانی بر یادگیری دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال یادگیری در مدارس ابتدایی شهرستان اردستان تأثیر گذار است. این فرضیه بر اساس اجرای آزمون تحلیل کوواریانس یک طرفه بررسی گردید و نتایج حاصل از پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و گواه مورد تحلیل قرار گرفت.

جدول ۵: آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی تاثیر بازی درمانی بر یادگیری دانش آموزان

تعامل	Df	میانگین مجزورات	F	Sig	تخمین اندازه اثر
گروه	۱	۱۴۷۱/۲۸۴	۲۵/۲۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۸۲
خطا	۶۱	۵۸/۵۴۱			

بر اساس نتایج بدست آمده در جدول (۵) می توان گفت بین گروه آزمایش در نمرات پس آزمون نسبت به پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد. در حالی که در گروه گواه چنین معناداری مشاهده نشده است. بنابراین اثر عامل بین آزمودنی های گروه (بازی درمانی) تأثیر معناداری ایجاد کرده است. به این ترتیب می توان گفت بازی درمانی بر یادگیری دانش آموزان دختر مبتلا به اختلالات یادگیری در مدارس ابتدایی شهرستان اردستان موثر بوده است و بنابراین فرضیه اول تحقیق حاضر تایید می شود. فرضیه فرعی دوم: بازی درمانی بر یادگیری دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال یادگیری با متغیر میانجی تنظیم شناخت هیجانی در مدارس ابتدایی شهرستان اردستان تأثیر گذار است.

جدول ۶: نتایج آزمون کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین نمرات دو گروه آزمودنی در متغیر تنظیم شناختی هیجانی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
پیش آزمون	۸۱۸/۳۰	۱	۳۲۸/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱/۰۰
گروه	۴۰۸/۱۷	۱	۱۶۴/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۸۳	۱/۰۰
یادگیری	۱۶/۹۷	۱	۶/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۱۷	۰/۷۱
گروه*یادگیری	۳۰/۶۰	۱	۱۲/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۲۷	۰/۹۲
خطا	۸۲/۰۸	۵۷				
کل	۱۲۹۳۸۹/۰۰	۶۴				

بر اساس نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در جدول (۶) پس از حذف اثر پیش آزمون اختلاف بین دو گروه آزمایش و گواه ($P < 0,01$) و ($F=164.10$) در متغیر یادگیری در سطح آلفای ۰,۰۱ معنی دار است. با توجه به اندازه اثر متغیر بازی درمانی ۸۳ درصد از واریانس متغیر یادگیری را پیش بینی کرده است. پس از حذف اثر پیش آزمون اختلاف بین دو گروه با شناخت هیجانی بالا و پایین با ($P < 0,05$ و $F=6.8225$) در متغیر یادگیری در سطح آلفای ۰,۰۵ معنی دار است. با توجه به اندازه اثر متغیر شناخت هیجانی ۱۷ درصد از واریانس متغیر یادگیری را پیش بینی می کرد. پس از حذف اثر پیش آزمون اثر تعاملی بین بازی درمانی و متغیر شناخت هیجانی با ($P < 0,01$ و $F=12.30$) در متغیر یادگیری در سطح آلفای

۰،۰۱ معنی دار است. بر اساس یافته های توصیفی میزان یادگیری در افراد با تنظیم شناخت هیجانی بالا بیشتر از افراد با تنظیم شناخت هیجانی پایین می باشد و در گروه آزمایش با تنظیم شناخت هیجانی بالا میزان یادگیری نسبت به افراد با تنظیم شناخت هیجانی پایین افزایش بیشتری داشته است. می توان گفت بازی درمانی در دانش آموزان دختر دارای اختلال یادگیری با تنظیم شناخت هیجانی بالا تاثیر بیشتری داشته است و میزان تنظیم شناخت هیجانی در تاثیر بازی درمانی بر یادگیری نقش میانجی دارد.

۴- نتیجه گیری

بر اساس نتایج بدست آمده در تحقیق حاضر م می توان گفت بازی درمانی بر یادگیری دانش آموزان دختر مبتلا به اختلالات یادگیری در مدارس ابتدایی شهرستان اردستان تاثیر معنی داری داشته است. نتیجه بدست آمده همسو با نتایج پژوهش های فیض اللهی (۱۳۹۹)، ابراهیمی و کامیابی (۱۳۹۸)، کر معیبان (۱۳۹۸) بود.

در تبیین این یافته از تحقیق حاضر می توان گفت بازی به عنوان کلید سلامتی کودک و یک روش صحیح و درست برای درمان کودک است. تاثیر بازی بر پیشرفت تحصیلی کودکان و ارتباط بین بازی و توانایی خواندن و ریاضیات در بین دانش آموزان از یکسو و از سوی دیگر، توانایی شناسایی و حذف محرک های مزاحم شنیداری و کمک به توجه انتخابی در حین یادگیری به وسیله بازی، جنبه آموزشی و درمانی بازی را بیش از پیش مشخص میسازد؛ بازی درمانی رویکردی با ساختار و مبتنی بر نظریه درمان است که فرآیندهای یادگیری و ارتباط طبیعی و بهنجار کودک را پایه ریزی میکند. استفاده از بازی درمانی علاوه بر اینکه در بسیاری از تحقیقات اثربخشتر از دارو درمانی گزارش شده است از عوارض استفاده از داروهای افزایش توجه نیز جلوگیری نموده است. بازی یک روش صحیح و درست برای درمان کودک است، چراکه کودک میتواند مهارتهای کنترل و حذف محرکهای مزاحم شنیداری، کمک به توجه انتخابی در حین یادگیری را فرا گیرد. بازی درمانی میتواند با تعریف نمودن یک ساختار منظم و متناسب با سن کودک، از ورود محرکهای مزاحم در جریان یادگیری دانش آموزان جلوگیری کند، چراکه یکی از مشکلات بسیار مهم دانش آموزان مبتلا به اختلال یادگیری، میتوان به ناتوانی در تفکیک صحیح محرکهای شنیداری اشاره نمود.

همچنین در تحقیق حاضر بدست آمد بازی درمانی در دانش آموزان دختر دارای اختلال یادگیری با تنظیم شناخت هیجانی بالا تاثیر بیشتری داشته است و میزان تنظیم شناخت هیجانی در تاثیر بازی درمانی بر یادگیری نقش میانجی دارد. نتیجه بدست آمده هم سو با یافته شهنازی گوش (۱۳۹۹)، فیض اللهی (۱۳۹۹)، ابراهیمی و کامیابی (۱۳۹۸) و آریاپوران (۱۳۹۸) بود. در تبیین این یافته از تحقیق حاضر می توان گفت بازی های می توانند اثرات روانی گوناگونی مثل ایجاد و رشد خلاقیت، کاهش اضطراب، افزایش قدرت تخیل و تخلیه هیجانی داشته باشند. کودک مضطرب و پریشان که از تنش های محل زندگی خود خسته شده، در بازی های کودکان خود آرامش می یابد و گاهی نیز بدین طریق خود را از مشکلات دور می کند. بازی های مختلف بسته به محتوای و روند آنها، هیجانهای مختلفی را برانگیخته می کنند. تنظیم هیجان شامل مهارت ها و فرآیندهای درونی و بیرونی مربوط به آگاهی و ارزیابی هیجان ها، تنظیم هیجان ها و استفاده سازش یافته و انطباقی از آنها برای رسیدن به اهداف می باشد. تنظیم هیجان یکی از عوامل اساسی بهزیستی و کنش وری موفق بوده و نقش مهمی در سازگاری فرد ایفا می کنند. تغییر در هیجانها از جمله عواملی است که می تواند با بازی های رایانه ای آموزشی مرتبط باشد و یا موردپیشبینی قرار بگیرد. از آنجایی که بازی ها قدرت مداخله بالایی دارند می توانند به عنوان یک منبع مؤثر برای انحراف توجه از جنبه های نامطلوب هیجان باشند؛ افراد در طی بازی فرصت انتخاب موقعیت های متنوع زادی را دارند و محرک های مختلفی هست که می توانند برای توجه کردن انتخاب کنند. علاوه بر این بازی های لذت بخش نفوذ بالایی دارند و می توانند فرد را غرق در داستان بازی کنند و بنابراین فرد می تواند موقتاً ذهن خود را از رویدادها و هیجانهای منفی در دنیای واقعی منحرف کند که این به کاهش ناراحتی هیجانی او کمک خواهد کرد. اینطور به نظر می رسد که بازی های گوناگون به شیوه های متفاوتی منجر به تنظیم هیجان می شوند. مثلاً بازی های چالش برانگیز به احتمال بیشتری منجر به احساس افتخار می شوند و نیز احساس هایی چون الهام بخشی و احترام به دنبال بازی های معنادار هستند تا بازی هایی که صرفاً سرگرم کننده اند. بعضی بازی ها می توانند هیجانهای چون افسردگی را بهبود دهند؛ از آنجایی که افسردگی با احساس درماندگی و ناامیدی همراه است در بازی هایی که سعی می شود فرد احساس کنترل، صلاحیت و خودکارآمدی داشته باشد به این احساسات او پایان می دهد. یک جنبه استفاده از بازی به عنوان ابزاری برای تنظیم هیجان به این صورت که افراد وقتی باور دارند وجود هیجان خاصی در آنها به رسیدن به اهدافشان کمک می کند سعی دارند آن هیجان را برانگیخته کنند که این می تواند از طریق بازی باشد.

پیشنهادات

با توجه به اثربخشی یازی درمانی بر بهبود یادگیری دانش آموزان دارای اختلال یادگیری پیشنهاد می شود از این روش در آموزش مفاهیم درسی به دانش آموزان دارای اختلال یادگیری استفاده شود. همچنین پیشنهاد می شود دوره های ضمن خدمت برای آموزش معلمان در خصوص تاثیر یازی درمانی بر بهبود یادگیری تدارک دیده شود. علاوه بر این لازم است در مدارس کارگاه های آموزشی برای والدین دانش آموزان دارای اختلال یادگیری به منظور یاددهی یازی های اثربخش بر یادگیری فرزندانشان تدارک دیده شود. در انجام هر تحقیقی محقق با محدودیت هایی روبرو است. از جمله محدودیت هایی که در این تحقیق محقق با آن روبرو بود عبارت بود از: جامعه آماری تحقیق حاضر دختران دارای اختلال یادگیری در شهرستان اردستان می باشند و نتایج تحقیق حاضر قابل تعمیم به سایر جوامع آماری نمی باشد. همچنین با توجه به این که ابزار تحقیق حاضر پرسشنامه بود و این ابزار به نوعی خودگزارش دهی بود این احتمال می رود که دانش آموزان در پر کردن پرسشنامه ها صداقت لازم را نداشته باشند. بعلاوه با توجه به این که جامعه آماری این تحقیق دانش آموزان دارای اختلال یادگیری بودند در پر کردن پرسشنامه ها دقت کافی را نداشتند و بعضا سوالات را اشتباه متوجه می شدند.

منابع

- آریان پوران، س.؛ گرجی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی یازی درمانی فیلیالی بر سواد هیجانی کودکان دارای اختلال یادگیری خاص. مجله ناتوانی های یادگیری، دوره ۹، شماره ۱، ۷-۳۱.
- بیرامی، م.؛ اکبری، ا.؛ قاسم پور، ع.؛ عظیمی، ز.؛ بررسی حساسیت اضطرابی، فرانگرانی و مولفه های تنظیم هیجانی در دانشجویان با نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی و بهنجار. (۱۳۹۱). فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، شماره هشتم، سال دوم، ۴۳-۶۹.
- پیرعباسی، ز.؛ صفرزاده، س. (۱۳۹۷). اثربخشی یازی درمانی گروهی بر مشکلات رفتاری و عملکرد حافظه دانش آموزان دبستانی دختر دارای اختلال یادگیری خاص. مقاله پژوهشی، نشریه روان پرستاری، دوره ۶، شماره ۲.
- حصار سرخی، ر.؛ طیبی، ز.؛ اصغری نکاح، س. م.؛ باقری، ن. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش شایستگی هیجانی بر افزایش دانش هیجانی، تنظیم هیجانی و کاهش پرخاشگری کودکان بی سرپرست و بدسرپرست. مجله روانشناسی بالینی، سال هشتم، شماره ۱ سوم، پیاپی ۳۱، ۳۷-۴۸.
- خوش رویی، و.؛ عاشقی، آ.؛ یعقوبی، ف. (۱۳۹۸). تاثیر یازی درمانی مبتنی بر کارکردهای اجرایی در کاهش نارسایی هیجانی کودکان مبتلا به بیش فعالی. مجله دستاوردهای نوین در مطالعات علوم انسانی، سال دوم، شماره ۲۰.
- رجبی، س.؛ پاکیزه، ع. (۱۳۹۱). مقایسه ی نیم رخ حافظه و توجه دانش آموزان مبتلا به ناتوانی های یادگیری با دانش آموزان عادی. مجله ی ناتوانی های یادگیری، دوره ۱، شماره ۳، ۶۳-۸۴.
- زینی، م.؛ بلوچی انارکی، م.؛ رضایی، س.؛ ملاجعفری، ع. (۱۳۹۴). اثربخشی یازی درمانی بر کاهش مشکلات عصب روانشناختی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری املا. مجله مطالعات ناتوانی، ۸۰-۸۶.
- زینی، م.؛ بلوچی انارکی، م.؛ رضایی، س.؛ ملاجعفری، ع. (۱۳۹۴). اثربخشی یازی درمانی بر کاهش مشکلات عصب روانشناختی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری املا. مجله مطالعات ناتوانی، ۸۰-۸۶.
- سلیمانی، ا.؛ زاهدبالان، ع.؛ فرزانه، ج.؛ ستوده، م. ب. (۱۳۹۰). مقایسه ی نارسایی هیجانی و مهارت های اجتماعی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری و بهنجار. مجله ی ناتوانی های یادگیری، (۱)، ۷۸-۹۳.

سلیمانی، ق. (۱۳۹۶). بررسی تأثیر بازی درمانی در بهبود اختلالات رفتاری هیجانی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مقطع ابتدایی. مجموعه مقالات همایش ملی آموزش ابتدایی، وزارت آموزش و پرورش، همایش ملی آموزش ابتدایی.

سهرابی، ن. (۱۳۹۰). روش های مختلف بازی درمانی و کاربرد آن در درمان اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان. روش ها و مدل های روانشناختی، ۴(۴)، ۴۵-۶۳.

شبانیان، ز. (۱۳۹۸). بررسی تأثیر بازی درمانی بر اختلالات یادگیری بر دانش آموزان ابتدایی منطقه میان جلگه. پایان نامه کارشناسی ارشد علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور مرکز مشهد.

صدری دمیرچی، ا.؛ اسماعیلی، ف. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت های اجتماعی - هیجانی بر تنظیم شناختی هیجان و مهارت های اجتماعی کودکان دارای اختلال یادگیری خاص. مجله ی ناتوانی های یادگیری، دوره ی ۵، شماره ی ۴، ۵۹-۸۶.

صمدیان، س. ا. (۱۳۹۵). مقایسه راهبردهای شناختی و فراشناختی در دانش آموزان دارای اختلالات یادگیری و عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی.

علی مرادی، م.؛ قربان شیروودی، ش.؛ خلعتبری، ج.؛ رحمانی، م. ع. (۱۳۹۷). اثربخشی بازی درمانی بر خودتوانمندسازی اجتماعی و ناگویی هیجانی دانش آموزان دختر با اختلال یادگیری خاص. مقاله پژوهشی اصیل، مجله مطالعات ناتوانی، ۸(۶۰)، ۱-۱۰.

کرمعلیان، م.؛ حقایق، س. ع.؛ رحیمی، س. (۱۳۹۸). اثربخشی بازی درمانی کودک محور بر حافظه فعال و سرعت پردازش کودکان مبتلا به اختلال یادگیری. مجله ناتوانی های یادگیری، دوره ی ۹، شماره ی ۲، ۹۵-۱۱۵.

مایلی، م.؛ ابولمعالی الحسینی، خ.؛ نوکنی، م.؛ طالع پسند، س. (۱۳۹۹). اثربخشی بازتوانی شناختی با استفاده از رایانه بر دشواری های تنظیم هیجانی دانش آموزان مبتلا به اختلال بیش فعالی کمبود توجه. مقاله پژوهشی، مجله طب مکمل دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۱۰(۳).

محمودی، م.؛ برجعلی، ا.؛ علیزاده، ح.؛ غباری بناب، ب.؛ اختیاری، ح.؛ اکبری زردخانه، س. (۱۳۹۵). تنظیم هیجان در کودکان با اختلال یادگیری و کودکان عادی. فصلنامه علمی پژوهشی پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی، سال چهارم، شماره سیزدهم، ۶۹-۸۴.

Bratton, S. and Dafoe, E. (2016). *Play Therapy*. New York: Taylor & Francis.

Kim, H. Y., & Page, T. (2013). Emotional Bonds with Parents, Emotion Regulation, and School-Related Behavior Problems among Elementary School Truants. *J Child Fam Stud*, 22(6), 869-78.

Laasonen, M., Salomaa, J., Cousineau, D., Leppämäki, S., Tani, P., Hokkanen, L. & Dye, M. (2012). Project DyAdd: visual attention in adult dyslexia and ADHD. *Brain and cognition*, 80(3), 311-327.

Mafra, H. (2015). Development of learning and social skills in children with learning disabilities: an educational intervention program. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 209 (1), 221-228.

Metsala, J. L., Galway, T. M., Ishaik, G., & Barton, V. E. (2017). Emotion knowledge, emotion regulation, and psychosocial adjustment in children with nonverbal learning disabilities. *Child neuropsychology*, 23(5), 609-629.

Moll, K., Göbel, S. M., Gooch, D., Landerl, K., & Snowling, M. J. (2016). Cognitive risk factors for specific learning disorder: Processing speed, temporal processing, and working memory. *Journal of learning disabilities*, 49(3), 272-281.

Tannock, R., Frijters, J. C., Martinussen, R., White, E. J., Ickowicz, A., Benson, N. J., & Lovett, M. W. (2018). Combined modality intervention for ADHD with comorbid reading disorders: a proof of concept study. *Journal of learning disabilities*, 51(1), 55-72.

Waiyakoon, S., Khlaisang, J., & Koraneekij, P. (2015). Development of an instructional learning object design model for tablets using game-based learning with scaffolding to enhance mathematical concepts for mathematic learning disability students. *Social and Behavioral Sciences*, 174 (1), 1489 – 1496.