

نشریه توانمندسازی کودکان استثنائی

انجمن علمی کودکان استثنائی ایران

سال دهم، شماره ۳(۳۲)، پاییز ۱۳۹۸

صص ۶۹-۵۵

DOI: 10.22034/CECIRANJ.2019.199224.1254

اثربخشی تکنیک‌های بازی درمانی گروهی بر حساسیت اضطرابی، درماندگی و تاب‌آوری دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری

نجمه عباس‌زاده*

یوسف دهقانی**

سیدموسی گلستانه***

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، تعیین میزان اثربخشی تکنیک‌های بازی درمانی گروهی بر حساسیت اضطرابی، درماندگی و تاب‌آوری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری بود. در این مطالعه از طرح شبه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل، استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش‌آموزان (۲۵۳ دانش‌آموز؛ ۷۳ دختر و ۱۸۰ پسر) مبتلا به اختلال یادگیری که در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ به مرکز اختلال یادگیری آموزش و پرورش شهر بوشهر مراجعه کردند، تشکیل دادند. از میان آن‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۰ نفر که ویژگی‌های لازم براساس آزمون پرسشنامه مشکلات یادگیری کلرادو (CLDQ)، آزمون وکسلر و ملاک‌های ویرایش پنجم کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی را داشتند، فهرست شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) گمارش شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های حساسیت اضطرابی (ASQ)، درماندگی آموخته‌شده (LHQ) و مقیاس تاب‌آوری (RS) بود. گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و به صورت گروهی تحت آموزش قرار گرفت. داده‌های حاصل از پژوهش، با آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد، تکنیک‌های بازی درمانی گروهی در گروه آزمایش، موجب بهبود حساسیت اضطرابی، درماندگی و تاب‌آوری شده است و این تأثیر در مرحله پیگیری دوماهه پایدار ماند ($P < 0/05$). با توجه به یافته‌های به دست آمده از مطالعه حاضر، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که آموزش تکنیک‌های بازی درمانی گروهی، می‌تواند به عنوان یک روش مداخله‌ای در بهبود حساسیت اضطرابی، درماندگی و تاب‌آوری دانش‌آموزان با اختلال یادگیری استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: بازی درمانی گروهی، تاب‌آوری، حساسیت اضطرابی، درماندگی، اختلال یادگیری

*کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران

**نویسنده مسؤول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران

***استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران

مقدمه

اختلال یادگیری^۱ در کودکان، یک اختلال عصبی-رشدی است که بر اثر تعامل عوامل ارثی و محیطی مؤثر، بر توانایی مغز در ادراک یا پردازش مؤثر اطلاعات کلامی یا غیرکلامی تأثیر می‌گذارد. مشخصه این اختلال، مشکلات پایدار در زمینه یادگیری مهارت‌های تحصیلی مربوط به خواندن، بیان نوشتاری و ریاضیات است که در اوایل کودکی شروع می‌شود و با توانایی هوشی کلی کودک هم‌خوانی ندارد. برای این کودکان دچار اختلال یادگیری خاص، اغلب همگامی با همسالان در برخی دروس دشوار است. در حالی که ممکن است در برخی دروس دیگر عملکرد عالی از خود بروز دهند (سادوک، سادوک و رویز، ۲۰۱۵). کودکانی که مشکلات یادگیری آن به علت نقص بینایی، شنوایی، حرکتی و یا مشکلات هیجانی، محدودیت فرهنگی یا عقب‌ماندگی ذهنی کلی است، جزء این گروه محسوب نمی‌شوند (بارنس، ۲۰۱۶). تشخیص اختلال یادگیری در سال‌های قبل از ورود به مدرسه کار دشواری است، در بیشتر موارد اختلال یادگیری در فاصله زمانی پیش از دبستان تا کلاس دوم مشخص می‌شود. شروع اختلال یادگیری در اوایل ورود به مدرسه معمولاً به شکل نمره‌های پایین و یادگیری ضعیف مشخص می‌گردد. شناخت نوع اختلال یادگیری و ریشه‌یابی آن‌ها به‌ویژه در دوره دبستان و در درس‌های اصلی می‌تواند در رفع این اختلال، کمکی مؤثر باشد (فیجورا، ۲۰۱۶). میزان شیوع این اختلال در کودکان مدرسه‌ای ۳ تا ۱۷/۵ درصد گزارش شده است و در پسران بیشتر از دختران و به نسبت ۲ به ۱ تا ۴ به ۱ متغیر است (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). ناتوانی‌های یادگیری گستره‌ای بسیار وسیع‌تر از مشکلات تحصیلی را در برمی‌گیرد (مرازیک، نایدو، بورزا، کوییتویچ و شرگیل، ۲۰۱۹) و تقریباً هر جنبه از زندگی کودک از جمله تحصیلی، عزت‌نفس، خودکارآمدی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و یک چالش مادام‌العمر است (چمبرس و زسیگر، ۲۰۱۸؛ تولین، ۲۰۱۹). آن‌ها در مقایسه با کودکان عادی در معرض افزایش ترک تحصیل هستند.

پژوهش‌ها حاکی از آن است یکی از مشکلات روان‌شناختی شایع در بین دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری اضطراب

است (افلی، ۲۰۱۹؛ ماتیوچی، اسکالون، توماستو، کاورینی و سلیری، ۲۰۱۹؛ گرین، ۲۰۱۸). اضطراب به‌عنوان یک عامل نامناسب، همواره نقش مهمی در تهدید و به‌خطرانداختن سلامت روانی، موفقیت و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دارد (آگوئر، آگوئر، کادیم، کوریا و فیالهو، ۲۰۱۹؛ گیولیانی و جاکومتاز، ۲۰۱۷). در این بین حساسیت اضطرابی^۲، یک عامل شناختی است که براساس نظر بارتیک و ترونر (۲۰۱۸) بیانگر تفاوت‌های فردی می‌باشد که در آن فرد از نشانه‌های بدنی که با انگیزختگی اضطرابی مانند نشانه‌های ضربان قلب، تنگی نفس و سرگیجه مرتبط است، می‌ترسد و اصولاً از این باور گرفته می‌شود که این نشانه‌ها به پیامدهای بالقوه آسیب‌زای اجتماعی، شناختی و بدنی منجر می‌گردد (مشهدی، قاسم‌پور، اکبری، ایل‌بیگی و حسن‌زاده، ۱۳۹۲). حساسیت اضطرابی، موجب رشد و حفظ اختلال‌هایی مانند وحشت‌زدگی و اختلالات هیجانی دیگری می‌شود. همچنین در اختلالات دیگری از جمله نشانه‌های اضطراب، افسردگی و خلق‌وخو دیده می‌گردد (جعفر و همکاران، ۲۰۱۴). علاوه‌براین، نتایج تحقیق دیکون و آبراموویتز^۳ (۲۰۰۶؛ به نقل از نریمانی و شربتی، ۱۳۹۴)، نشان‌دهنده این است که حساسیت اضطرابی در افراد مبتلا به نارسانوسی نسبت به افراد عادی بیشتر می‌باشد. نتایج تحقیق داوگان، مازورک و هانسن (۲۰۱۹)، نیز بیانگر این است که حساسیت اضطرابی در کودکان دارای اختلال یادگیری بیشتر از کودکان عادی و نیز کودکان با اختلال طیف اُتسم می‌باشد.

همان‌طور که ذکر گردید، دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری رفتارهای حاکی از اضطراب از خود بروز می‌دهند که این رفتارها باعث می‌شود که آن‌ها در مواجهه با تکالیف درسی دشوار، میزان درماندگی بیشتری را نسبت به دانش‌آموزان فاقد اختلال یادگیری تجربه کنند. برخی منابع نشان داده‌اند که ۷۰ درصد دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری، دچار درماندگی^۴ می‌باشند (عمادی و مظفری‌مکی‌آبادی، ۱۳۹۵). مفهوم درماندگی آموخته‌شده، معرف منفی‌ترین حالت خود است که سلیگمن (۱۹۸۵)، آن را حالت ویژه‌ای تعریف کرده است که اغلب در نتیجه اعتقاد فرد مبنی بر این‌که رویدادها در کنترل او نیستند،

3. Abramowitz, G.
4. helplessness

1. learning disorder
2. anxiety sensitivity

کودکان مبتلا به اختلال یادگیری، به دلیل پایین بودن سطح تفکر انتزاعی، قادر به بیان هیجان‌ها و احساسات خود نیستند. سرکوب و مهارت‌نداشتن در بیان احساسات به‌ویژه از نوع منفی آن، بهداشت روانی کودک را به مخاطره می‌اندازد، باعث ایجاد اضطراب و تنیدگی روان‌شناختی شده و از عواطف مثبت و سازگاری فرد می‌کاهد (نریمانی، پرزور و بشرپور، ۱۳۹۴). از این‌رو، پیدا کردن راهی که کودک را قادر نماید به شیوه‌ای غیر از بیان کلامی هیجان‌ها خود را بروز نماید، کاملاً ضروری به نظر می‌رسد. بازی، ابزاری است که کودک به کمک آن خود را بیان می‌نماید و برای هر کودکی جدا از نژاد، زبان و ملیت وسیله مناسبی جهت تخلیه هیجان‌ها و ابراز خود می‌باشد. بازی، یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های زندگی کودک است. کودکان از طریق بازی می‌توانند مهارت‌های پایه و اجتماعی را یاد بگیرند و رشد کنند؛ به‌ویژه وسایل بازی، نقش تعیین‌کننده در بازی دارد تا وی بتواند جهان اطرافش را کشف کند (اهلوی - دلایر، اسپینوزا و ماسون، ۲۰۱۸). بازی، کیفیت زندگی را با رشد تفکر خلاقانه بهبود می‌بخشد. همچنین وسیله بیان و ارتباط است و به عقیده برخی از پژوهشگران بخش مهمی از هر فرآیند درمانگری را تشکیل می‌دهد (استامیکر و رای، ۲۰۱۵). بازی‌درمانی^۲، یک روش درمانی مؤثر برای کاهش اضطراب و یکی از روش‌هایی است که به‌طور معمول برای آموزش مهارت‌های اجتماعی و تحصیلی به کودکان دارای اختلال یادگیری استفاده می‌شود (پک - مورای، ۲۰۱۵). بازی‌درمانی، فرصتی به کودکان می‌دهد تا احساسات خود را آزادانه بیان کنند و با استفاده از نمادها، مشکلات خود را در واقعیت جبران نمایند و برای آن‌ها راه‌حل بیابند و موقعیت‌هایی را که ممکن است با آن روبه‌رو شوند از طریق بازی جبران کنند که به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم باعث خودآنگیختگی در فرد می‌شود (وودارد و چانگ، ۲۰۱۸). در بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد گروهی، درمانگر رفتار کودکان را بدون قیدوشرط می‌پذیرد، بدون این‌که آن‌ها را غافلگیر کند، با کودکان بحث نماید و یا نادرستی کار آنان را گوشزد کند (لی، لیو و چنگ، ۲۰۱۹). بازی‌درمانی گروهی، پیوند طبیعی دو درمان مؤثر (بازی‌درمانی و گروه‌درمانی) است. بازی‌درمانی، یک فرایند روان‌شناختی و اجتماعی می‌باشد که در آن کودکان از طریق

در وی ایجاد می‌گردد. به‌عبارتی‌دیگر، این مفهوم به‌معنای زمانی است که پاسخ‌های فرد در نتیجه رفتار وی تغییری ایجاد نمی‌کند و همین عامل، این نکته را به فرد می‌آموزد که رفتار و نتیجه رفتار او از یکدیگر مستقل هستند (هیدر و بروئر ۲۰۱۸). درماندگی، به‌طور معناداری موجب کاهش عملکرد شناختی فرد می‌شود و در مقابل، فعالیت ساختارهای مرتبط با ترس و اضطراب را فعال می‌کند (المرو و همکاران، ۲۰۱۹؛ لاندی، گیفورد، میلفونت، ویکس و آرنوکی، ۲۰۱۸). علاوه‌براین، خستگی شناختی درباره درماندگی به این موضوع اشاره دارد که مواجهه با رویدادهای غیرقابل کنترل مواردی همانند کاهش فعالیت‌های شناختی، اختلال در توجه و بازداری پردازش اطلاعات را به دنبال دارد (نظری، زمانی‌اصل و احمدی، ۱۳۹۳). همچنین براساس نتایج تحقیقات نشان داده است که افراد با اختلال یادگیری، اغلب درماندگی آموخته‌شده بیشتری را تجربه می‌نمایند (ساندی، ۲۰۱۶).

از طرف دیگر، از دیگر عواملی که به فرد در برخورد و سازگاری با موقعیت‌های دشوار و تنش‌آور زندگی کمک کرده و آن‌ها را در برابر اختلال‌های آسیب‌شناختی و دشواری‌های زندگی در امان نگه می‌دارد، تاب‌آوری است. پژوهش‌ها نیز نشان داده است که دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری، دارای ضعف عمده در تاب‌آوری^۱ می‌باشند (فلوید و السن، ۲۰۱۷؛ هافت، میر و هوئفت، ۲۰۱۶). تاب‌آوری، سازه‌ای است که براساس رویکرد مبتنی بر نقاط قوت بنا شده و حاکی از قابلیت افراد در کنار آمدن با مشکلات و خطرات می‌باشد (مو، هم و وانگ، ۲۰۱۷). به‌عبارت‌دیگر، تاب‌آوری سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (ساتلر و گرشافت، ۲۰۱۹). همچنین از تأثیر روان‌شناختی حوادث مشکل‌زا محافظت می‌کند، به‌طوری که یکی از مهم‌ترین و اساسی‌ترین مبنای سلامت روانی افراد، میزان تاب‌آوری آن‌هاست (لو، تیلور و دی‌فولکو، ۲۰۱۸). گرچه تاب‌آوری تا حدی نوعی ویژگی شخصی و تا حدود دیگری نیز، نتیجه تجربه‌های محیطی افراد است، ولی انسان‌ها قربانی محیط یا وراثت خود نیستند و می‌توان واکنش افراد را در مقابل استرس، رویدادهای ناخوشایند و دشواری‌ها تغییر داد؛ به‌طوری که بتواند بر مشکلات و تأثیرات منفی محیط غلبه کند (مانینو، ۲۰۱۵).

ابعاد مختلف از جمله، اضطراب، درماندگی و تاب‌آوری می‌گردد (لی، لیو و چنگ، ۲۰۱۹). آن‌چه اهمیت پژوهش حاضر را برجسته می‌سازد این است که با وجود این‌که تحقیقات بسیاری در داخل و خارج از ایران در زمینه تأثیر بازی و بازی‌درمانی بر بهبود علائم روان‌شناختی کودکان عادی انجام گرفته است؛ اما تحقیقی که اثرات بازی‌درمانی به‌ویژه بازی‌درمانی گروهی بر علائم حساسیت اضطرابی، درماندگی و تاب‌آوری کودکان مبتلا به اختلال یادگیری انجام گرفته باشد، تقریباً وجود ندارد. علاوه‌براین، دور از انتظار نیست که آموزش بازی‌های مبتنی بر بازی‌درمانی گروهی به کودکان با اختلال یادگیری، توان و جرأت مقابله با مشکلات را بدهد و حل مشکلات نیز به‌نوبه‌خود موجب شود تا کودک احساس توانمندی بیشتری کند و مهارت‌های اجتماعی مطلوب‌تری را کسب نماید؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی تکنیک‌های بازی‌درمانی گروهی بر حساسیت اضطرابی، درماندگی و تاب‌آوری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری بود.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

روش پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دو ماهه است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری مراجعه‌کننده به مرکز اختلال یادگیری آموزش و پرورش شهرستان بوشهر در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. حجم جامعه پژوهش ۲۵۳ دانش‌آموز است که از این تعداد، ۴۰ نفر براساس روش نمونه‌گیری در دسترس و پس از تشخیص براساس پرسشنامه مشکلات یادگیری کلرادو، آزمون وکسلر و ملاک‌های ویرایش پنجم کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (در هر گروه ۲۰ نفر) گمارش شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص یکی از انواع اختلال یادگیری، سن ۹-۱۱ سال آزمودنی‌ها و کسب نمره هوشبهر بین ۸۵ تا ۱۱۵ از مقیاس تجدیدنظرشده هوشی وکسلر کودکان ۲۰۰۳ و ملاک‌های خروج شامل سن بالای ۱۱ سال، دریافت مداخلات روان‌شناختی

ارتباط با یکدیگر در اتاق بازی چیزهایی را در مورد خودشان یاد می‌گیرند. بازی‌درمانی گروهی، برای درمانگر فرصتی را فراهم می‌کند تا به کودکان کمک نماید که چگونه تعارضات خود را حل کنند. اهداف کلی از مداخله بازی‌درمانی گروهی، کمک به مشارکت یادگیری، خودشاهدی، مسؤولیت ابراز احساسات، احترام‌گذاشتن، پذیرفتن خود و دیگران و بهبود رفتارهایی چون مهارت‌های اجتماعی، عزت‌نفس و بهبود خلق و مشکلات رفتاری است (لی، لیو و چنگ، ۲۰۱۹). براتون و دافوئه (۲۰۱۶) در فراتحلیلی نشان دادند که اضطراب، حرمت خود، سازگاری رفتاری، مهارت اجتماعی و سازگاری هیجانی به‌طور معناداری با بازی‌درمانی رابطه مثبت دارند. همچنین یافته‌های پژوهش هوشینا، هوری، گیانوپولو و سوگایا (۲۰۱۷) حاکی از آن بود که بازی‌درمانی باعث افزایش توجه و بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان می‌شود.

با توجه به این‌که کودکان مبتلا به اختلال یادگیری در ابراز هیجانات خود مشکل دارند، بازی‌درمانی می‌تواند از جهتی با بیان نمادین احساسات توان ابراز هیجانات منفی مثل اضطراب را افزایش داده و منجر به سازگاری عمومی و بهبود سایر پیامدهای روان‌شناختی از جمله کاهش درماندگی و ارتقاء تاب‌آوری فرد گردد. این فرض برگرفته از رویکرد آکسلاین^۱ (۲۰۰۶؛ به نقل از لی، لیو و چنگ، ۲۰۱۹)، می‌باشد. رویکرد آکسلاین، توسط لاندث در سال ۲۰۰۹ تدوین شد. براساس این نظریه، بازی‌درمانی به‌عنوان یک ارتباط بین فردی پویا بین کودک و یک درمانگر آموزش‌دیده در فرایند بازی توصیف می‌شود که رشد یک ارتباط امن را برای کودک تسهیل می‌کند تا کودک از طریق بازی، در جست‌وجوی راه‌هایی برای کاهش آشفتگی‌های هیجانی خود باشد، به‌طوری که کودک در طی تعامل با درمانگر، پذیرش، تخلیه هیجانی، کاهش اثرات رنج‌آور، جهت‌دهی مجدد تکانه‌ها و تجربه هیجانی تصحیح شده را تجربه می‌کند. براین‌اساس، افکار درونی کودک با دنیای بیرونی ارتباط برقرار کرده و سبب می‌شود، کودک بتواند اشیاء و محیط خارجی را تحت کنترل خود درآورد و به کودک اجازه می‌دهد تا تجربیات، افکار، احساسات و تمایلاتی را که برای وی تهدیدکننده هستند، ابراز نماید و این امر سبب بهبود وضعیت روان‌شناختی فرد در

1. Axline, V.

مبتنی بر فعالیت گروهی می‌باشد و به‌عنوان مداخله‌ای که از نظر رشدی برای کودکان سنین پیش از نوجوانی (۱۰-۱۲ سال) مناسب می‌باشد و همچنین بر مبنای اصول و روش‌های بازی‌درمانی کودک-محور، ایجاد و توسعه یافته است. اما در پاسخ به نیازهای اجتماعی، عاطفی و شناختی کودکان سنین پیش از نوجوانی و برخلاف رویکرد کودک‌محور که اساس آن برگزاری جلسات بازی‌درمانی بدون ساختار می‌باشد، تلفیقی از فعالیت‌های نیمه‌ساختاریافته و بدون ساختار را برای کودکان سنین پیش از نوجوانی فراهم کرده است (اجیامبو، ۲۰۱۱).

آموزش در گروه آزمایش، توسط دو نفر از متخصصان و مشاوران مرکز اختلال یادگیری آموزش و پرورش شهرستان بوشهر و همراه با پژوهشگران پژوهش حاضر به شکل گروهی برگزار شد. پس از اتمام مداخله، از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون به عمل آمد و بعد از دو ماه دوره پیگیری نیز روی گروه‌ها اجرا گردید. شرکت در پژوهش به صورت کاملاً داوطلبانه و همراه با رضایت‌نامه کتبی بود. برای رعایت موازین اخلاقی پس از اتمام مراحل پژوهش در گروه آزمایش، جلسات بازی‌درمانی به صورت فشرده و فقط طی چهار جلسه به گروه کنترل نیز ارائه شد. لازم به ذکر است، به دلیل همکاری نکردن و نیز به اتمام رسیدن سال تحصیلی و شروع امتحانات دانش‌آموزان، آموزش در چهار جلسه برای گروه کنترل تدوین گردید. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر و با رعایت پیش‌فرض‌های آن استفاده شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS-۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

همزمان و داشتن اختلال‌های همراه مانند اختلال نارسایی توجه/بیش-فعالی و اختلال‌های رفتاری بود که بر اساس مصاحبه تشخیصی بالینی و توسط روان‌شناسان بالینی مرکز اختلال یادگیری صورت گرفت. لازم به ذکر است، دلیل انتخاب ملاک مذکور، تشابه نشانه‌ها و علائم اولیه اختلال‌های یادگیری، اختلال نارسایی توجه/بیش-فعالی و اختلال‌های رفتاری (مانند: تحرک زیاد، توجه پایین، حرکات تکانشی، اشکال در حافظه کوتاه‌مدت و پردازش اطلاعات) است (افلی، ۲۰۱۹).

شیوه اجرای پژوهش بدین گونه بود که ابتدا از میان دانش‌آموزان مراجعه‌کننده به مرکز اختلال یادگیری آموزش و پرورش شهرستان بوشهر در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷، تعداد ۴۰ نفر با استفاده روش نمونه‌گیری در دسترس که بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش واجد تشخیص اختلال یادگیری بودند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) گمارش شدند. در پژوهش حاضر، از برنامه آموزشی مبتنی بر فعالیت گروهی تلفیقی پکمن و براتون (۲۰۰۳) و اجیامبو (۲۰۱۱) در ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای استفاده گردید که شرح جلسات در جدول ۱، ارائه شده است. این برنامه آموزشی اولین بار به‌عنوان یک روش مدرسه-محور برای دانش‌آموزان سنین پیش از نوجوانی که دارای اختلال یادگیری بوده و مشکلات رفتاری از خود بروز می‌دادند، استفاده شد (پکمن و براتون، ۲۰۰۳). سپس اجیامبو (۲۰۱۱)، اثربخشی آن را روی مشکلات رفتاری کودکان سنین پیش از نوجوانی ساکن یتیم‌خانه، بررسی نمود و تعداد جلسات را تا ۱۶ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای افزایش داد. برنامه آموزشی تلفیقی که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفته است،

جدول ۱- محتوای جلسات برنامه بازی درمانی گروهی

جلسات	هدف	محتوا
اول	آشنایی و ترغیب همکاری	آشنایی اعضای گروه با درمانگران، اتاق بازی و وسایل بازی به منظور ایجاد احساس امنیت در کودکان و برقراری ارتباط با درمانگر و دیگر اعضا
دوم و سوم	آموزش همکاری و رفتارهای مطلوب اجتماعی	بازی با عروسک خیمه‌شب بازی و اسباب‌بازی‌های نرم که به کودک کمک می‌کند تا رفتارهای پسندیده اجتماعی را بیاموزد، انجام بازی‌های گروهی مانند مینی‌بسکتبال و استخر توپ برای به وجود آوردن همکاری و فعالیت‌های گروهی در کودکان
چهارم	کاهش اضطراب و مقابله با استرس	استفاده از حیوانات اسباب‌بازی برای کشف ترس و اضطراب در خصوص پیامدهای عمل و درماندگی
پنجم	ابراز هیجانات و رفتارهایی در تقابل با درماندگی	استفاده از بازی‌های خیالی به منظور کمک به کودک در ابراز هیجان‌های مثبت و منفی و نیز، نشان دادن رفتارهایی که در جهت عکس درماندگی است (مانند امیدواری و تلاش)
ششم	مهارت خودآگاهی (بخش اول)	شناخت ویژگی‌های جسمانی و عقانی هر فرد، بررسی تفاوت‌های ظاهری کودکان از نظر ویژگی‌های ظاهری از قبیل رنگ مو، چشم، رنگ پوست و مانند این‌ها (در جهت تقویت باور بی‌نظیر بودن افراد و افزایش اعتماد به نفس)
هفتم	مهارت خودآگاهی (بخش دوم)	با کمک خمیربازی و ساختن مجسمه‌هایی به شکل انسان و حیوان بررسی نقاط قوت هر کودک و تقویت احساس ارزشمندی او، پرهیز از خودگویی‌های منفی در برخورد با مشکلات و آموزش خودگویی‌های مثبت و اثر آن در احساس کودک با کمک خمیربازی و ساختن مجسمه‌هایی به شکل انسان و حیوان
هشتم	تقویت و بهبود مهارت تاب‌آوری	کمک به کودکان در جهت شناخت احساس مثبت و منفی، لزوم بیان تجارب هیجانی به شیوه صحیح و ثبت هیجان‌های مختلف به منظور افزایش مهارت تاب‌آوری در مواقع مواجهه با مشکلات و موانع به کمک بازی عروسکی
نهم	مدیریت هیجان‌های منفی (بخش اول)	آموزش هیجان‌های مثبت و منفی و حالت‌های چهره‌ای و غیر کلامی آن‌ها، بازی کلمات احساسی و تکلیف خانگی نظارت بر هیجان‌ها.
دهم	مدیریت هیجان‌های منفی (بخش دوم)	بررسی نشانه‌ها و علل در تشخیص باورهای اشتباه و مؤثر در انتخاب سبک‌های ناکارآمد مقابله‌ای به کمک خانه‌سازی و نقاشی
یازدهم	مهارت مقابله کارآمد	بازی حباب‌سازی، استفاده از ABC در تشخیص علل ناتوانی در بروز رفتار مقابله کارآمد، تمرین خودگویی‌های مثبت در هنگام روبه‌رو شدن با مشکل
دوازدهم	مهارت حل مسئله	اتخاذ راهبردهای صحیح کنار آمدن با مشکلات شامل آشنایی کودکان با مسائل روزانه در طول زندگی از طریق داستان و مشورت با افراد قابل اعتماد و با کمک بازی کولاژ (تکه چسبانی)

پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم افزار Spss-۲۲ تجزیه و تحلیل شدند.

ابزار سنجش

پرسشنامه مشکلات یادگیری کلرادو (CLDQ): به منظور تشخیص دانش آموزان ۹ تا ۱۱ سال مبتلا به اختلال یادگیری و تعیین میزان مشکلات یادگیری آن‌ها، از پرسشنامه مشکلات یادگیری کلرادو استفاده شد که دارای ۲۰ سؤال می‌باشد. این پرسشنامه توسط ویلکات و همکاران در سال ۲۰۱۱، تهیه شده

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون کرویت موخلی برای بررسی فرض مینی بر همخوانی ماتریس کواریانس خطای مربوط به متغیرهای وابسته و همچنین، از روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی فرضیه

1. Colorado Learning Difficulties Questionnaire (CLDQ)

سه خرده‌مقیاس؛ ترس از نگرانی‌های بدنی (۸ گویه)، ترس از نداشتن کنترل شناختی (۴ گویه) و ترس از مشاهده‌شدن اضطراب توسط دیگران (۴ گویه) تشکیل شده است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، ثبات درونی آن را (آلفای بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰) نشان داده است. اعتبار بازمیابی بعد از دو هفته ۰/۷۵ و به مدت سه سال ۰/۷۱ نشان داده است که حساسیت اضطرابی یک سازه شخصیتی پایدار می‌باشد (ریس، پترسون، گورسکی و مکنالی، ۱۹۸۶). در مطالعه حاضر، روایی همسانی درونی و ضریب پایایی آلفای کرونباخ پرسشنامه مذکور به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۸ حاصل شد.

پرسشنامه درماندگی آموخته‌شده^۲ (LHQ). این پرسشنامه توسط کوینلس و نلسون در سال ۱۹۸۸ طراحی شد که شامل ۲۰ گویه ۴ گزینه‌ای بر مبنای طیف لیکرت از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۴) است (قائدی، شبانکاره و برزگر مقدم، ۱۳۹۵). با ارزیابی روایی نسخه اصلی با دیگر مقیاس‌های موجود همچون مقیاس افسردگی یک ضریب همبستگی این مقیاس ۰/۲۵ و با عزت‌نفس اسمیت ۰/۶۲ و ضریب پایایی آلفای کرونباخ آن ۰/۸۵ گزارش شد. از طریق چرخش واریانس و تحلیل اکتشافی پنج عامل اصلی برای این مقیاس مشخص کردند که شامل پنج عامل درونی- بیرونی، شش عامل ثبات- بی‌ثباتی، پنج عامل کلی- خاص، یک عامل توانایی کنترل- ناتوانی در کنترل و در نهایت، یک عامل شرایط‌گزینش شخصی در موقعیت‌های که فرد عمداً در آن شرکت می‌کند، است. روایی همسانی درونی و آلفای کرونباخ این مقیاس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ به دست آمد (کوتیبا، ۲۰۱۱، به نقل از میرنسب و قره‌آغاچی، ۱۳۹۴). در ایران نیز در پژوهش میرنسب و قره‌آغاچی (۱۳۹۴) برای تعیین روایی سازه مقیاس از تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی استفاده شد که در تحلیل داده‌های پرسشنامه، مقدار ضریب (شاخص کفایت نمونه‌گیری ۰/۸۵ و مقدار آزمون بارتلت (شاخص کفایت ماتریکس همبستگی) ۳۲۳۷/۳ محاسبه گردید که در سطح $P < 0/01$ معنادار بود. در تحقیق حاضر نیز، روایی سازه مورد تأیید قرار گرفت و همچنین برای پایایی مقیاس نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان آلفا در این مقیاس برابر ۰/۸۷ بود.

است و مشکلات یادگیری را متشکل از پنج عامل اساسی خواندن، حساب‌کردن، شناخت اجتماعی، اضطراب اجتماعی و عملکردهای فضایی می‌داند که موجب مشکلات یادگیری می‌شوند. این ابزار توسط والدین دانش‌آموزان تکمیل می‌گردد. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به این صورت است که پاسخ به هر عبارت در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از اصلاً (۱) تا همیشه (۵) ثبت می‌شود. به منظور واری اعتبار پرسشنامه مشکلات یادگیری کلرادو از دو روش همسانی درونی و بازمیابی استفاده شده است. همسانی درونی کل پرسشنامه و خرده مقیاس‌های آن از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برآورد گردید. کوچک بودن مقادیر خطای معیار اندازه‌گیری برای کل آزمون و مؤلفه‌های فرعی آن نیز نشان می‌دهند که انحراف معیار توزیع نمرات خطا در آزمون‌های فوق کم است که این امر، معرف اعتبار بالا می‌باشد. معیار قضاوت در مورد مقادیر خطای معیار اندازه‌گیری به نسبت تعداد داده‌های آزمون و خرده‌آزمون‌ها است (ویلکات و همکاران، ۲۰۱۱). حاجلو و رضایی شریف (۱۳۹۰)، روایی این پرسشنامه را برای خرده مقیاس‌های خواندن (۰/۸۱)، شناخت اجتماعی (۰/۷۸)، اضطراب اجتماعی (۰/۷۶)، مشکلات فضایی (۰/۷۰) و ریاضی (۰/۶۰) گزارش کرده‌اند که این امر، نشان‌دهنده روایی بالای پرسشنامه مذکور می‌باشد. در تحقیق حاضر نیز، روایی همسانی درونی برای خرده‌مقیاس‌های خواندن، شناخت اجتماعی، اضطراب اجتماعی، مشکلات فضایی و ریاضی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۹، ۰/۷۵، ۰/۷۲ و ۰/۷۸ و ضرایب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۳، ۰/۷۸، ۰/۷۹ و ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه حساسیت اضطرابی^۱ (ASQ): این ابزار توسط ریس، پترسون، گورسکی و مکنالی در سال ۱۹۸۶، ابداع شده است که پرسشنامه‌ای خودگزارش‌دهی است و دارای ۱۶ گویه می‌باشد. پرسشنامه حساسیت اضطرابی، براساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرتی (خیلی کم=۰ تا خیلی زیاد=۴) نمره‌گذاری می‌گردد. هر گویه این عقیده را منعکس می‌کند که احساسات اضطرابی به صورت ناخوشایند تجربه می‌شوند و توان منتهی‌شدن به پیامد آسیب‌زا را دارند. درجه تجربه ترس از نشانه‌های اضطرابی، با نمرات بالاتر مشخص می‌گردد. دامنه نمرات بین صفر تا ۶۴ است (فلوید، کارفیلد و مارکز، ۲۰۰۵). ساختار این پرسشنامه از

3. Qutaiba, A.

1. Anxiety Sensitivity Questionnaire (ASQ)
2. Learned Helplessness Questionnaire (LHQ)

تحلیل عاملی ۰/۸۰ برآورد کرد. در مطالعه حاضر، ضریب پایایی مقیاس تاب‌آوری از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و روایی آن از طریق تحلیل عاملی ۰/۸۱ به‌دست آمد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در این پژوهش بدین شرح بود که گروه آزمایش شامل ۱۲ پسر و ۸ دختر با میانگین و انحراف معیار سنی ۱۰/۵ و ۲/۲۶ و گروه کنترل شامل ۱۳ پسر و ۷ دختر با میانگین و انحراف معیار سنی ۱۰/۷۸ و ۲/۳۸، وضعیت اشتغال پدران ۵ نفر کارگر (۲ نفر گروه آزمایش و ۳ نفر گروه کنترل)، ۱۵ نفر کارمند (۸ نفر گروه آزمایش و ۷ نفر گروه کنترل)، ۱۱ نفر مشاغل آزاد (۷ نفر گروه آزمایش و ۴ نفر گروه کنترل)، ۹ نفر پزشک و مهندس (۴ نفر گروه آزمایش و ۵ نفر گروه کنترل) و وضعیت اشتغال مادران ۱۵ نفر شاغل (۸ نفر گروه آزمایش و ۷ نفر گروه کنترل) و ۲۵ نفر خانه‌دار (۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۳ نفر گروه کنترل) بود. ۹ نفر (۴۵ درصد) از دانش‌آموزان گروه آزمایش دچار اختلال در خواندن، ۵ نفر (۲۵ درصد) دچار اختلال در ریاضی و ۶ نفر نیز (۳۰ درصد) دچار اختلال در نوشتن بودند. در گروه کنترل ۸ نفر (۴۰ درصد) از دانش‌آموزان دچار اختلال در خواندن، ۶ نفر (۳۰ درصد) دچار اختلال در ریاضی و ۶ نفر نیز (۳۰ درصد) دچار اختلال در نوشتن بودند.

مقیاس تاب‌آوری^۱ (RS) / این پرسشنامه در سال ۲۰۰۳ توسط کانر و دیویدسون تهیه شده که دارای ۲۵ گویه در یک مقیاس پنج نقطه‌ای است. در مقیاس تاب‌آوری حداکثر نمره ۱۰۰ و حداقل نمره صفر می‌باشد و نمره هر آزمودنی برابر مجموع نمرات از هریک از سؤالات است (کاملاً نادرست=۰ و همیشه درست=۴). کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، پایایی آزمون- بازآزمون این مقیاس را ۰/۸۷ گزارش کردند. روایی همگرا مقیاس تاب‌آوری با استفاده از پرسشنامه سرسختی کوباسا روی ۳۰ نفر از بیماران روان‌پزشکی انجام شده و نتایج نشان داد که مقیاس تاب‌آوری با پرسشنامه سرسختی کوباسا ۰/۸۳ ارتباط دارد، ولی با استرس ادراک‌شده ۰/۷۶- رابطه دارد و نشان می‌دهد که سطح بالای تاب‌آوری با استرس تجربه شده پایین، ارتباط دارد (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). به‌طور کلی، نتایج نشان از پایایی و روایی مطلوب مقیاس تاب‌آوری را نشان می‌دهد. این مقیاس در ایران، توسط محمدی و در سال ۱۳۸۵ هنجاریابی شده است و نتایج نشان داد که مقیاس تاب‌آوری از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ برخوردار است (محمدی، جزایری، رفیعی، جوکار و پورشه‌باز، ۱۳۸۶). در مورد روایی آن با استفاده از روش تحلیل عاملی، محاسبه هر نمره با نمره کل نشان داده که به‌جز سه سؤال، ضرایب سؤالات دیگر بین ۰/۱۴ تا ۰/۶۴ بود. همچنین بنیسی (۱۳۹۸)، اعتبار این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ را ۰/۸۴ و روایی آن از طریق

جدول ۲- یافته‌های توصیفی متغیرها در سه مرحله اندازه‌گیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
حساسیت اضطرابی	آزمایش	۳۴/۱۸	۵/۱۲	۲۰/۱۷	۲/۸۷	۳/۴۶
	کنترل	۳۵/۰۲	۵/۲۳	۳۴/۵۳	۵/۰۸	۵/۲۷
درماندگی آموخته‌شده	آزمایش	۲۳/۷۵	۴/۴۲	۱۷/۱۴	۲/۳۳	۲/۱۵
	کنترل	۲۴/۱۲	۴/۵۴	۲۳/۸۹	۴/۳۷	۴/۴۸
تاب‌آوری	آزمایش	۲۲/۳۹	۴/۸۱	۴۰/۱۸	۶/۰۳	۶/۲۷
	کنترل	۲۲/۴۱	۴/۸۵	۲۱/۸۵	۴/۳۸	۴/۹۱

با اندازه‌گیری مکرر شامل آزمون توزیع طبیعی نمره، همگنی واریانس‌های دو گروه و کروییت موخلی را نشان می‌دهد.

جدول ۲، بیانگر نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری می‌باشد. جدول ۳، بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس مختلط

جدول ۳- نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره، همگنی واریانس‌های دو گروه و کرویت موخلی

متغیر	کولموگروف-اسمیرنوف		لوین	کرویت موخلی		
	گروه آزمایش			F	W	χ ²
	معناداری	Z				
حساسیت اضطرابی	۰/۱۷۴	۰/۲۰۱	۰/۰۴۳	۰/۶۷۲	۰/۲۶۵	
درماندگی آموخته‌شده	۰/۲۱۸	۰/۲۴۱	۰/۰۶۳	۰/۵۴۸	۰/۳۵۱	
تاب‌آوری	۰/۱۰۷	۰/۱۷۴	۰/۰۵۲	۰/۷۲۸	۰/۳۶۵	

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

براساس جدول فوق می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که مفروضه‌های استفاده از روش آماری تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر برقرار می‌باشد.

نتایج جدول ۳، نشان می‌دهد که مفروضه‌های توزیع طبیعی نمره و همگنی واریانس‌های دو گروه برقرار است. مقدار آزمون کرویت موخلی معنادار نیست؛ بنابراین فرض مبنی بر همخوانی ماتریس کواریانس خطای مربوط به متغیرهای وابسته تأیید می‌شود.

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر متغیرها در دو گروه در سه مرحله

مؤلفه‌ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	ضریب اتا
حساسیت	درون گروهی (مراحل)	۱۵۴۳/۷۲	۳ و ۴۳	۱۳۸۶/۱۲	۵/۳۴۳**	۰/۲۵۱
اضطرابی	بین گروهی (مداخله)	۳۵۱۴/۲۸	۲ و ۴۳	۱۱۷۳/۰۹	۵/۲۵۸**	۰/۲۸۰
	تعامل (مراحل*مداخله)	۲۷۴۲/۴۸	۳ و ۴۳	۱۹۲۷/۳۸	۵/۴۸۳**	۰/۱۹۴
درماندگی	درون گروهی (مراحل)	۲۸۶۳/۱۹	۳ و ۴۳	۲۰۱۷/۷۸	۷/۲۰۱*	۰/۱۵۷
آموخته‌شده	بین گروهی (مداخله)	۲۱۷۴/۳۷	۲ و ۴۳	۱۲۸۴/۵۶	۸/۳۱۷*	۰/۱۹۳
	تعامل (مراحل*مداخله)	۱۷۸۳/۳۲	۳ و ۴۳	۱۴۰۳/۶۱	۷/۵۲۹*	۰/۲۶۱
تاب‌آوری	درون گروهی (مراحل)	۱۸۵۲/۷۸	۳ و ۴۳	۱۴۹۳/۳۵	۶/۴۵۳**	۰/۱۸۵
	بین گروهی (مداخله)	۲۸۶۱/۰۲	۲ و ۴۳	۱۲۸۵/۷۲	۵/۶۳۹**	۰/۱۳۶
	تعامل (مراحل*مداخله)	۱۹۳۵/۲۲	۳ و ۴۳	۱۶۷۳/۵۲	۶/۱۶۳**	۰/۲۱۴

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

اضطرابی، درماندگی آموخته‌شده و تاب‌آوری اثر داشته است. همچنین اثر تعاملی برای حساسیت اضطرابی حدود ۱۹ درصد و تاب‌آوری حدود ۲۱ درصد در سطح $P=۰/۰۰۱$ و درماندگی آموخته‌شده حدود ۲۶ درصد در سطح $P=۰/۰۰۵$ معنادار است.

نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه و تفاوت درون گروهی در سه مرحله و نیز اثر تعاملی مداخله و مراحل اندازه‌گیری متغیر حساسیت اضطرابی ($P=۰/۰۰۲$)، درماندگی آموخته‌شده ($P=۰/۰۰۳$) و تاب‌آوری ($P=۰/۰۰۹$) معنادار است؛ بنابراین می‌توان گفت، آموزش بازی‌درمانی گروهی بر حساسیت

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس درون گروهی یک‌راهه گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله

متغیر	گروه	F	درجه آزادی	مجذور اتا
حساسیت اضطرابی	آزمایش	۵۳/۱۳**	۳ و ۴۳	۰/۵۴
	کنترل	۲/۲۴	۳ و ۴۳	-
درماندگی آموخته‌شده	آزمایش	۷۳/۶۱**	۳ و ۴۳	۰/۵۱
	کنترل	۲/۵۸	۳ و ۴۳	-
تاب‌آوری	آزمایش	۶۳/۹۲**	۳ و ۴۳	۰/۴۷
	کنترل	۲/۱۹	۳ و ۴۳	-

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

همگی معنادار است ($P=0/001$). ولی تفاوت درون گروهی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل در هیچ یک از متغیرها معنادار نیست.

نتایج جدول ۵، نشان می‌دهد که تفاوت درون گروهی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش در متغیرهای حساسیت اضطرابی، درماندگی آموخته‌شده و تاب‌آوری

جدول ۶- نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای تعیین اثر مداخله بر متغیرهای پژوهش

متغیر	زمان اندازه‌گیری	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		تفاوت میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	انحراف معیار
حساسیت	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱۴/۰۱*	۰/۲۱	۰/۴۹	۰/۰۵
اضطرابی	پیش‌آزمون - پیگیری	۱۴/۹۱*	۰/۱۹	-۰/۱۶	۰/۰۳
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۹۱	۰/۱۹	-۰/۶۵	۰/۰۷
درماندگی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۶/۶۱**	۰/۱۴	۰/۲۳	۰/۲۷
	پیش‌آزمون - پیگیری	۶/۷۴**	۰/۱۷	۰/۰۶	۰/۳۱
آموخته‌شده	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۱۳	۰/۰۹	-۰/۱۹	۰/۰۴
	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۱۷/۷۹**	۰/۱۸	۰/۵۶	۰/۱۱
تاب‌آوری	پیش‌آزمون - پیگیری	-۱۷/۶۶**	۰/۱۲	-۰/۳۳	۰/۰۹
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۱۳	۰/۰۹	۰/۸۹	۰/۰۳

* $P<0/05$ ** $P<0/01$

حساسیت اضطرابی در دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری می‌گردد. این یافته با نتایج پژوهش‌های براتون و دافوئه (۲۰۱۶) و (استامیکر و رای، ۲۰۱۵)، همسو است. این یافته را می‌توان براساس رویکرد و دیدگاه آکسلاین^۱ (۲۰۰۶)؛ به نقل از لی، لیو و چنگ، (۲۰۱۹) مورد تبیین قرار داد. براساس این رویکرد، در بازی کردن به فرد اجازه داده می‌شود تا خودش باشد و خود را بدون هیچ‌گونه ارزیابی و یا اعمال فشار نسبت به تغییر آن؛ بلکه آن‌گونه که هست بپذیرد. این‌گونه درمان، از وضعی که فرد در آن قرار دارد، شروع می‌شود و فرایند آن بر مبنای شکل‌بندی کنونی و ترکیب ذهنی شخص، پایه‌گذاری می‌گردد. آکسلاین (۲۰۰۶)، که به توانایی کودک برای خودشکوفایی معتقد بود، اظهار داشت پایه‌و‌اساس بازی‌درمانی، پذیرش بی‌قیدوشرط کودک است؛ وی همچنین معتقد بود بازی، شکل طبیعی کودکان برای برقراری ارتباط است و آنان از طریق بازی خود را بیان می‌کنند (لی، لیو و چنگ، ۲۰۱۹). به‌همین ترتیب، روان‌شناسان طرفدار بازی‌درمانی، بی‌رهنمود که رویکرد آکسلاین را مبنای عمل خود در بازی‌درمانی قرار داده‌اند، نیز بر اهمیت ابراز تکانه‌ها و تمایلات ناپذیرفتنی و ناهوشیار در جریان بازی تأکید دارند.

در جدول ۵، مقایسه آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که تفاوت میانگین‌های گروه بازی‌درمانی گروهی در سه زمان پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری معنادار است که این امر، نشان‌دهنده تأثیر مداخله بر حساسیت اضطرابی، درماندگی آموخته‌شده و تاب‌آوری در دانش‌آموزان دچار اختلال یادگیری گروه آزمایش و ماندگاری این تأثیر در مرحله پیگیری می‌باشد؛ در حالی که در گروه کنترل، این تفاوت‌ها معنادار نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی تکنیک‌های بازی‌درمانی گروهی بر حساسیت اضطرابی، درماندگی و تاب‌آوری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری بود. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که تکنیک‌های بازی‌درمانی گروهی، موجب بهبود معنادار حساسیت اضطرابی، درماندگی و تاب‌آوری در دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری می‌شود. به‌علاوه، مشخص گردید که تأثیر این آموزش تا دو ماه پس از پایان جلسات آموزشی نیز، تداوم داشته است. یافته‌های این پژوهش نشان داد که آموزش تکنیک‌های بازی‌درمانی، باعث بهبود

1. Axline, V.

درماندگی از کودک دور گردد (شاو، ۲۰۱۸). همچنین در نظریه آکسلاین فرض بر این است که کودکان بهترین منبع اطلاعات درباره خودشان هستند و قادرند به‌سوی تحقق خویشتن قدم بردارند و باید شرایط آن مهیا شود. از طرف دیگر، اهداف کلی بازی‌درمانی کودک‌محور مبتنی بر فعالیت گروهی در راستای تلاش‌های درونی کودک برای خودشکوفایی است. مهم‌ترین اصل این است که برای کودک در حضور بزرگسالی حمایت‌گر و فهمیم امکان رشد مثبت فراهم شود تا کودک بتواند توانایی‌های درونی خود را کشف کند. بازی، با فرصتی که برای بروز و بیان عواطف فراهم می‌نماید، نقش پالاینده روانی را برای وی دارد و بسیاری از تمایلات و نیازهایی که در زندگی روزمره کودک برآورده نمی‌شود، در بازی ارضا گردیده و بدین ترتیب، از شدت درماندگی و ناکامی‌های وی کاسته می‌شود (عمادی و مظفری-مکی‌آبادی، ۱۳۹۵).

همچنین نتایج نشان می‌دهد که آموزش بازی‌درمانی گروهی، باعث بهبود تاب‌آوری در دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری شده است، که این یافته با نتایج پژوهش‌های هافت، میر و هونف (۲۰۱۶) مطابقت دارد. این یافته را می‌توان چنین تبیین نمود که آموزش بازی‌درمانی گروهی، آموزش راه‌های جلب حمایت اجتماعی را در بردارد، توان کنترل محیط و ارتباط مؤثر با دیگران را مقدور می‌سازد و همین امر موجب می‌شود تا این افراد در شرایط دشوار زندگی حمایت اجتماعی بیشتری را دریافت کنند و در نتیجه، بار استرس آن‌ها کاهش یابد؛ دریافت کمک و حمایت از سوی سایر اعضای گروه برای حل مشکلات باعث می‌شود که کودکان مبتلا به اختلال یادگیری فرصت بیشتری برای پرداختن به مسائل خود داشته و در نتیجه آرامش بیشتری کسب نموده که همین امر به آن‌ها در بهبود تاب‌آوری کمک شایانی خواهد کرد. همچنین براساس رویکرد آکسلاین (۲۰۰۶)، از دیگر دلایل اثربخشی آموزش بازی‌درمانی گروهی در بهبود تاب‌آوری، ایجاد راهبردهای مقابله با مشکلات و سازوکارهای دفاعی بهتر در این افراد است. افراد با تاب‌آوری بالا، در مقابله رویدادهای استرس‌زا با خوش‌بینی، ابراز وجود و اعتمادبه‌نفس برخورد می‌نمایند. در نتیجه، این رویدادها را قابل کنترل می‌بینند و نگرش‌های خوش‌بینانه، پردازش اطلاعات را مؤثرتر ساخته و فرد راهبردهای مقابله فعال بیشتری

براساس نظر آن‌ها می‌توان گفت که بازی منجر به تخلیه هیجانی و افزایش توان ابراز هیجانات در قالب بیانی و نمادین می‌گردد و در نتیجه، پیامدهای مثبت روان‌شناختی از قبیل کاهش اضطراب برای کودک به همراه دارد (گیانوپولو و سوگایا، ۲۰۱۷). این موضوع در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری می‌تواند نقش مهمی داشته باشد؛ چرا که مشکل اصلی این کودکان خود را در قالب کلمات و نداشتن توان و ابراز کلامی (نوشتاری، خواندن، حساب کردن) نشان می‌دهد. بازی و فرایندهای گروهی به این افراد اجازه ابراز هیجانات منفی به خصوص اضطراب را می‌دهد. هیجانات منفی منجر به بلوک‌شدن توان بیانی فرد می‌گردد و وقتی که اضطراب به شکلی بیانی، تخیلی، نمادین و یا در قالب تجسم سازی‌های ذهنی از طریق بازی ابراز می‌گردد، توان بیانی از حالت بلوک‌شدگی خارج شده و از مشکلات یادگیری کاسته می‌گردد (اکتس و کارابولات، ۲۰۱۹).

از دیگر یافته‌های تحقیق حاضر، بهبود درماندگی در نتیجه بازی‌درمانی گروهی است. این یافته با نتایج به‌دست آمده از مطالعه ساندی (۲۰۱۶) همسو است. در تبیین یافته فوق می‌توان چنین بیان نمود که براساس رویکرد آکسلاین (۲۰۰۶)، بازی‌درمانی گروهی باعث به‌وجود آمدن ارتباط بین دو تکنیک (بازی‌درمانی و گروه‌درمانی) می‌شود. بازی‌درمانی، فرایند روان‌شناختی و اجتماعی است که از طریق آن هرکدام از کودکان می‌آموزند که چگونه با کودکان دیگر در اتاق بازی کنند و مهم‌ترین مسئله این است که به آنان حل مسئله را یاد می‌دهند. هدف اصلی هم در بازی‌درمانی این است که کودک را بدون در نظر گرفتن ویژگی‌های وی مورد پذیرش قرار داد و به کودک در یادگیری، خوداجتنابی و به‌دست آوردن حس مسؤولیت و افزایش اعتمادبه‌نفس کمک کرد. همچنین، با استفاده از شیوه آکسلاین (۲۰۰۶)، این فرصت در اختیار کودکان قرار می‌گیرد تا احساساتی که اجازه بیان آن‌ها را در محیط‌های دیگر ندارند، بدون ترس از پیامدهای آن‌ها ابراز نمایند و همچنین از طریق ایفای نقش، احساسات خود را بهتر کنترل کنند. در نتیجه، این فرایندهاست که فرد اعتمادبه‌نفس از دست‌رفته خود را پس می‌گیرد و با اعتمادبه‌نفس بیشتری نسبت به اعمال خود و رفتار خود و با دید مثبت به آن‌ها می‌نگرد و در نهایت، باعث می‌شود که حس

تیم خانواده درمانی تشکیل شود و تأثیرات آن بر درمان کودکان مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- بنیسی، پ. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش راهبردهای خودتنظیمی بر تاب‌آوری و سازگاری دانش‌آموزان با اختلال یادگیری. نشریه توانمندسازی کودکان استثنائی. ۱۰(۱)، ۱۱۵-۱۰۷.
- حاجلو، ن.، و رضایی‌شریف، ع. (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه مشکلات یادگیری کلرادو. مجله ناتوانی‌های یادگیری. ۱(۱)، ۴۳-۲۴.
- سادوک، ب. ج.، سادوک، و.، و روئیز، پ. (۱۳۹۵). کاپلان و سادوک. خلاصه روان‌پزشکی (علوم رفتاری، روان‌پزشکی بالینی). جلد سوم، ترجمه فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۱۵).
- عمادی، ر.، و مظفری‌مکی‌آبادی، م. (۱۳۹۵). بررسی تأثیر آموزش چندرسانه‌ای سبک تبیین بر درماندگی و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان با ناتوانی‌های یادگیری. مجله ناتوانی‌های یادگیری. ۳(۳)، ۱۶۱-۱۴۵.
- قائدی، ف.، شبانکاره، ا.، و برزگرمقدم، م. (۱۳۹۵). تمایز‌یافتگی و تفکر ارجاعی: نقش واسطه‌ای درماندگی آموخته‌شده. شناخت اجتماعی. ۱(۱)، ۵۱-۳۵.
- محمدی، م.، جزایری، ع.، ر.، رفیعی، ا. ح.، جوکار، ب.، و پورشهباز، ع. (۱۳۸۶). بررسی عوامل تاب‌آور در افراد در معرض خطر سوءمصرف مواد مخدر. پژوهش‌های نوین روان‌شناختی. ۱(۳-۲)، ۲۲۴-۲۰۳.
- مشهدی، ع.، قاسم‌پور، ع. ا.، اکبری، ا.، ایل‌بیگی، ر.، و حسن‌زاده، ش. (۱۳۹۲). نقش حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجانی در پیش‌بینی اختلال اضطراب اجتماعی دانشجویان. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی. ۱۴(۲)، ۹۹-۸۹.
- میرنسب، م.، و قره‌آغاجی، س. (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای جهت‌گیری هدف و درماندگی آموخته‌شده در رابطه بین نظریه‌های ضمنی هوش و پیشرفت تحصیلی. فصل‌نامه آموزش پژوهی. ۱(۱)، ۱۳-۱.
- نریمانی، م.، پرزور، پ.، و بشرپور، س. (۱۳۹۴). مقایسه حساسیت بی‌فردی و تعادل عاطفی در دانش‌آموزان با و بدون اختلال یادگیری خاص. مجله ناتوانی‌های یادگیری. ۱(۱)، ۱۴۱-۱۲۵.
- نریمانی، م.، و شربتی، ا. ق. (۱۳۹۴). مقایسه حساسیت اضطرابی و عملکرد شناختی در دانش‌آموزان با و بدون نارسانوسی. مجله ناتوانی یادگیری. ۴(۴)، ۱۰۰-۸۵.

را به کار می‌گیرد و توان کنار آمدن با شرایط دشوار در وی افزایش می‌یابد (براتون و دافوئه، ۲۰۱۶). همچنین براساس رویکرد مذکور در طول برنامه آموزشی از مهارت‌های شناخت احساس مثبت و منفی، لزوم بیان تجارب هیجانی به شیوه صحیح و ثبت هیجان‌های مختلف به منظور افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌شود. نتیجه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، امری نیست جز افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و آن‌چه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است و این تجربه در زمان حال، توانایی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری را در پاسخ‌های سازگارانه و تاب‌آور به رویدادهای زندگی در حضور افکار و احساسات تهدیدکننده که منجر به انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و نبود تاب‌آوری آن‌ها در برخورد با مشکلات است، افزایش می‌دهد (هوشینا و همکاران، ۲۰۱۷).

براساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که بازی‌درمانی گروهی، یکی از مؤثرترین روش‌ها برای حل مسائل هیجانی و بین‌فردی، درماندگی و افزایش توان تاب‌آوری در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری می‌باشد. بنابراین، این روش درمانی برای کمک به مسائل کودکان مبتلا به اختلال یادگیری به متخصصان کودک و درمانگران توصیه می‌گردد.

از طرف دیگر، این روش درمانی می‌تواند به معلمان در جهت بهبود کیفیت آموزش و در نتیجه، بهبود عملکرد تحصیلی کمک کند. از جمله محدودیت‌های حاضر، این است که این پژوهش در مورد دانش‌آموزان سنین ۹ تا ۱۱ است، به این دلیل تعمیم به سایر گروه‌ها و سایر مناطق باید با احتیاط صورت گیرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های آتی از دیگر دانش‌آموزان در سایر گروه‌های سنی و مقاطع تحصیلی و نیز سایر شهرها استفاده شود. همچنین در پژوهش‌های آتی از کودکان مبتلا به اختلال یادگیری همراه با سایر اختلال‌ها (مانند اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه) استفاده شود و نتایج با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه گردد. با توجه به تأثیر برنامه آموزشی بازی‌درمانی در کاهش مشکلات روان‌شناختی کودکان با اختلال یادگیری، به کلیه روان‌شناسان، روان‌پزشکان و متخصصان مربوطه، پیشنهاد می‌گردد که از این برنامه به‌عنوان روش درمانی انتخابی در مراکز روان‌درمانی استفاده نمایند و نیز در کنار درمان،

Dovgan, K., Mazurek, M. O., & Hansen, J. (2019). Measurement invariance of the child behavior checklist in children with autism spectrum disorder with and without intellectual disability: Follow-up study. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 58(2), 19-29.

Elmer, G. I., Palacorolla, H., Mayo, C. L., Brown, P. L., Jhou, T. C., Brady, D., & Shepard, P. D. (2019). The rostromedial tegmental nucleus modulates the development of stress-induced helpless behavior. *Behavioural Brain Research*. 359(3), 950-957.

Fijuroa, R. A. (2016). The diagnosis of LD in English learner. *Journal of Learning Disabilities*. 39(3), 206-209.

Floyd, F. J., & Olsen, D. L. (2017). Family-peer linkages for children with intellectual disability and children with learning disabilities. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 52(5), 203-211.

Floyd, M., Garfield, A., & Marcus, T. (2005). Anxiety sensitivity and worry. *Personality and Individual Differences*. 38(5), 1223-29.

Giuliani, F., & Jacquemettaz, M. (2017). Animal-assisted therapy used for anxiety disorders in patients with learning disabilities: An observational study. *European Journal of Integrative Medicine*. 14(6), 13-19.

Green, J. L. (2018). Peer support systems and professional identity of student nurses undertaking a UK learning disability nursing programme. *Nurse Education in Practice*. 30(3), 56-61.

Haft, S. L., Myers, C. A., & Hoeft, F. (2016). Socio-emotional and cognitive resilience in children with reading disabilities. *Current Opinion in Behavioral Sciences*. 10(4), 133-141.

Heyder, A., & Brunner, M. (2018). Teachers' aptitude beliefs as a predictor of helplessness in low-achieving students: Commonalities and differences between academic domains. *Learning and Individual Differences*. 62(2), 118-127.

Hoshina, A., Horie, R., Giannopulu, I., & Sugaya, M. (2017). Measurement of the effect of digital play therapy using biological information. *Procedia Computer Science*. 112(15), 1570-79.

Jafar, B., Michael, J. Z., Charles, P. B., Anka, A. V., Renee, G., & Norman, B. S. (2014). The role of anxiety sensitivity in the relationship between emotional non acceptance and panic,

نظری، م. ع.، و زمانی اصل، م. (۱۳۹۳). تأثیر درمان‌دگی آموخته‌شده بر سوگیری حافظه آشکار افراد خیره و مبتدی. *تازه‌های علوم‌شناختی*، ۱۶(۴)، ۲۱-۱۲.

References

Afeli, A. S. (2019). Academic accommodation strategies for pharmacy students with learning disabilities: What else can be done? *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*. 11(8), 751-756.

Aguiar, A. L., Aguiar, C., Cadima, J., Correia, N., & Fialho, M. (2019). Classroom quality and children's social skills and problem behaviors: Dosage and disability status as moderators. *Early Childhood Research Quarterly*. 49(4), 81-92.

Ahloy-Dallaire, J., Espinosa, J., & Mason, G. (2018). Play and optimal welfare: Does play indicate the presence of positive affective states? *Behavioral Processes*. 156(11), 3-15.

Aktaş, Y. Y., & Karabulut, N. (2019). The use of cold therapy, music therapy and lidocaine spray for reducing pain and anxiety following chest tube removal. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 34(1), 179-184.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: APA.

Barnes, L. L. (2016). Children with learning disabilities with in the family context. *Personality and Individual Differences*. 30(6), 1311-27.

Bartik, K., & Toruner, E. K. (2018). Effectiveness of a preoperative preparation program on children's emotional states and parental anxiety. *Journal of Peri Anesthesia Nursing*. 33(6), 972-980.

Bratton, S. C., & Dafoe, E. C. (2016). *Play Therapy*. Encyclopedia of Mental Health (Second Edition).

Chambrier, A. F., & Zesiger, P. (2018). Is a fact retrieval deficit the main characteristic of children with mathematical learning disabilities? *Acta Psychologica*. 190(9), 95-102.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 18(2), 76-82.

- with learning disabled preadolescents exhibiting behavior problems. *International Journal of Play Therapy*. 12(2), 7-29.
- Peck-Murray, J. A. (2015). Utilizing everyday items in play to facilitate hand therapy for pediatric patients. *Journal of Hand Therapy*. 28(2), 228-232.
- Quinless, F. W., & Nelson, M. A. (1988). Development of a measure of learned helplessness. *Nursing Research*. 37(1), 11-15.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy*. 24(1), 241-248.
- Sandy, P. T. (2016). The use of observation on patients who self-harm: Lessons from a learning disability service. *Health SA Gesondheid*. 21(1), 253-260.
- Sattler, K., & Gershoff, E. (2019). Thresholds of resilience and within- and cross-domain academic achievement among children in poverty. *Early Childhood Research Quarterly*. 46(1), 87-96.
- Seligman, M. (1985). Handicapped children and their families. *Journal of Counseling and Development*. 64(4), 274-277.
- Shaw, S. C. K. (2018). Learned helplessness in doctors with dyslexia: Time for a change in discourse? *Nurse Education in Practice*. 32(5), 99-100.
- Stulmaker, H. L., & Ray, D. C. (2015). Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Children and Youth Services Review*. 57(10), 127-133.
- Tolin, D. F. (2019). Inhibitory learning for anxiety-related disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*. 26(1), 225-236.
- Willcutt, E. G., Boada, R., Riddle, M. W., Chhabildas, N., DeFries, J. C., & Pennington, B. F. (2011). Colorado learning difficulties questionnaire: Validation of a parent-report screening measure. *Psychological Assessment*. 23(3), 778-791.
- Woodard, C. R., & Chung, J. (2018). Feasibility of a play-based intervention set for toddlers with autism. *Research in Developmental Disabilities*. 80(9), 24-34.
- social anxiety, and depressive symptoms among treatment seeking daily smokers. *International Journal of Cognitive Therapy*. 7(2), 175-191.
- Landreth, G. (2009). Therapeutic use of peroxisome proliferator-activated receptors (PPAR) gamma agonists in the treatment of Alzheimer's disease. *European Neuropsychopharmacology*. 19(3), 195-196.
- Landry, N., Gifford, R., Milfont, T. L., Weeks, A., & Arnocky, S. (2018). Learned helplessness moderates the relationship between environmental concern and behavior. *Journal of Environmental Psychology*. 55(1), 18-22.
- Li, L., Liu, Z., & Cheng, Q. (2019). Exosome plays an important role in the development of hepatocellular carcinoma. *Pathology-Research and Practice*. 215(8), 73-81.
- Lou, Y., Taylor, E. P., & Di Folco, S. (2018). Resilience and resilience factors in children in residential care: A systematic review. *Children and Youth Services Review*. 89, 83-92.
- Mannino, J. E. (2015). Resilience and transitioning to adulthood among emerging adults with disabilities. *Journal of Pediatric Nursing*. 30(5), 131-145.
- Matteucci, M. C., Scalone, L., Tomasetto, C., Cavrini, G., & Selleri, P. (2019). Health-related quality of life and psychological wellbeing of children with specific learning disorders and their mothers. *Research in Developmental Disabilities*. 87(1), 43-53.
- Mrazik, M., Naidu, D., Borza, C., Kobitowich, T., & Shergill, S. (2019). King Devick computerized neurocognitive test scores in professional football players with learning and attentional disabilities. *Journal of the Neurological Sciences*. 399(4), 140-143.
- Mu, G. M., Hu, Y., & Wang, Y. (2017). Building resilience of students with disabilities in China: The role of inclusive education teachers. *Teaching and Teacher Education*. 67(7), 125-134.
- Ojiambo, D. (2011). *Effectiveness of group activity play therapy on internalizing and externalizing behavior problems of preadolescent orphans in Uganda*. From: <https://digital.library.unt.edu/ark>.
- Packman, J., & Bratton, S. C. A. (2003). School-based group play/activity therapy intervention

Effectiveness of group play therapy techniques on anxiety sensitivity, helplessness and resiliency in students with Learning Disabilities

Najme Abbaszadeh¹

Yousef Dehghani^{2*}

Seyed Mousa Golestaneh³

Abstract

The aim of this study was to investigate of the effectiveness of group play therapy techniques on anxiety sensitivity, helplessness and resiliency in students with learning disabilities (LD). This study was semi-experimental with pre-test, post-test and follow-up design with a control group. The statistical population consisted of 253 students with learning disabilities who had been referred to the Center for Learning Disabilities of Boushehr Province's Department of Education in 2018-2019 academic year. From among them, 40 students who had required attributed based on Colorado Learning Difficulties Questionnaire (CLDQ), Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC), 5th Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), were selected and assigned to experiment and control group (each group consisting of 20 students). The measurement tools were Anxiety Sensitivity Questionnaire (1986), Learned Helplessness Questionnaire (1988) and Connor-Davidson Resiliency Scale (2003). The experiment group received 12 sessions (45 minutes each) of group training. For statistical data analysis, mixed variance analysis with repeated measures design was used. Findings showed that group play therapy techniques have a significant effect on anxiety sensitivity, helplessness and resiliency and this effect remains unchanged in the two-month follow-up phase ($P < 0.05$). Finally, we may conclude that group play therapy techniques, as an effective and functional intervention, could be used to improve anxiety sensitivity, helplessness and resiliency of students with LD.

Keywords: Group play therapy, resiliency, helplessness, learning disabilities

1. M.A. in Educational Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Persian Gulf University, Bushehr, Iran

*2. **Corresponding author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Persian Gulf University, Bushehr, Iran

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Persian Gulf University, Bushehr, Iran

