اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری بر توجه، خودکارآمدی و تعلل ورزی تحصیلی در دانش آموزان ابتدایی با اختلال یادگیری

علیرضا قنبری[۱]، فاطمه خوئینی[۲]، زهره موسی زاده[۳]

تاریخ دریافت : ۱۴۰۴/۰۱/۱۵ تجدید نظر :۱۴۰۴/۰۳/۲۶
پذیرش نهایی : ۱۴۰۴/۰۶/۰۵

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری بر توجه، خودکارآمدی و تعلل ورزی تحصیلی در دانش آموزان ابتدایی با اختلال یادگیری بود. **روش:** روش پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر گردآوری داده‌ها از نوع نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون، با گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل دانش آموزان با اختلالات یادگیری ۱۰ تا ۱۲ سال (دوره دوم ابتدایی) مراجعه کننده در بازه زمانی سال تحصیلی ۱۴۰۱- ۱۴۰۲ به مراکز اختلالات یادگیری دولتی شهرستان های غرب استان تهران شامل ۱۱ مرکز بودند که از بین آنها ۳۰ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند و به شیوه تصادفی در یک گروه آزمایش (۱۵نفر) و گروه کنترل (۱۵نفر) گمارده شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌های مشکلات یادگیری کلورادو (CLDQ)، اختلال نقص توجه جردن، خودکارآمدی تحصیلی خودکارآمدی کودکان لد و ویلر (Ladd & wheeler) و تعلل ورزی تحصیلی سواری(۱۳۹۰) بود. تجزیه و تحلیل فرضیات نیز با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و نرم افزار SPSS انجام شد. **یافته‌ها**: نتایج پژوهش نشان داد که بازی درمانی شناختی-رفتاری در دانش آموزان با اختلال یادگیری منجر به بهبود توجه و افزایش خودکارآمدی و همچنین موجب کاهش تعلل ورزی تحصیلی می شود. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج این پژوهش، می‌توان گفت بازی درمانی شناختی-رفتاری یک رویکرد درمانی است که از بازی به عنوان ابزاری برای کمک به کودکان دارای اختلال یادگیری در درک و تغییر افکار و رفتارهایشان استفاده می‌کند.

کلمات کلیدی: *آموزش تنظیم هیجان، توجه، خودکارآمدی، تعلل ورزی تحصیلی، اختلال یادگیری.*

۱. دانشجوی دکتری روان شناسی تربیتی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران dr.alireza.tea@gmail.com.

۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد فیروزکوه، دانشگاه آزاد اسلامی، فیروزکوه، ایران(نویسنده مسئول)
fa.khoyeeni@yahoo.com.

۳. دانشیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه امام صادق، تهران، ایران.
moosazadeh@isu.ac.ir

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy on Attention, Self-efficacy, and Academic Procrastination in Elementary School Students with Learning Disabilities

Alireza Ghanbari[1], Fatemeh Khooeini[2], Zohreh Mousazadeh[3]

Received: 2025/04/04 Revised: 2025/06/16
Accepted: 2025/08/27

Abstract

Objective: This study aimed to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on attention, self-efficacy, and academic procrastination in elementary school students with learning disabilities.**Methods:** The present applied research employed a quasi-experimental design with pre-test, post-test, a control group, and a two-month follow-up. The statistical population consisted of 10-12 year-old students (upper elementary level) with learning disabilities, who were referred to 11 public learning disability centers in the western counties of Tehran during the 2022-2023 academic year. From this population, 30 individuals were selected as the statistical sample and randomly assigned to an experimental group (n=15) and a control group (n=15). Data collection tools included the Colorado Learning Difficulties Questionnaire (CLDQ), Jordan Attention Deficit Disorder Scale, Ladd and Wheeler Children's Academic Self-Efficacy Questionnaire, and Savari Academic Procrastination Questionnaire (2011). Data analysis was performed using the analysis of covariance (ANCOVA) and SPSS software. **Results:** The findings indicated that cognitive-behavioral play therapy significantly improved attention and self-efficacy while reducing academic procrastination in students with learning disabilities. **Conclusion:** It can be concluded that cognitive-behavioral play therapy is an effective therapeutic approach that utilizes play as a tool to help children with learning disabilities understand and modify their thoughts and behaviors .

Keywords: *Emotion regulation training, Attention, Self-efficacy, Academic procrastination, Learning disability.*

1. Ph.D. student in Educational Psychology, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. dr.alireza.tea@gmail.com
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Firuzkuh Branch, Islamic Azad University, Firuzkuh, Iran (Corresponding Author). fa.khoyeeni@yahoo.com
3. Associate Professor, Department of Educational Sciences, Imam Sadegh University, Tehran, Iran. moosazadeh@isu.ac.ir

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.52547/joec.25.2.83]

مقدمه

نقش یادگیری در رشد ذهنی و شناخت آدمی روز به روز بیشتر مورد توجه متخصصان قرار گرفته تا جایی که حضور فعال و بقاء فرد در جامعه بدون یادگیری تقریبا غیر ممکن است (رستمی و همکاران، ۱۳۹۸). پژوهش‌ها اکنون بیشتر بر کودکانی که چالش‌هایی در یادگیری فعالیت‌های آموزشگاهی دارند، متمرکز شده-اند. والدین، مربیان و پژوهشگران از همان اوایل دوره کودکی و پیش دبستانی شاهد سردرگمی برخی از کودکان و دانش آموزان در یادگیری هستند که به عنوان تکلیف به آنها داده می‌شود، به این جهت، حوزه اختلال یادگیری موقعیتی ویژه دارد (دی گروت[1] و همکاران، ۲۰۱۷). در[2] DSM-5 اختلال یادگیری به اختلال یادگیری خاص تغییر نام داده سده است (انجمن روانشناسی آمریکا[3]، ۲۰۱۳). معمولا دانش-آموزان با اختلال یادگیری خاص از هوش نرمال یا بالاتر برخوردارند، ولی در شرایط تقریبا یکسان آموزشی نسبت به دانش‌آموزان دیگر عملکرد تحصیلی ضعیف‌تری نشان می‌دهند و علیرغم قرار داشتن در محیط آموزشی مناسب و نیز فقدان ضایعات بیولوژیک بارز و عدم مشکلات اجتماعی و روانی حاد، با داشتن هوش متوسط قادر به یادگیری در زمینه‌های خاصی (خواندن، نوشتن و محاسبه) نمی باشند (کاراند، ماهاجان وکالکارنی[4]، ۲۰۲۲). شیوع اختلال یادگیری طبق گزارش شورای ملی مشورتی کودکان ناتوان(معلول) از یک تا سه درصد کودکان مدرسه گزارش شده و طبق گزارش همین کمیته تعداد کودکانی که به عنوان ناتوانی یادگیری شناخته شده اند از سال ۱۹۷۶ به دو برابر رسیده است و در سال های ۱۹۸۵ و ۱۹۸۶ حدود ۳/۴ درصد رسیده اند (پور علی و کرمانی، ۱۳۹۴).

در دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری، نقص توجه یکی از مهم‌ترین مسائلی است که باید مورد توجه قرار گیرد. توجه به توانایی انتخاب بین محرک-های مربوط و نامربوط به منظور اطمینان از اینکه فرد با محیط خود در تعامل است و می تواند به توجه انتخابی، پایدار، متناوب تقسیم شود. مشخص شده است که در میان سایر عملکرد ها، توجه و کارکردهای اجرایی در هر زمان اطلاعات را پردازش می‌کنند و در نتیجه تغییرات در این آیتم، بیش از آیتم‌های دیگر یادگیری کودک را تحت تاثیر قرار می‌دهد (لیما، آزونی و سیاسکا[5]، ۲۰۱۱). در مطالعاتی که توسط لندر و ویلبرگ[6] (۲۰۱۰) صورت گرفت نشان داده شد که توجه کودکان دارای اختلال یادگیری نارساخوانی نسبت به کودکان عادی ضعیف‌تر است.

در دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری، متغیرهای شخصیتی و انگیزشی نقش مهمی در پیشرفت تحصیلی و مقابله با چالش‌های آموزشی ایفا می‌کنند. یکی از این متغیرهای کلیدی که کمتر به آن توجه شده، خودکارآمدی است که به عنوان یکی از ابعاد «خود» در نظریه شناختی اجتماعی بندورا[7] اشاره دارد و مربوط به قضاوت افراد درباره توانایی آنها در انجام یک کار یا انطباق با یک موقعیت خاص می‌باشد (گولیتی[8]، ۲۰۰۷). تحقیقات نشان داده است که باورهای خودکارآمدی بالا، بدون توجه به حوزه خاص، با پیامدهای موفقیت‌آمیز مرتبط است (مارتینز و همکاران، ۲۰۱۰؛ ونزاندرت، فرگوسن، شیفمن و انگلز، ۲۰۱۰).

در دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری،چالش‌های تحصیلی و رفتاری متعددی مشاهده می‌شود که می‌توانند عملکرد تحصیلی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهند. یکی از این چالش‌ها تعلل‌ورزی تحصیلی است که به‌عنوان یک رفتار رایج در بین دانش‌آموزان شناخته می‌شود. تعلل‌ورزی تحصیلی، متداول‌ترین شکل تعلل‌ورزی است (پورعبدل و همکاران، ۱۳۹۸). بالکیس و دورو (۲۰۰۹) تعلل‌ورزی تحصیلی را گرایشی غیرمنطقی در به تأخیر انداختن شروع یا اتمام تکالیف درسی می‌دانند (خرمائی و زابلی، ۱۳۹۷). روساریو و همکاران (۲۰۰۹) نیز اظهار

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.52547/joec.25.2.83]

کرده‌اند که اگرچه تعلل‌ورزی می‌تواند در فعالیت‌های مختلف زندگی رخ دهد، اما در انجام تکالیف درسی فراوانی بیشتری دارد (پورعبدل، صبحی قراملکی، بسطامی و غضنفری، ۱۳۹۵).

امروزه در میان انواع گوناگون روش‌های درمانی و آموزشی برای دانش‌آموزان با اختلال یادگیری، روش بازی درمانی به لحاظ برخورداری از برخی ویژگی‌ها شامل جنبه‌های جذاب و آموزشی و قابلیت اجرای آسان، جایگاه ویژه‌ای دارد. جذابیت بازی برای کودکان موجب می‌شود تا نسبت به انجام آن علاقه نشان دهند و در فعالیت‌های بازی درمانی که با هدف آموزش و یادگیری طراحی شده است، مشتاقانه شرکت کنند (فلچر[9] و همکاران، ۲۰۱۸). بازی برای کودک این امکان را فراهم می‌کند تا احساسات، افکار، تجربیات و تمایلاتی که برای او تهدیدکننده است را برون ریزی کند. همچنین بازی درمانی بخاطر نقش زبان غیرکلامی و کلامی و برای بروز هیجانات، می‌تواند مشکلات روانی کودک را کاهش دهد (لندرس[10] و همکاران، ۲۰۰۹؛ اهرمی و همکاران، ۲۰۱۱). کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری به دلیل پایین بودن سطح تفکر انتزاعی، قادر به بیان هیجانات خود نیستند، سرکوب و عدم مهارت در بیان احساسات به ویژه از نوع منفی آن بهداشت روانی کودک را به مخاطره می‌اندازد، باعث ایجاد اضطراب، عدم توجه، خودکارآمدی پایین، عدم اعتماد به نفس و تنیدگی روانشناختی شده و از عواطف مثبت و سازگاری فرد می‌کاهد (هاشمی، صدیق و حاجی‌علیزاده، ۱۳۹۶). در این راستا، در بازی درمانی شناختی- رفتاری، تأکید فراوانی بر درگیری کودک در فرایند درمان نسبت به سایر درمان‌ها برای کودکان کم سن وجود دارد. بازی درمانی شناختی- رفتاری کودک را از طریق بازی، با درمان درگیر می‌کند (پن[11] و همکاران، ۲۰۱۹). این نوع بازی درمانی ترکیبی از تکنیک‌های سنتی بازی درمانی با تکنیک‌های رفتاری- شناختی است. مشخص شده است که بازی درمانی شناختی رفتاری، درمانی مؤثر برای کودکان دارای مشکل در طلاق والدین، اضطراب، بدرفتاری جنسی می باشد (جانگ[12] و همکاران، ۲۰۲۱).

تأثیر بازی‌درمانی شناختی-رفتاری در مطالعات مختلف بر متغیرهای مورد نظر در پژوهش حاضر بررسی شده است. به‌طور خاص، پژوهش تقی‌زاده هیر، آقاجانی و خوش‌سرور (۱۴۰۱) که نشان دادند بازی‌درمانی شناختی-رفتاری تأثیر معناداری بر بهبود برنامه‌ریزی و توجه دانش‌آموزان دارد. علاوه بر این، پژوهش عینی و هاشمی (۱۴۰۱) که نشان دادند بازی‌درمانی شناختی-رفتاری تأثیر معناداری بر افزایش خودکارآمدی تحصیلی و کاهش تعلل‌ورزی تصمیم‌گیری داشته است. همچنین، روزنتال و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش خود نشان دادند که بازی‌درمانی شناختی-رفتاری، برای دانش‌آموزان ابتدایی که از مشکلات ناشی از اهمال‌کاری تحصیلی رنج می‌برند مفید است. فاطمه (۱۳۹۶) نیز در پژوهشی نشان داد که بازی درمانی باعث افزایش توانایی یادگیری و خودکارآمدی در کودکان شهر اهواز شد. هاشمی، صدیق و حاجی‌علیزاده (۱۳۹۶) نیز در پژوهشی نشان دادند بازی‌درمانی بر افزایش توجه، انعطاف‌پذیری و بازداری کودکان دارای اختلال یادگیری مؤثر بوده است. بیگدلو، پزشک و علیزاده (۱۳۹۵) در مطالعه ای نشان دادند درمان شناختی رفتاری بر افزایش توجه و کاهش اضطراب دانش آموزان مبتلا به اختلال یادگیری موثر است. همچنین احتشام و تبیاری (۱۳۹۵) در مطالعه ای نشان دادند که بازی درمانی در بهبود باورهای خودکارآمدی و مهارتهای ارتباطی دانش آموزان موثر بوده است.

به طور کلی بازی درمانی شناختی رفتاری با کمک به کودکان در بررسی آنچه می‌خواهند و می‌توانند در زندگی خود کنترل کنند به آنها این امکان را می‌دهد در مورد انتخاب‌های خود فکر کرده و آنها را ارزیابی کنند. ارزیابی آنچه آنها انجام می‌دهند و برنامه ریزی برای تصمیمات آینده می‌تواند دنیای کیفی کودکان را

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]
[DOI: 10.52547/joec.25.2.83]

بهبود بخشد و بر رفتار کلی آنها تـأثیر مثبـت بگـذارد (کاداسون[13]، ۲۰۲۰؛ وابولدینگ و اسـتوتی[14]، ۲۰۱۸). بنابراین بـا توجـه بـه اینکـه اخـتلال یـادگیری باعـث اختلال عملکرد فرد در مهارت‌های تحصیلی می‌شود و می‌تواند عملکرد او را از حد متوسط مورد انتظار بـرای سن او پایین‌تر بیاورد و از طرفی یافته‌هـای تحقیقـات مذکور حاکی از آن است که نقص توجه، خودکارآمدی پـایین و همچنـین تعلـل ورزی تحصـیلی از مسـائل اساسی دانـش‌آمـوزان دارای اخـتلال یـادگیری اسـت. بنابراین یـافتن راه‌حلـی جهـت کـاهش یـا رفـع ایـن مشکلات از اهمیت خاصی برخودار است و با استناد به بررسی‌های که توسط محقق صـورت گرفتـه اسـت در کشور ایران تاکنون پژوهشی که آموزش بازی درمـانی شناختی رفتاری را بر تمام متغیرهـای مـذکور بـا هـم مـورد بررسـی قـرار داده باشـد، انجـام نشـده اسـت. بنابراین، پژوهش حاضر به دنبال پاسـخگویی بـه ایـن سؤال است که آموزش بازی درمانی شـناختی رفتـاری چـه تـأثیری بـر توجـه، خودکارآمـدی و تعلـل‌ورزی تحصیلی در دانش آموزان با اختلال یادگیری دارد؟

روش تحقیق

روش پژوهش حاضر از نظر هـدف کـاربردی و از نظـر گردآوری داده‌ها از نوع نیمـه آزمایشـی از نـوع پـیش آزمون- پس آزمون، با گروه گـواه و پیگیـری دو ماهـه بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل دانش آمـوزان بـا اخـتلالات یـادگیری ۱۰ تـا ۱۲ سـال (دوره دوم ابتدایی) مراجعه کننده در بازه زمـانی سـال تحصـیلی ۱۴۰۱- ۱۴۰۲ به مراکـز اخـتلالات یـادگیری دولتـی شهرستان‌های غـرب اسـتان تهـران شـامل ۱۱ مرکـز بودند.

روش نمونه گیـری پـژوهش حاضـر در دو مرحلـه انجام شد: الف- مرحله شناسایی: نمونه گیری پژوهش حاضر به شیوه در دسترس انجام گرفت. بدین صـورت که بـر اسـاس اسـتعلام از ۲۱ مرکـز جـامع سـنجش، آموزش، توانبخشی و مداخله بهنگـام رشـدی-تربیتـی دولتی شهرستان هـای غـرب اسـتان تهـران تعـدادی دانش آموز با احتمـال داشـتن ویژگـی هـای اخـتلال یادگیری شناسایی گردید. در گام بعـدی از ۲۱ مرکـز اختلال یادگیری، شش مرکز و از هر مرکـز تعـداد ۲۵ دانـش آمـوز بـه صـورت در دسـترس، پرسشـنامه ی مشـکلات یـادگیری کلـورادو (CLDQ) را تکمیـل نمودند. ب- مرحله انتخاب نمونه آزمون فرضیه هـا: در مرحله بعد ۶۱ نفـر از دانـش آمـوزانی کـه بـر اسـاس پرسشنامه مذکور بیشترین نمـره را دریافـت کردنـد و دارای سابقه ویژگی های اختلال یادگیری (بـر اسـاس گزارش مراکز اختلال یـادگیری و پرونـده ی تربیتـی) بودند، به عنوان نمونه ی اولیه انتخاب شدند. سپس به منظور انتخاب نهایی دانش آموزان، والدین آنهـا تحـت مصاحبه تشخیصـی توسـط محقـق قـرار گرفـت و در نهایـت ۳۰ نفـر از دانـش آمـوزانی کـه در آنهـا علائـم اختلال یادگیری بر اساس مصاحبه تائید شد، به عنوان نمونه اصلی پژوهش انتخـاب شـدند. آزمـودنی هـا بـه صورت تصادفی در یک گروه آزمایش (۱۵نفر) و گروه کنترل (۱۵نفر) گمارده شدند. لازم به ذکـر اسـت کـه جـایگزینی تصـادفی افـراد در گـروه هـا و جـایگزینی تصادفی درمان برای گروه نمونه رعایت شد. همچنـین ملاک های ورود به مطالعـه عبارتنـد بودنـد از: مقطـع دوم ابتـدایی (دانـش آمـوزان ۱۰-۱۲ سـال)، داشـتن هوش نرمال، نداشتن بیماری های جسمی و در زمـان ورود به برنامه ۶ ماه از تشخیص اختلال گذشته باشـد. علاوه بر معیارهای ورود، ملاک هایی نیز بـرای خـروج نمونه ها از پژوهش در نظر گرفتـه شـد کـه از جملـه شامل: خستگی در جلسـات آموزشـی، عـدم همکـاری والدین دانش آموزان، ابتلا به اختلالات دیگر از جملـه (اختلال شخصیت مرزی، اختلال سایکوتیک) و غیبـت بیش از دو جلسه از جلسات آموزش بود.

ابـزار گـردآوری اطلاعـات شـامل پرسشـنامه‌هـای مشکلات یادگیری کلورادو (CLDQ)[15] ، اختلال نقـص توجه جـردن، خودکارآمـدی تحصـیلی کودکـان لـد و ویلر[16] و تعلل ورزی تحصیلی سواری(۱۳۹۰) بود.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.52547/joec.25.2.83]

مشکلات یادگیری کلورادو (CLDQ): این پرسشنامه توسط ویلکات[۱۷] و همکاران (۲۰۱۱) در ۲۰ آیتم تهیه شده و مشکلات یادگیری را متشکل از پنج عامل اساسی خواندن، حساب کردن، شناخت اجتماعی، اضطراب اجتماعی و عملکردهای فضایی می داند، و توسط والدین دانش آموزان تکمیل می شود. پاسخ به هر عبارت در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای از اصلاً (۱) تا همیشه (۵) می باشد. اعتبار این پرسشنامه و مؤلفه های آن، توسط سازندگان پرسشنامه با روش های همسانی درونی و بازآزمایی بررسی شده و مقادیر قابل قبولی را بدست داده است (ویلکات و همکاران، 2011). روایی تفکیکی و سازه پرسشنامه مذکور در حد مطلوب گزارش شده است. همچنین روایی همگرای مؤلفه های این پرسشنامه با پرسشنامه های پیشرفت تحصیلی استاندارد به این ترتیب گزارش شده است: خواندن ۰/۶۴، ریاضی ۰/۴۴؛ شناخت اجتماعی ۰/۶۴؛ اضطراب اجتماعی ۰/۴۶ و فضایی ۰/۳۰ (ویلکات و همکاران، ۲۰۱۱). به منظور کسب اطمینان از روایی پرسشنامه روایی تفکیکی[۱۸] و سازه[۱۹] مورد بررسی قرار گرفته است. روایی محتوا در پرسشنامه مشکلات یادگیری کلورادو توسط سازندگان پرسشنامه بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است، در پژوهش حاجلو و رضایی شریف (۱۳۹۰)، نیز دقت و صراحت ترجمه از طریق ترجمه مستقیم از انگلیسی به فارسی و ترجمه معکوس از فارسی به انگلیسی مورد تایید قرار گرفت. به منظور بررسی اعتبار آن از طریق بازآزمایی، این پرسشنامه بر روی ۲۰ نفر از والدین دانش آموزان با فاصله زمانی دو هفته اجرا گردید و با استفاده از روش همبستگی پیرسون ضریب اعتبار آزمون ـ بازآزمون به دست آمد. ضریب اعتبار بازآزمایی برای کل پرسشنامه و هر یک از مؤلفه های آن از مقدار ۰/۷۰ بیشتر بوده و حاکی از قابل قبول بودن همسانی زمانی کل پرسشنامه و مؤلفه های آن می باشد.

پرسشنامه اختلال نقص توجه جردن: در این پژوهش، منظور از توجه نمره‌ای است که هر دانش‌آموز از فرم والدین «پرسشنامه اختلال نقص توجه جردن» (۱۹۹۲) به دست آورده است. این پرسشنامه شامل ۳۹ عبارت است که رفتارهای مربوط به توجه را می‌سنجد. والدین برای هر عبارت، یکی از گزینه‌های «هرگز»، «گاهی اوقات»، «بیشتر اوقات» یا «همیشه» را انتخاب می‌کنند. به این گزینه‌ها به ترتیب از ۱ تا ۴ نمره داده می‌شود و در مجموع نمره کل می‌تواند بین ۳۹ تا ۱۵۶ باشد. هرچه نمره بالاتر باشد، میزان نقص توجه بیشتر در نظر گرفته می‌شود. نمره بالاتر از ۷۰ نشان‌دهنده‌ی وجود اختلال در توجه است. این پرسشنامه از نظر علمی اعتبار و دقت خوبی دارد. میزان پایایی این ابزار نیز در این پژوهش بسیار بالا بوده و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۸ به دست آمده که نشان‌دهنده‌ی اعتمادپذیری بالای آن است.

پرسشنامه خودکارآمدی تحصیلی کودکان لد و ویلر (Ladd & wheeler): این ابزار مبتنی بر چارچوب نظریه خودکارآمدی بندورا (۱۹۷۷)، شامل ۲۲ گویه است که در دو حیطه متمایز «موقعیت های بدون تعارض» (سوالات ۱ تا ۱۲) و «موقعیتهای تعارض آمیز» (سوالات ۱۳ تا ۲۲) سازماندهی شده است. هر گویه سناریویی اجتماعی را به صورت یک گزاره ناقص (مانند: «بعضی از بچه ها می‌خواهند بازی کنند. این که از آنها بخواهید شما را هم در بازیشان شرکت دهند برایتان...) ارائه می‌کند و از آزمودنی می‌خواهد با انتخاب یکی از چهار گزینه «خیلی آسان»، «آسان»، «سخت»، یا «خیلی سخت» بر اساس مقیاس لیکرت چهاردرجه ای، میزان اطمینان به توانایی خود در مواجهه با موقعیت را ارزیابی کند. نمره گذاری به صورت بازه‌ای از ۱ (کمترین خودکارآمدی) تا ۴ (بالاترین خودکارآمدی) انجام می‌شود، به طوری که حداقل نمره کل ۲۲ و حداکثر ۸۸ است. بر این اساس، نمرات بالاتر بیانگر سطوح بالاتر خودکارآمدی اجتماعی در مدیریت تعاملات بین فردی است. از منظر روایی سازه، تحلیل عاملی اکتشافی در پژوهش

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]
[DOI: 10.52547/joec.25.2.83]

اصلی (Ladd & wheeler، ۱۹۸۲) با شاخص KMO=0.09 و آزمون بارتلت معنادار ($p<0.001$ $x^2=2421.2$)، ساختار دوعاملی ابزار را تأیید کرد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه0/87، برای زیرمقیاس موقعیت های بدون تعارض 0.78 و برای موقعیت های تعارض آمیز ۰.۸۳ محاسبه شد که نشان دهنده همسانی درونی مطلوب است. همچنین، همبستگی مثبت و معنادار تمامی گویه ها با نمره کل ($0.33\leq r\leq 0.55$) مؤید ثبات درونی ابزار است. در بافت فرهنگی ایران، پژوهش حسین چاری (۱۳۸۶) با به کارگیری روش تحلیل محتوای کیفی و نظرخواهی از متخصصان روانشناسی تربیتی، روایی محتوایی ابزار را تأیید نمود. ایشان همچنین با تکرار تحلیل عاملی، شاخص های برازش مطلوبی را برای ساختار دوعاملی گزارش کردند که همسو با یافته های اصلی است. در حوزه پایایی، علاوه بر ضریب آلفای کرونباخ، پایایی بازآزمایی با فاصله دو هفته ای در نمونه ایرانی (n=120) برابر با ۰.۸۵ محاسبه شد که حاکی از ثبات زمانی ابزار است. این پرسشنامه در مطالعات متعدد داخلی (مانند رحیمی و همکاران، ۱۳۹۵؛ نوروزی و احمدی، ۱۴۰۰)

پرسشنامه تعلل ورزی تحصیلی سواری(۱۳۹۰):

این پرسشنامه شامل ۱۲ سؤال است که سه عامل اصلی را بررسی می‌کند: اهمال کاری ناشی از خستگی جسمی-روانی (سؤالات ۱ تا ۵)، اهمال کاری ناشی از بی برنامگی (سؤالات ۶ تا ۹) و اهمال کاری ناشی از شک به توانایی ها و حواسپرتی (سؤالات ۱۰ تا ۱۲). آزمودنی ها بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج درجه ای (هرگز=۰، به ندرت=۱، بعضی اوقات=۲، بیشتر اوقات=۳، همیشه=۴) به سؤالات پاسخ می‌دهند. پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد که نشان دهنده قابلیت اعتماد بالای آن است. روایی پرسشنامه نیز از طریق همبستگی با پرسشنامه اهمال کاری تاکمن (۱۹۹۱) مورد بررسی قرار گرفت که ضریب همبستگی ۰/۳۵ با سطح معناداری ۰/۰۰۳ به دست آمد. در پژوهش سواری (۱۳۹۰)، ساختار عاملی و روایی این پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ در جامعه دانش آموزی تأیید شد.

پروتکل بازی درمانی شناختی رفتاری: پروتکل بازی درمانی شناختی رفتاری (CBPT) یک شیوه پیشنهادی برای آموزش بازی درمانی شناختی رفتاری است و به عنوان عامل مداخله استفاده می شود. این پروتکل از ۸ جلسه ۳۰ دقیقه ای بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری و به صورت دو روز در هفته برای گروه آزمایش برگزار خواهد شد و یک ماه و نیم پس از انجام مداخله، یک جلسه پیگیری جهت ارزیابی و ثبت نتایج مداخله، تشکیل گردید و پس آزمون بر روی هر دو گروه گواه و آزمایش مورد اجرا قرار گرفت.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات پروتکل بازی درمانی شناختی رفتاری (CBPT)

جلسه اول	این جلسه شامل موارد ذیل بود: - آشنایی آموزگار و کودکان با همدیگر و فعالیت های جلسات گروهی - ارائه قوانین و وظایف هر عضو - بیان احساسات کودکان از حضورشان در این برنامه در قالب یک جمله. - پرداختن به یک فعالیت مورد علاقه برای کودکان جهت ایجاد رابطه دوستی و امنیت و ترغیب کودکان برای حضور در جلسات.
جلسه دوم	- اجرای بازی مینی بسکتبال برای ایجاد شور و نشاط و تهییج کودکان و همچنین تقویت توجه دیداری. - اجرای بازی طراحی با نخ با هدف افزایش اعتماد به نفس و کاهش ترس از انتقاد دیگران جهت حضور بیشتر در اجتماع و روابط با همگنان. - آموزش دهنده سه کلمه در مورد احساسات منفی یا مثبت) را بیان می کرد و از دانش آموزان خواسته می شد در مورد آن مثال بزنند(مثلا نارحتی یا شادی). در ادامه این احساس به بحث گذاشته می شد و از کودکان خواسته می شد راه های شناسایی احساسات دیگران را بیان کنند. - اعلام تکالیف خانگی

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.52547/joec.25.2.83]

جلسه سوم	- اجرای نمایش رفتارهای اشتباه توسط آموزش دهنده و دستیار(مثلا در اعتراض به برداشتن کتاب توسط دوست، نفر دیگر دعوا و مجادله به راه می انداخت با گریه می کرد و در ادامه از کودکان خواسته می شد نظرات خود را درباره رفتارهای صحیح اجتماعی که باید در هر کدام از این موقعیت ها انجام می شد اعلام نمایند. - بازی گروهی ساختمان سازی با الگو و با تصویر سازی ذهنی. - اجرای حرکات پانتومیم و تشخیص حرکت یا رفتار انجام شده توسط کودکان. - بازی برو-بایست برو. - افزایش مهارت خودآگاهی شناخت ویژگی های جسمانی و عقلانی هر فرد، بررسی تفاوت های ظاهری کودکان از نظر ویژگی های ظاهری (مثل رنگ مو، چشم ، رنگ پوست و مانند آن) در جهت تقویت باور بی نظیر بودن افراد و افزایش اعتماد به نفس جهت برقراری ارتباط با دیگران.
جلسه چهارم	- شناسایی احساسات اصلی با تصاویر ارائه شده بر روی مقوا و تمرین آنها به کمک آموزش دهنده - اجرای حالات هیجانی توسط برخی از بچه ها به صورت پانتومیم و تشخیص آنها توسط سایر کودکان، بحث در خصوص رویدادهای اجتماعی ایجاد کننده حالات چهره و بررسی تفسیرها و اسنادها. - بازی بشین و پاشو به صورت مستقیم و معکوس. - اجرای بازی صندلی ها - تقویت و آموزش مهارتهای ارتباط کلامی و غیر کلامی مثل گوش دادن و نحوهی گفتگوی صحیح. - آموزش مهارت های ارتباطی با استفاده از روش مدل و نقش بازی کردن. مهارت هایی مثل پرسیدن سوال، مورد تحسین قرار گرفتن، نحوه ی درخواست محترمانه از دیگران، رعایت کردن حقوق دیگران خصوصا در محل زندگی، تعارف کردن و سایر رفتارهای اجتماعی - آموزش فن "خود پرسی". - اعلام تکالیف خانگی
جلسه پنجم	- اجرای حرکات آهسته، اجرای دستورات به صورت مستقیم و معکوس با مجسمه و استدلال در مورد دستورات مجسمه - بازی جملات با ارزش (در این بازی هر کدام از بچه ها از گروه بازخورد مثبت می گیرد). - بازی گروهی بدین صورت که نفر اول کلمه ای را بگوید و نفر دوم کلمه نفر اول را بیان و کلمه مناسبی بدان اضافه کند و نفر سوم دو کلمه نفر اول و دوم را بیان و خود کلمه مناسب دیگری بدان بیفزاید و بدین ترتیب پیش رود تا دوباره نفر اول کلمات را بیان و کلمه جدیدی بدان بیفزاید. - تهیه کارت های مقوایی که چند حرف به صورت ناقص بر روی آن نوشته شده است و از دانش آموز خواستن جهت کامل کردن حروف. - اعلام تکالیف خانگی.
جلسه ششم	- تکلیف عبور از ماز براساس الگوی شروع، تغییر و توقف، بیان خطاها توسط گروه به یکدیگر و چاره اندیشی گروهی برای راه حل های دیگر. - بستن چشم یکی از دانش آموزان و از همکلاسی ها خواستن تا نام او را بگویند و دانش آموز باید از صدا همکلاسیش را تشخیص دهد. - پخش فیلم خیلی کوتاه (کارتونهای تلویزیونی) برای کودکان و درخواست برای یاد آوری و بازسازی الگوهای همان رفتارها بعد از اتمام فیلم. - آموزش حل مساله بین فردی با استفاده از اجرای نمایش توسط کودکان. - آموزش ABC و تاثیر پذیری افکار و احساسات از یکدیگر. - اعلام تکالیف خانگی.
جلسه هفتم	- مرور بازی های جلسات قبل. - افزایش مهارت های خود آگاهی شامل بررسی و تقویت توانایی ها و نقاط قوت هر کودک در مقایسه با گذشته خود و با هدف تقویت احساس ارزشمندی او، پرهیز از خود گویی های منفی و سرزنش خود، استفاده از آموزش روش بازسازی شناختی ABC در تعیین تفاوت تلقین های منفی در مقایسه با خود گویی های مثبت و اثر آن در احساس کودک. - بازی چشم در چشم و بازی پیدا کردن تفاوتها. - تهیه کارت های مقوایی در ابعاد ۵۶۷ سانتیمتر طوری که یک نقطه، دندانه یا یک حرف اضافه باشد. دانش آموز باید آن قسمت اضافی را تشخیص دهد. - قرار دادن دیکته همکلاسی در اختیار دانش آموز تا آن را تصحیح نماید.
جلسه هشتم	- مرور جلسات قبل. - اجرای یک بازی جذاب به پیشنهاد کودکان. - اجرای پس آزمون.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.52547/joec.25.2.83]

در نهایت تجزیه و تحلیل فرضیات با استفاده از آزمون

یافته های پژوهش

در پژوهش حاضر، ۲۱ نفر از دانش آموزان شرکت کننده در این پژوهش در رده سنی ۱۰ تا ۱۱ سال (۴۷ درصد) و ۲۴ نفر نیز در رده سنی ۱۱ تا ۱۲ سال قرار داشته‌اند (۵۳ درصد). همچنین ۲۵ نفر از این افراد دختر(۵۶ درصد) و ۲۰ نفر نیز پسر(۴۴ درصد) بودند. بنابراین بیشتر این افراد دختر و در رده سنی ۱۱ تا ۱۲ سال قرار داشته اند.

با توجه به نتایج آمار توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش مشخص شد که میانگین متغیر توجه، خودکارآمدی و تعلل ورزی در گروه کنترل (پیش از آزمون) به‌ترتیب برابر با ۳/۲۳، ۲/۹۳ و ۳/۲۲ و در گروه آزمایش به ترتیب برابرند با ۳/۴۵، ۳/۳۶ و ۳/۱۴. همچنین میانگین متغیر توجه، خودکارآمدی و تعلل ورزی در گروه کنترل (پس از آزمون) به‌ترتیب برابر با ۳/۲۴، ۳/۰۲ و ۲/۸ و در گروه آزمایش نیز به ترتیب برابرند با ۳/۶۹، ۳/۶۵ و ۲/۴۱. بنابراین با توجه به مقادیر میانگین این متغیرها به نظر می‌رسد که دلیل افزایش میانگین متغیر توجه و خودکارآمدی و کاهش متغیر تعلل ورزی در گروه آزمایش (پس از آزمون) نسبت به گروه کنترل (پس از آزمون) و حتی در گروه آزمایش و کنترل پیش از آزمون، ناشی از اجرای بازی درمانی شناختی- رفتاری بوده است.

برای بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شده است و با توجه به اینکه همه مقادیر معناداری ارائه شده آن بیش از ۰/۰۵ شده است، بنابراین فرض نرمال بودن داده‌های این پژوهش پذیرفته شد. در نهایت به بررسی فرضیه‌های پژوهش حاضر می‌پردازیم.

فرضیه اول: بازی درمانی شناختی-رفتاری در دانش آموزان با اختلال یادگیری منجر به بهبود توجه می شود.

در جدول(۲) نتایج آزمون لون برای این فرضیه گزارش شده است.

تحلیل کوواریانس و نرم افزار spss انجام شد.

جدول ۲. آزمون لون برای فرضیه اول

آماره لون	درجه آزادی دوم	درجه ازادی اول	سطح معناداری
۰/۷۴۹	۲۸	۱	۰/۵۰۸

از آنجا که سطح معناداری آزمون لون بیش از ۰/۰۵ شده است، بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است.

جدول۳. انالیز کوواریانس فرضیه اول

منبع تغییرات	درجه آزادی	آماره F	سطح معناداری
مدل تصحیح شده	۳	۸۴/۰۵۲	۰/۰۰۵
اثر ثابت	۱	۲۴/۴۰۸	۰/۰۰۰
توجه	۱	۰/۰۸۲	۰/۳۱۴
گروه	۱	۸/۳۳۴	۰/۰۰۴
گروه* توجه	۱	۱/۵۷۴	۰/۱۴۵
خطا	۲۳	_____	_____
کل	۳۰	_____	_____

در اینجا نیز باید پیش فرض همگنی شیب رگرسیونی نیز مورد بررسی قرار گیرد؛ در قسمت گروه* توجه، آماره آزمون F، ۱/۵۷۴ و سطح معناداری ان نیز ۰/۱۴۵ شده است که بیش از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین فرض همگنی شیب رگرسیونی برقرار است.

با توجه به آماره F سطر گروه جدول (۳)و سطح معناداری آن که به ترتیب برابر با ۸/۳۳۴ و ۰/۰۰۴ شده است؛ نتیجه می‌گیریم که تفاوت معناداری بین میانگین نمره توجه در گروه آزمایش و کنترل وجود دارد زیرا این سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ شده است. از طرفی طبق نتایج آمار توصیفی متغیرهای پژوهش، مشخص شد که بازی درمانی شناختی-رفتاری منجر به افزایش میانگین نمره توجه افراد شده است. بنابراین بازی درمانی شناختی-رفتاری در دانش آموزان با اختلال یادگیری منجر به بهبود توجه می شود. پس فرضیه اول پذیرفته می گردد.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.52547/joec.25.2.83]

فرضیه دوم: بازی درمانی شناختی-رفتاری در دانش آموزان با اختلال یادگیری منجر به بهبود خودکارآمدی می شود.

در ابتدا باید فرض همگنی واریانس‌ها برقرار شود. این فرض با استفاده از آزمون لون انجام می‌شود. نتایج در جدول (۴) رائه شده است:

جدول ۴. آزمون لون برای فرضیه دوم

آماره لون	درجه آزادی دوم	درجه ازادی اول	سطح معناداری
۰/۲۳۹	۲۸	۱	۰/۰۵۶

از آنجا که سطح معناداری آزمون لون بیش از ۰/۰۵ شده است، بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است.

جدول۵. انالیز کوواریانس فرضیه دوم

منبع تغییرات	درجه آزادی	آماره F	سطح معناداری
مدل تصحیح شده	۳	۴۱/۱۲۵	۰/۰۰۰
اثر ثابت	۱	۲۱/۷۱۵	۰/۰۰۰
خودکارآمدی	۱	۰/۰۸۸	۰/۱۷۵
گروه	۱	۱۲/۴۵۰	۰/۰۱۸
گروه* خودکارآمدی	۱	۰/۳۱۶	۰/۲۴۲
خطا	۲۳	____	_____
کل	۳۰	____	____

در اینجا نیز باید پیش فرض همگنی شیب رگرسیونی مورد بررسی قرار گیرد؛ در قسمت گروه* خودکارآمدی، آماره آزمون F، ۰/۳۱۶ و سطح معناداری ان نیز ۰/۲۴۲ شده است که بیش از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین فرض همگنی شیب رگرسیونی برقرار است.

با توجه به آماره F سطر گروه جدول (۵) و سطح معناداری آن که به ترتیب برابر با ۱۲/۴۵۰ و ۰/۰۱۸ شده است؛ نتیجه می‌گیریم که تفاوت معناداری بین میانگین نمره خودکارآمدی، در دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد زیرا این سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ شده است. از طرفی طبق نتایج آمار توصیفی متغیرهای پژوهش، مشخص شد که بازی درمانی شناختی-رفتاری منجر به افزایش میانگین نمره خودکارآمدی افراد شده است. بنابراین بازی درمانی شناختی-رفتاری در دانش آموزان با اختلال یادگیری منجر به بهبود خودکارآمدی می شود. پس فرضیه دوم پذیرفته می گردد.

فرضیه سوم: بازی درمانی شناختی-رفتاری در دانش آموزان با اختلال یادگیری منجر به کاهش تعلل ورزی می‌شود.

در ابتدا باید فرض همگنی واریانس‌ها برقرار شود. این فرض با استفاده از آزمون لون انجام می‌شود. نتایج در جدول (۶) رائه شده است:

جدول ۶. آزمون لون برای فرضیه سوم

آماره لون	درجه آزادی دوم	درجه ازادی اول	سطح معناداری
۰/۳۶۷	۲۸	۱	۰/۱۰۹

از آنجا که سطح معناداری آزمون لون بیش از ۰/۰۵ شده است، بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است.

جدول۷. انالیز کوواریانس فرضیه سوم

منبع تغییرات	درجه آزادی	آماره F	سطح معناداری
مدل تصحیح شده	۳	۴۰/۱۵۲	۰/۰۰۰
اثر ثابت	۱	۲۰/۷۱۴	۰/۰۰۰
تعلل ورزی تحصیلی	۱	۰/۰۸۱	۰/۱۴۷
گروه	۱	۱۲/۳۰۵	۰/۰۱۱
گروه* تعلل ورزی تحصیلی	۱	۰/۴۰۱	۰/۳۴۱
خطا	۲۳	_____	_____
کل	۳۰	_____	____

در اینجا نیز باید پیش فرض همگنی شیب رگرسیونی نیز مورد بررسی قرار گیرد؛ در قسمت گروه* تعلل ورزی تحصیلی، آماره آزمون F، ۰/۴۰۱ و سطح معناداری ان نیز ۰/۳۴۱ شده است که بیش از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین فرض همگنی شیب رگرسیونی برقرار است.

با توجه به آماره F سطر گروه جدول (۷) و سطح معناداری آن که به ترتیب برابر با ۱۲/۳۰۵ و ۰/۰۱۱ شده است؛ نتیجه می‌گیریم که تفاوت معناداری بین میانگین نمره تعلل ورزی تحصیلی در دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد زیرا این سطح معناداری

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]
[DOI: 10.52547/joec.25.2.83]

کمتر از ۰/۰۵ شده است. از طرفی طبق نتایج آمار توصیفی متغیرهای پژوهش، مشخص شد که بازی درمانی شناختی- رفتاری منجر به کاهش میانگین نمره تعلل ورزی تحصیلی افراد شده است. بنابراین بازی درمانی شناختی-رفتاری در دانش آموزان با اختلال یادگیری منجر به کاهش تعلل ورزی می شود. پس فرضیه سوم نیز پذیرفته می شود.

بنابراین بطور کلی اثربخشی آموزش بازی درمانی شناختی-رفتاری بر توجه، خودکارآمدی و تعلل ورزی تحصیلی دانش آموزان موثر و معنادار بوده است و سبب بهبود توجه و خودکارآمدی این افراد و همچنین کاهش تعلل ورزی تحصیلی آنان می شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش بازی درمانی شناختی-رفتاری بر توجه، خودکارآمدی و تعلل ورزی تحصیلی در دانش آموزان ابتدایی با اختلال یادگیری انجام شد. نتیجه فرضیه اول پژوهش نشان داد که بازی درمانی شناختی-رفتاری در دانش آموزان با اختلال یادگیری منجر به بهبود توجه می شود. این یافته با نتایج پژوهش تقی‌زاده هیر، آقاجانی و خوش‌سرور (۱۴۰۱) که نشان دادند بازی‌درمانی شناختی-رفتاری تأثیر معناداری بر بهبود برنامه‌ریزی و توجه دانش‌آموزان دارد، همسو می‌باشد. همچنین با نتایج پژوهش هاشمی، صدیق و حاجی‌علیزاده (۱۳۹۶) که نشان دادند بازی‌درمانی بر افزایش توجه، انعطاف‌پذیری و بازداری کودکان دارای اختلال یادگیری مؤثر بوده است، همراستاست. نتایج پژوهش بیگدلو، پزشک و علیزاده (۱۳۹۵) نیز که نشان دادند درمان شناختی رفتاری بر افزایش توجه و کاهش اضطراب دانش آموزان مبتلا به اختلال یادگیری موثر است، با نتایج پژوهش حاضر همسوست. در تبیین این یافته می‌توان گفت، بازی درمانی شناختی-رفتاری به بهبود توجه در کودکان کمک می‌کند. این روش درمانی با استفاده از بازی به عنوان ابزاری برای آموزش مهارت‌های مختلف، از جمله توجه و تمرکز، به کودکان کمک می‌کند تا مشکلات خود را حل کنند و رفتارهای خود را بهبود بخشند. این روش درمانی به کودکان کمک می‌کند تا مهارت‌های توجه خود را از طریق بازی‌های هدفمند و ساختارمند تقویت کنند، مانند افزایش توانایی تمرکز بر یک فعالیت برای مدت زمان طولانی‌تر، نادیده گرفتن عوامل حواس‌پرتی و بهبود حافظه کاری. با افزایش توانایی توجه و تمرکز، کودکان می‌توانند در مدرسه عملکرد بهتری داشته باشند و یادگیری موثرتری را تجربه کنند.

نتیجه فرضیه دوم پژوهش نشان داد که بازی درمانی شناختی-رفتاری در دانش آموزان با اختلال یادگیری منجر به بهبود خودکارآمدی می شود. این یافته با نتایج پژوهش احتشام و تبیاری (۱۳۹۵) که نشان دادند بازی درمانی در بهبود باورهای خودکارآمدی و مهارتهای ارتباطی دانش آموزان موثر بوده است، همسوست. همچنین با نتایج پژوهش فاطمه (۱۳۹۶) که نشان داد بازی درمانی باعث افزایش توانایی یادگیری و خودکارآمدی در کودکان شهر اهواز شد، همراستا است. پژوهش عینی و هاشمی (۱۴۰۱) نیز که نشان دادند بازی‌درمانی شناختی-رفتاری تأثیر معناداری بر افزایش خودکارآمدی تحصیلی و کاهش تعلل‌ورزی تصمیم‌گیری داشته است، با نتایج پژوهش حاضر همسوست. در تبیین این یافته می‌توان گفت، بازی درمانی شناختی-رفتاری می‌تواند به طور مثبت بر خودکارآمدی، به ویژه در کودکان و نوجوانان، تأثیر بگذارد. این نوع درمان با استفاده از بازی به عنوان ابزاری برای آموزش مهارت‌های شناختی و رفتاری، می‌تواند به بهبود عزت نفس، اعتماد به نفس و باور فرد به توانایی‌هایش در مواجهه با چالش‌ها کمک کند. بازی درمانی شناختی-رفتاری به کودکان کمک می‌کند تا مهارت‌های جدیدی برای مقابله با موقعیت‌های دشوار یاد بگیرند. این مهارت‌ها می‌توانند شامل حل مسئله، مدیریت خشم و

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.52547/joec.25.2.83]

استرس، و برقراری ارتباط مؤثر باشند. با کسب این مهارت‌ها، افراد احساس می‌کنند که کنترل بیشتری بر زندگی خود دارند و توانایی بیشتری برای مقابله با مشکلات دارند. بازی درمانی شناختی-رفتاری می‌تواند به افراد کمک کند تا باورهای منفی خود را در مورد توانایی‌هایشان به چالش بکشند و باورهای مثبت‌تری نسبت به خود ایجاد کنند. این فرآیند می‌تواند عزت نفس و اعتماد به نفس فرد را افزایش دهد. در طول جلسات بازی درمانی، کودکان و نوجوانان در موقعیت‌های مختلفی قرار می‌گیرند که می‌توانند در آنها موفق شوند و احساس پیروزی کنند. این تجربیات موفق می‌توانند به تقویت باور فرد به توانایی‌هایش کمک کنند.

نتیجه فرضیه سوم پژوهش نشان داد که بازی درمانی شناختی-رفتاری در دانش آموزان با اختلال یادگیری منجر به کاهش تعلل ورزی می شود می شود. این یافته با نتایج پژوهش عینی و هاشمی (۱۴۰۱)که نشان دادند بازی‌درمانی شناختی-رفتاری تأثیر معناداری بر افزایش خودکارآمدی تحصیلی و کاهش تعلل‌ورزی تصمیم‌گیری داشته است، همسوست. همچنین با نتایج پژوهش روزنتال و همکاران (۲۰۲۲) که در پژوهش خود نشان دادند بازی‌درمانی شناختی-رفتاری، برای دانش‌آموزان ابتدایی که از مشکلات ناشی از اهمال‌کاری تحصیلی رنج می‌برند مفید است، همراستاست. در تبیین این یافته می‌توان گفت، بازی درمانی شناختی-رفتاری می‌تواند تأثیر مثبتی بر اهمال‌کاری و تعلل‌ورزی داشته باشد. این نوع درمان با ارائه راهکارهای عملی و تکنیک‌های شناختی و رفتاری، به افراد کمک می‌کند تا الگوهای فکری و رفتاری منفی مرتبط با اهمال‌کاری را شناسایی و تغییر دهند و به جای آن، رفتارهای سالم‌تری را جایگزین کنند. بازی درمانی شناختی-رفتاری یک رویکرد درمانی است که از بازی به عنوان ابزاری برای کمک به افراد در درک و تغییر افکار و رفتارهایشان استفاده می‌کند. این روش به ویژه برای کودکان و نوجوانان که ممکن است در بیان احساسات و افکار خود به صورت کلامی مشکل داشته باشند، مفید است. این بازی به افراد کمک می‌کند تا الگوهای فکری و رفتاری خود را که منجر به اهمال‌کاری می‌شود، شناسایی کنند. از طریق بازی، افراد می‌توانند مهارت‌های جدیدی برای مقابله با احساسات منفی و موقعیت‌های استرس‌زا که اغلب با اهمال‌کاری همراه هستند، یاد بگیرند. بازی درمانی شناختی-رفتاری به افراد کمک می‌کند تا احساسات خود را بهتر درک کنند و بتوانند آنها را به روش‌های سالم‌تری تنظیم کنند. با موفقیت در بازی‌ها و فعالیت‌های درمانی، افراد اعتماد به نفس بیشتری پیدا می‌کنند و انگیزه بیشتری برای غلبه بر اهمال‌کاری خواهند داشت. بازی‌های هدفمند می‌توانند به افراد در یادگیری مهارت‌های حل مسئله کمک کنند، که این مهارت‌ها برای مقابله با چالش‌ها و وظایف مهم هستند. بازی‌ها می‌توانند به افراد کمک کنند تا مهارت‌های مدیریت زمان خود را توسعه دهند، که این امر در کاهش اهمال‌کاری بسیار مهم است.

با توجه به تاثیر بازی درمانی شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی و تعلل ورزی تحصیلی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری، سازمان هایی مانند آموزش و پرورش و بهزیستی باید طرح های اینچنینی را برای آسیب های مطرح شده در بین دانش آموزان و مددجویان بکار گیرند. همچنین پیشنهاد می‌گردد در جهت بهبود و کاهش اهمال کاری و همچنین افزایش جهت گیری مثبت زندگی کودکان دارای اختلال یادگیری، از این شیوه های آموزشی توسط روانشناسان، مشاوران مدارس و سایر درمانگران خانواده استفاده گردد. نظربه اینکه کودکان حجم قابل توجهی از جامعه را دربر دارند و این افراد نیروهای انسانی جامعه در آینده خواهند بود، بنابراین بایستی موضوع تعلل ورزی، خودکارآمدی و توجه در این قشر مدنظر خانواده ها و مسئولان ذی ربط قرار گیرد.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]
[DOI: 10.52547/joec.25.2.83]

از جمله محدودیت‌های این پژوهش این است که بر روی کودکان ابتدایی دارای اختلال یادگیری صورت گرفته است، پس لازم است در هنگام تعمیم نتایج به افراد و مکان‌های دیگر، احتیاط کرد. نتایج بدست آمده در این پژوهش محدود به ابزار(پرسشنامه های) منحصربفردی می باشد، بنابراین ممکن است استفاده از ابزار مشابه دیگر باعث حصول نتایجی متفاوت باشد. نمونه گیری از جامعه آماری این پژوهش، از دیگر محدودیت های اجرایی پژوهش بود که باعث شد تا جهت دستیابی به تعداد نمونه مدنظر، افراد بسیاری مورد ارزیابی قرار گیرند که قابلیت شرکت در پژوهش را داشته باشند. در نهایت پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی، این متغیرها در بین سایر اقشار جامعه و بیماران مختلف نیز انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های بعدی به نقش تعدیلی متغیرهای جمعیت شناختی نظیر جنسیت و سن در رابطه بین متغیرهای پژوهش بپردازند.

پانوشت‌ها

. De Groot
2. Diagnostic and statistic manual of mental disorder
3.American Psychology Association
4. Karande, Mahajan, Kulkarni,
5. Lima, Azoni & Ciasca
6. Landerl & Willburger
7. Bandura
8. Gouliti
9. Fletcher
10. Landreth
11. Pan
12. Jang
13. Kaduson
14. Wubbolding, & Stutey
15. Colorado Learning Difficulties Questionnaire (CLDQ)
16. Ladd & wheeler
17. Willcutt
18. Discriminant Validity
19. Construct Validity

Reference

Ehtesham, M., & Tabiari, F. (2016). The effectiveness of play therapy training on improving self-efficacy beliefs and communication skills of second-grade elementary school boys in Yazd. The Third International Conference on Psychology, Educational Sciences, and Lifestyle. Mashhad, Iran.
Bigdolu, B., Pezeshk, Sh., & Alizadeh, H. (2016). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on reducing anxiety and increasing attention in children with learning disorders. Master's Thesis. Allameh Tabataba'i University, Faculty of Educational Sciences and Psychology.
Pourabdol, S., Sobhi Gharamaleki, N., Bastami, M., & Ghazanfari, H. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing academic procrastination in students with specific learning disorders. Biannual Journal of Cognitive Strategies in Learning, 4(6), 157-170.
Pourabdol, S., Sobhi Gharamaleki, N., Ghaedi, G., & Nabidoust, A. (2019). The effectiveness of emotion regulation training on reducing burnout and academic procrastination in students with specific learning disorders. Journal of Cognitive Strategies in Learning, 7(13), 49-68.
Pourail, N., & Kermani, R. (2015). Investigating the characteristics, causes, and methods of educating students with learning disorders. The Third National Conference on Sustainable Development in Educational Sciences and Psychology, Social and Cultural Studies. Tehran, Iran.
Taghizadeh Hir, S., Aghajani, S., & Khoshsorour, S. (2022). The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on improving attention and planning in students with attention deficit/hyperactivity disorder. School Psychology Journal, 11(4), 16-29.
Khorrami, F., & Zabili, M. (2018). Investigating the relationship between problem-solving styles and academic procrastination in high school students: The mediating role of academic self-efficacy. Biannual Journal of Cognitive Strategies in Learning, 6(10), 17-38.
Rostami, M., Karami Baghtifoni, Z., & Mousavi Asl, S. A. (2019). The effectiveness of play therapy training on improving learning in students with learning disorders. Master's Thesis. Payame Noor University of Tehran Province, Varamin Center.
Eini, S., & Hashemi, Z. (2022). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on decision-making procrastination and academic self-efficacy in students. School Psychology Journal, 11(1), 68-79.
Fatemeh, F. (2017). Investigating the impact of play therapy on learning disabilities and self-efficacy in students in Ahvaz. The Third Conference on Psychology and Behavioral Sciences. Tehran, Iran.
Hashemi, S. A., Sadigh, S. H., & Haji Alizadeh, K. (2017). The effectiveness of play therapy on improving attention and cognitive performance in children with learning disorders. Master's Thesis. Islamic Azad University, Bandar Abbas Branch.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]
[DOI: 10.52547/joec.25.2.83]

Ahromi R, Shooshtari M, Golshani Monazah F, Kamarrazin H. (2011). The effectivness of training accuracy on the ability of reading of dyslexia in third grade elementary students Isfahan. Quarterly Psychology of Exceptional Individuals, 2011; 1(3):110-139. (Persian)

Balkis, M., Duru, E. (2016). Procrastination, self-regulation failure, academic life satisfaction, and affective well-being: underregulation or misregulation form. European Journal of Psychology of Education, 31(3), 439-459.

De Groot, B. J., Van den Bos, K. P., Van der Meulen, B. F., & Minnaert, A. E. (2017). Rapid naming and phonemic awareness in children with or without reading disabilities and/or ADHD. Journal of Learning Disabilities, 50(2), 168-179.

Fletcher, J. M., Lyon, G. R., Fuchs, L. S., & Barnes, M. A. (2018). Learning disabilities: From identification to intervention. Guilford Publications.

Jang. S, Kim. J- J, Kim. S- J, Hong. J, Kim. S. Kim. E, (2021). Mobile app-based chatbot to deliver cognitive behavioral therapy and psychoeducation for adults with attention deficit: A development and feasibility/usability study. International Journal of Medical Informatics, Volume 150, June 2021, 104440.

Kaduson, H. G. (2020). Play therapy for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Washington: The Guilford Press

Karande, S., Mahajan, V., Kulkarni, M. (۲۰۲۲). Recollections of learning disabled adolescents of their schooling experiences: a qualitative study. Indian J Med Sci, 63(6), 382-391.

Landreth GL, Ray DC, Bratton SC. (2009), Play therapy in elementary schools. Psychology in the Schools. 2009; (3)46:281-289.

Lima, R. F. D., Azoni, C. A. S., & Ciasca, S. M. (2011). Attentional performance and executive functions in children with learning difficulties. Psicologia: Reflexão e Crítica, 24(4), 685-691

Martinez, E., Tatum, K. L., Glass, M., Bernath, A., Ferris, D., Reynolds, P., & Schnoll, R. A. (2010). Correlates of smokingcessation self-efficacy in a community sample of smokers. Journal of Addictive Behaviors, 35(2), 175-178.

Mei-Rong. P, Fang. H, Meng-Jie. Z, Yan-Fei. W, Yu-Feng. W, & Qiu-Jin. Q, (2019). A comparison of efficacy between cognitive behavioral therapy (CBT) and CBT combined with medication in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Psychiatry Research, Volume 279, September 2019, Pages 23-33

Pan, M. R., Huang, F., Zhao, M. J., Wang, Y. F., Wang, Y. F., & Qian, Q. J. (2019). A comparison of efficacy between cognitive behavioral therapy (CBT) and CBT combined with medication in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Psychiatry Research, 279, 23-33.

Van Zundert, R. P., Ferguson, S. G., Shiffman, S., & Engels, R. E. (2010). Dynamic effects of self-efficacy on smoking lapses and relapse among adolescents. Journal of Health Psychology, 29(3), 246-254.

Wubbolding, R., & Stutey, D. (2018). Reality play therapy: A case example. International Journal of Play Therapy, 27(1), 1-13.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.52547/joec.25.2.83]

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.52547/joec.25.2.83]