

Investigating The Effectiveness of Sandplay Therapy on the Selective Attention of 8-11 Years Old Boy Students with Special Learning Disabilities

Robabeh Mohammadi¹, M.A,
Mohammad Ehsan Taghizadeh², Ph.D.
Mohammad Oraki³, Ph.D.

Received: 08. 20.2020 Revised: 05. 6.2021
Accepted: 03.16.2022

بررسی اثربخشی شن‌بازی درمانی بر توجه انتخابی دانش‌آموزان پسر ۸-۱۱ ساله با نارسایی ویژه در یادگیری

ربابه محمدی^۱، دکتر محمد احسان تقی‌زاده^۲،
دکتر محمد اورکی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۵/۳۰ تجدیدنظر: ۱۴۰۰/۲/۱۶
برش نهایی: ۱۴۰۰/۱۲/۲۵

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر شن‌بازی درمانی بر توجه انتخابی کودکان پسر ۸-۱۱ ساله با نارسایی ویژه در یادگیری بود. **روش:** روش پژوهشی در این مطالعه نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این مطالعه را تمام دانش‌آموزان پسر با نارسایی ویژه در یادگیری شهرستان پردیس تشکیل می‌داد. تعداد ۲۰ نفر از آنها به شیوه در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه (کنترل و آزمایش) گمارده شدند. نخست آزمون استروپ برای هر دو گروه اجرا شد (پیش‌آزمون)، سپس آزمودنی‌های گروه آزمایش برنامه شن‌بازی درمانی را در قالب ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و در دو ماه دریافت کردند، درحالی‌که گروه کنترل هیچ مداخله‌ی آموزشی دریافت نکردند. پس از مداخله پس‌آزمون در مورد هر دو گروه آزمایش و گواه اجرا و ۲ ماه بعد مرحله پیگیری انجام شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از تحلیل واریانس مختلط در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که شن‌بازی درمانی بر توجه انتخابی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش با اندازه اثر متوسط اثربخش بوده است و در دوره پیگیری نیز این اثر ماندگار بود. **نتیجه‌گیری:** بنابراین با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان از شن‌بازی درمانی برای افزایش توجه انتخابی در کودکان مبتلا به اختلال‌های یادگیری در مدارس استثنایی و مراکز مشاوره کودکان بهره برد.

Abstract

objective: This study aimed to investigate the effectiveness of sand-play therapy on the selective attention of told 8-11 years' students with special learning disabilities. **Method:** The research method was a pre-test, post-test, and follow-up semi-experiment with a control group. The statistical population included all students with learning disabilities living in Pardis City. Twenty of them were selected using convenient sampling method and randomly divided into two groups (control and experimental). The Continuous Performance Test was performed in both groups (pre-test). Then the experimental group received the treatment program in eight sessions of 45 minutes for two months, while the control group did not receive any training. The post-test was performed on both experimental and control groups. The follow-up was carried out, two months later. The collected data were analyzed using the SPSS 22 by mixed variance analysis. **Results:** The findings showed that sand-play therapy had a positive impact on the selective attention of children with special learning disabilities, compared to the control group, and its effectiveness sustained during the follow-up period. **Conclusion:** Sand-play therapy can be used to increase selective attention in students with special learning disabilities in exceptional schools and child counseling centers.

Keywords: Sand-play therapy, attention, selective attention, learning disorder

واژه‌های کلیدی: شن‌بازی درمانی، توجه، توجه انتخابی، نارسایی ویژه در یادگیری.

1. **Corresponding Author:** Psychology Department, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran. **Email:** mohamadi_robabeh@yahoo.com
2. Associate professor in Psychology Department, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran 3. Associate professor in Psychology Department, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran

۱. نویسنده مسئول: کارشناس‌ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، واحد تهران جنوب، تهران، ایران.
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

مقدمه

یکی از شایع‌ترین اختلال‌های عصبی-رشدی دوران کودکی، نارسایی ویژه در یادگیری یا اختلال یادگیری^۱ است (مول، کانز، نئوهاف، برودر و اسکالت، ۲۰۱۴). شیوع نارسایی ویژه در یادگیری در کودکان دبستانی با زبان‌ها و فرهنگ‌های مختلف در زمینه‌های تحصیلی خواندن، نگارش و ریاضیات، ۵ تا ۱۵ درصد است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). شیوع آن در برخی شهرهای مختلف ایران نظیر استان چهارمحال و بختیاری ۵/۲ تا ۷/۵۵ درصد (شریفی و داوری، ۱۳۹۲) و در استان اردبیل ۱۳ درصد گزارش شده است (نریمانی و رجبی، ۱۳۸۴). یکی از ویژگی‌های اساسی افراد دچار نارسایی ویژه در یادگیری، مشکل در یادگیری مهارت‌های تحصیلی پایه است که در طول سال‌های تحصیلات رسمی شروع می‌شود و با پیشرفت تحصیلی نامتناسب با سن همراه است. این دانش‌آموزان متأسفانه در بسیاری از مدارس به دلیل شکست‌هایشان کودن نامیده می‌شوند که موجب فراری شدن آنان از مدرسه یا اخراجشان می‌شود (کورتیلا، ۲۰۱۱). افراد مبتلا به نارسایی ویژه در یادگیری در نوعی ناکامی تحصیلی و اجتماعی مشترک هستند. آنان آنچه را که دیگران با همان سطح هوشی انجام می‌دهند، قادر نیستند انجام دهند و برای پیشرفت تحصیلی به آموزش‌های خاصی نیاز دارند

(گرینگورینکو و همکاران، ۲۰۲۰). در واقع، وجود این نارسایی در دانش‌آموزان، مهارت خواندن را کندتر می‌کند و در پیشرفت تحصیلی و آموزش و یادگیری در مدرسه، وضعیت اشتغال آینده و حتی در زندگی اجتماعی آنها اختلال ایجاد می‌کند (فورکوش و مر، ۲۰۱۹؛ شوارتز، هاپکینز و استیفل، ۲۰۲۱). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کودکان دچار اختلال‌های یادگیری (راضی، خواندن و نوشتن) از میزان کمتر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و میزان بیشتر راهبردهای منفی تنظیم هیجان و مشکلات رفتاری برخوردارند (علی‌پور و همکاران، ۱۳۹۹).

امروزه نارسایی ویژه در یادگیری یکی از مهم‌ترین مسائل آموزش استثنایی است. بیشتر از نیمی از همه دانش‌آموزانی که در مدارس عمومی برای دریافت آموزش استثنایی و خاص شناسایی می‌شوند، به نارسایی ویژه در یادگیری مبتلا هستند (خانزاده، ۱۳۹۰). براساس تعریف انجمن اختلال‌های یادگیری، اختلال‌های یادگیری آسیب در یک یا چند فرایند روان‌شناختی لازم برای درک و فهم یا استفاده از زبان، نوشتار یا گفتار است که ممکن است خود را در شکل توانایی ناقص برای گوش‌دادن، تفکر، تکلم، خواندن، هجی کردن یا انجام محاسبه‌های ریاضی نشان دهد (شیف، بامینگر و تولدو، ۲۰۰۹). نارسایی ویژه در یادگیری یک اختلال عصبی رشدی است که منشأ زیستی دارد؛ یعنی پایه و اساس ناهنجاری‌های موجود در سطح شناختی است و نشانه‌های رفتاری اختلال از آن نشأت گرفته‌اند. ریشه زیستی علائم شالوده‌ای از تعامل‌های عوامل ژنتیک، اپی‌ژنتیک و عوامل محیطی هستند که بر توانایی مغز در درک و پردازش دقیق و مؤثر اطلاعات کلامی و غیرکلامی تأثیر می‌گذارند. یکی از ویژگی‌های اصلی نارسایی ویژه در یادگیری ناتوانی مداوم یادگیری مهارت‌های کلیدی تحصیلی (ملاک تشخیصی A) است که از دوران تحصیلات رسمی شروع می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در ویرایش پنجم کتابچه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) از اصطلاح «نارسایی ویژه در یادگیری»^۳ استفاده شده است که برای پوشش‌دادن اختلال‌هایی استفاده می‌شود که هرکدام یکی از عملکردهای افراد در آزمون‌های استاندارد شده را تحت تأثیر قرار می‌دهند، برای مثال خواندن، نوشتن و ریاضیات. دانش‌آموزان مبتلا به نارسایی ویژه در یادگیری بسیار کمتر از آنچه از سن و سطح هوشی آنها انتظار می‌رود، موفق می‌شوند. افراد مبتلا به نارسایی ویژه در یادگیری در تنظیم اطلاعات، ادراک دیداری و شنیداری، حافظه و توجه نقص دارند. آنان بدون کمک‌های ویژه، معمولاً

شخصی خازنی، ۱۳۹۶؛ گارسیا، پرییرا و فاکودا، ۲۰۰۷). همچنین مطالعات نشان داده‌اند که در تعدادی از مقیاس‌هایی که در آن کودکان با نارسایی ویژه در یادگیری ضعیف عمل می‌کنند، به نقص توجه آنان مربوط می‌شود (براون و آلفرد، ۲۰۰۱). از سوی دیگر، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آموزش توجه انتخابی بر بهبود بازشناسی واژه و روان‌خوانی در دانش‌آموزان نارساخوان مؤثر است (ابراهیمی، ۱۳۹۵). همچنین افراد نارساخوان مشکلاتی در تغییر توجه بین محرک‌های ارائه‌شده به صورت متوالی (هاری و رینوال، ۲۰۰۱)، توجه فضایی ضعیف (رایت، کانلون و دیک، ۲۰۱۲) و توانایی پایین فیلترکردن محرک‌های دیداری و شنیداری نامربوط (روآچ و هوگبین، ۲۰۰۷) دارند. وجود هرگونه نارسایی در پردازش حسی (به‌ویژه توجه دیداری) می‌تواند منجر به رفتارهای ناسازگارانه، دشواری در پرداختن به امور روزمره و قطع جریان عادی زندگی روزمره شود (پارهام و مایلوکس، ۲۰۰۱). بنابراین، به نظر می‌رسد ارائه برنامه‌های آموزشی و مداخله‌های خاص برای توانمندسازی این کودکان در میزان توجه انتخابی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

یکی از روش‌های استفاده‌شده در بهبود مشکلات کودکان، بازی درمانی است. بازی افکار درونی کودک را با دنیای خارجی او ارتباط می‌دهد و باعث می‌شود کودک بتواند اشیای خارجی را تحت کنترل خود درآورد. بازی به کودک اجازه می‌دهد تا تجربه‌ها، افکار، احساسات و تمایلاتی را که برای او تهدیدکننده هستند، نشان دهند (وتینگتون، هان و فوگوآویتلی، ۲۰۰۸). از جمله روش‌هایی که در بازی درمانی به‌تازگی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، شن‌بازی درمانی^۵ است. فرایند شن‌بازی درمانی در برگیرنده یک یا دو سینی شن و هر مقدار شیء کوچک است که شامل گروه‌هایی از افراد، حیوانات، ساختمان‌ها، ماشین‌آلات، نباتات، ساختارها، اشیای طبیعی و اشیای سمبلیک است که استفاده می‌شود

ضعیف عمل می‌کنند؛ دوستان و اعضای خانواده آنها را ناتوان می‌دانند و در نتیجه عزت‌نفس و انگیزه آنها بسیار پایین است. همچنین، ترک تحصیل در کودکان مبتلا به اختلال‌های یادگیری بیشتر است و این افراد در عملکرد شغلی و اجتماعی خود نیز دچار مشکل می‌شوند.

توجه قدم‌آغازین در پردازش است و عبارت است از توانایی انتخاب بخشی از اطلاعات محیطی برای پردازش بعدی و براساس آن، تمرکز و آگاهی (بارکلی، دیوپبول و مک‌موری، ۱۹۹۰). توجه به‌عنوان یک سازوکار به‌شدت بر عملکرد شناختی، حافظه و یادگیری تأثیر می‌گذارد (ادیب سرشکی، مرادی، یادگاری و کنعانی، ۱۳۹۵). توجه به یک سری عملیات پیچیده ذهنی اطلاعات مربوط می‌شود که شامل تمرکزکردن یا درگیرشدن نسبت به هدف، نگهداشتن یا تحمل کردن و گوش به‌زنگ‌بودن در یک زمان طولانی، رمزگردانی ویژگی‌های محرک و تغییر تمرکز از یک هدف به هدف دیگر است (سیدمن، ۲۰۰۶)، و حداقل سه جنبه موقعیت‌یابی، پالایش و جستجو دارد (وارد، ۲۰۰۸). توجه انتخابی، توانایی تمرکز بر اطلاعات مناسب در مقابل اطلاعات نامربوط است (فینران، فرانسیس و لئونارد، ۲۰۰۹). مطالعات گذشته درباره عملکرد کودکان با مشکلات یادگیری همگی به این نکته اشاره دارند که کودکان با نارسایی ویژه در یادگیری، عملکرد ضعیفی در توجه دارند (چوپان زیده، عابدی و پیروز زیجردی، ۱۳۹۴). درواقع، کودکان با نارسایی ویژه در یادگیری در توجه و تمرکز نقص دارند (هیپولیتو، ۲۰۰۸). پژوهش‌های نیز از این مسئله حمایت می‌کنند. درواقع، پژوهش‌های انجام‌شده درخصوص مقایسه میزان توجه دانش‌آموزان مبتلا به نارسایی ویژه در یادگیری و عادی نشان داده‌اند که افراد با نارسایی ویژه در یادگیری، در تغییر توجه و توجه انتخابی^۴ از عملکرد ضعیف‌تری برخوردار هستند (استر، ۲۰۰۴؛ کسایان، کیامنش و بهرامی، ۱۳۹۳؛ امانی، فدایی، توکلی، شیری و شیری، ۱۳۹۶؛

به منظور بررسی راه‌کارهای مؤثر در افزایش توجه کودکان با نارسایی ویژه در یادگیری تاکنون مطالعات مختلفی انجام شده است که تأثیر بازی‌های کنشی، تمرین‌های حسی-حرکتی و توانبخشی شناختی را در بهبود توجه این کودکان مؤثر دانسته است (اورکی و حیدری، ۱۳۹۵؛ کاپولا و همکاران، ۲۰۱۰). اما تاکنون مطالعه‌ای که تأثیر شن‌بازی درمانی را بر توجه کودکان با نارسایی ویژه در یادگیری بررسی کند، انجام نشده است. اگرچه که پژوهش‌های انجام‌شده بیشتر تأثیر شن‌بازی درمانی را بر مهارت‌های اجتماعی، اضطراب و پرخاشگری کودکان بررسی کرده‌اند (برای مثال، رضایی و رسولی، ۱۳۹۸). بنابراین، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر شن‌بازی درمانی بر توجه انتخابی کودکان پسر دارای نارسایی ویژه در یادگیری ۸-۱۱ ساله انجام شد.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و دوره پیگیری و با گروه گواه بود. متغیر مستقل در این مطالعه آموزش شن‌بازی درمانی و متغیر وابسته پژوهش توجه انتخابی بود (جدول ۱).

جدول ۱ شمای طرح روش پژوهش

پیش‌آزمون	مداخله	پس‌آزمون	پیگیری
T1	X	T2	T2
T1	-	T2	T2

جامعه آماری پژوهش را تمام دانش‌آموزان پسر ۸-۱۱ ساله با نارسایی ویژه در یادگیری شهرستان پردیس تشکیل می‌دادند. تعداد ۲۰ دانش‌آموز پسر ۸-۱۱ ساله با نارسایی ویژه در یادگیری که به صورت نمونه‌گیری در دسترس از میان جامعه آماری انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش گمارده شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل (۱) داشتن نارسایی ویژه در یادگیری؛ (۲) داشتن بهره هوش طبیعی؛ (۳) نداشتن مشکلات جسمانی حاد و (۴) محدوده سنی ۸ تا ۱۱ سال بود. همچنین

(بویک و گودوین، ۲۰۰۰). شن‌بازی درمانی نوعی بازی‌درمای غیرمستقیم است که درمانگر در آن نقش تسهیل‌گر را دارد و مراجعان می‌توانند آزادانه هیجان‌ها و تصویرهای ذهنی خود را با استفاده از جعبه‌های شن و اشیای مینیاتوری مختلف در درون جعبه شن خلق کنند (بویک و گودوین، ۲۰۰۰). فرضیه مطرح در شن‌بازی درمانی این است که مواد انتخاب‌شده و نحوه قراردادن اشیای کوچک در جعبه شن بیان‌کننده نگرانی‌ها و دغدغه‌های مربوط به مراجع و برون‌سازی این نگرانی‌ها است که این فرایند به درک بیشتر و تسلط نهایی بر مشکلات منجر می‌شود (داوسون، ۲۰۱۱).

پیشینه‌های پژوهشی نشان داده است که شن‌بازی درمانی بر میزان ارتقای عملکرد تحصیلی و کاهش اضطراب (بیه، اسلان، مندوزا و ساکاموتو، ۲۰۱۵)، سلامت روان (روسیا و همکاران، ۲۰۰۹) و تقویت مهارت‌های اجتماعی (لیو و همکاران، ۲۰۱۰) اثربخش است. همچنین، شن‌بازی درمانی در کاهش پرخاشگری/بیش‌فعالی، اضطراب/افسردگی، ناسازگاری و کمبود توجه در کودکان مبتلا به اختلال رفتاری، اما نه در کودکان مبتلا به اختلال سلوک (هان، لی و سو، ۲۰۱۷؛ کهریزی و همکارانش، ۱۳۹۳)، افزایش رشد شناختی کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر و بر رشد مفهوم‌سازی، تفکر نمادی، تفکر اجتماعی، ادراک حرکتی-بینایی، فراخوانی توجه و سرعت روانی-حرکتی (ملک‌پور و نسائی مقدم، ۱۳۹۳)، کاهش نشانگان بیش‌فعالی و کمبود توجه و افزایش سازگاری و ارتباط مناسب کودک با والدین (ژئو و همکاران، ۲۰۰۸) مؤثر بوده است. همچنین، سیادتیان، عابدی و صادقیان (۱۳۹۳) در پژوهش خود با عنوان تأثیر بازی‌درمانی بر تقویت توجه شنیداری دانش‌آموزان با اختلال یادگیری املا انجام دادند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد توجه شنیداری از راه بازی‌درمانی در دانش‌آموزان با نارسایی در املانویسی بهبود پیدا می‌کند.

برای کارت‌های سوم و چهارم ۰/۸۰ گزارش شده است (کاپولا و همکاران، ۲۰۱۰). نرم‌افزار فارسی استروپ را از روی آزمون کارتی استروپ طراحی شده است (زارع، فرزاد، علی‌پور، ناظر، ۱۳۹۱). برای بررسی پایایی این نرم‌افزار، ضریب همبستگی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل محاسبه شده بود که مقدار آن برای پاسخ صحیح همخوان، ۰/۷۶۸ و پاسخ صحیح ناهمخوان، ۰/۹۰۴ به دست آمده است (ناظر، ۱۳۹۱).

روش اجرا: نخست شرکت‌کننده‌ها که از پیش توسط متخصص بالینی تشخیص نارسایی ویژه در یادگیری در مدارک پزشکی‌شان ثبت شده بود به‌طور دسترس از دو دبستان در شهرستان پردیس در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ انتخاب شدند.

سپس به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۰ نفره جایگزین شدند: گروه مداخله یا آزمایش (۱۰ نفر) و گروه کنترل (۱۰ نفر). پس از آن به مدت ۸ جلسه هر هفته یک جلسه (طی ۲ ماه) و هر جلسه ۴۵ دقیقه روی گروه مداخله شن‌بازی‌درمانی اجرا شد. نخست رضایت‌نامه کتبی از والدین کودکان گرفته شد و سپس کودکان در گروه آزمایش، آزمون استروپ را اجرا کردند (پیش‌آزمون) و سپس شن‌درمانی به‌وسیله خود پژوهشگر انجام شد. کودکان انتخاب‌شده در گروه آزمایش در ۸ جلسه حاضر و با شن، وسایل و اشیای نمادین به بازی پرداختند. پس از پایان مداخله از آزمونی‌ها پس‌آزمون گرفته شد و دو ماه بعد در دوره پیگیری نیز آنان ارزیابی شدند. در این روش نقش پژوهشگر/آزمونگر، ثبت مشاهده‌های بالینی، حالت‌ها و رفتارهای آزمودنی‌ها در تمامی جلسه‌ها با استفاده از نشان‌دادن واکنش متناسب با موقعیت بود. همچنین پژوهشگر/آزمونگر در پایان هر جلسه از تصاویری که کودکان می‌ساختند، عکس تهیه می‌کرد و با آنها درباره محتوای تصاویر گفتگو می‌کرد. اداره جلسه‌ها به روش غیرمستقیم بود، به‌صورتی که آزمودنی‌ها هدایت جلسه را به عهده داشتند و پژوهشگر/آزمونگر تنها در مواردی مداخله می‌کرد که آزمودنی سؤالی داشت و یا نیاز به

معیارهای خروج از مطالعه شامل (۱) غیبت دانش‌آموزان در دو جلسه شن‌بازی؛ (۲) مشکلات جسمانی یا روانی دیگر و (۳) تمایل نداشتن والدین کودک و یا خود کودک در زمان مداخله.

ابزار

آزمون استروپ^۶: یکی از ابزارهای ارزیابی معتبر که در ارزیابی توجه کودکان استفاده شده است، آزمون استروپ است. آزمون استروپ یا اثر استروپ اولین بار به‌وسیله ریدلی استروپ (۱۹۳۵) معرفی شد. این آزمون یکی از آزمون‌های مشهور در روان‌شناسی شناختی است که به‌صورت گسترده استفاده می‌شود. از جمله فرایندهای شناختی که بیشتر در اجرای این آزمون مورد توجه است، توجه انتخابی و بازداری می‌باشد. این آزمون نقص در این دو عملکرد را ارزیابی می‌کند. در حال حاضر نسخه‌های گوناگونی از این ابزار وجود دارد که در این مطالعه از نسخه رایانه‌ای این آزمون استفاده شده است. آزمون دو مرحله دارد: اولین مرحله آموزش آزمودنی برای نامیدن رنگ‌ها است که در آن از آزمودنی درخواست می‌شود دایره رنگی را که به یکی از سه رنگ قرمز، آبی و سبز به‌تناوب بر مانیتور نشان داده می‌شود، با یکی از حروفی که روی صفحه کلید با برچسب رنگی معرف همان رنگ مشخص شده است، نشان دهد. در مرحله دوم، ۱۵ کلمه رنگی همخوان و ۳۰ کلمه رنگی ناهمخوان نمایش داده می‌شود. در مجموع، ۴۵ کلمه رنگی همخوان و ناهمخوان به‌صورت تصادفی و متوالی روی صفحه مانیتور نمایش داده می‌شود و آزمودنی فقط با تأکید بر رنگ بدون در نظر گرفتن معنی باید رنگ مرتبط را براساس برچسب روی حروف صفحه کلید فشار دهد. زمان ارائه هر محرک روی مانیتور ۲ ثانیه و فاصله بین ارائه دو محرک ۸۰۰ هزارم ثانیه است. از آزمون استروپ برای مطالعه نارسایی ویژه در یادگیری و عملکرد تحصیلی در بسیاری از نقاط جهان استفاده شده است (نریمانی و سلیمانی، ۱۳۹۲). پایایی^۷ این آزمون برای کارت‌های اول و دوم ۰/۸۸ و

که دوست دارند با آنها بازی کرده و آنها انتخاب کنند. فهرست اسباب‌بازی‌ها به شرح زیر است: عروسک‌های انسان (پدر، مادر، پسر، بچه، دختر، بچه، پزشک، پرستار، و...)، عروسک‌های فانتزی (سوپرمن، اسپایدرمن، میکی موس و...)، عروسک‌های سرباز و وسائل جنگی (تانگ، سنگ، پرچم و...)، حیوانات اهلی (سگ، گربه، پرنده و...)، حیوانات وحشی (شیر، پلنگ، زرافه، ببر و...)، وسائل نقلیه (هواپیما، اتوبوس، قایق، هلی کوپتر، ماشین و...) و علائم راهنمایی و رانندگی (ایست، ورود ممنوع و...).

تجزیه و تحلیل داده‌ها: برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد) استفاده شد. همچنین به منظور پاسخ به پرسش پژوهش از آزمون تحلیل واریانس مختلط با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. پس از اجرای تحلیل‌های آماری پیش‌فرض‌های آنها بررسی شدند (جدول ۲).

کمک احساس می‌شد. اصول بازی در این روش مداخله، مبتنی بر اصول بازی‌درمان کاف (۱۹۸۰) است که مواردی مانند (ایجاد ارتباط عاطفی با کودک رهبر بودن کودک در جلسه درمان، حفظ احترام کودک) را شامل می‌شود. برای رعایت ملاحظه‌های اخلاقی پس از اتمام پژوهش، شن‌بازی‌درمانی برای گروه کنترل نیز اجرا شد تا آنها نیز از مزایای آن بهره‌مند شوند (خلاصه پروتکل مداخله در جدول ۲ نشان داده شده است).

مشخصات اسباب‌بازی‌هایی که در مطالعه به کار گرفته شدند، عبارت بود از سینی شن با ابعاد ۵۷×۷۲×۷ سانتی‌متر با عمق ۷ سانتی‌متر به‌منظور ریختن شن روی آن و بازی‌کردن با شن و اسباب‌بازی‌ها. دیوارها و کف سینی با رنگ آبی، رنگ‌آمیزی شده و با شن تا عمق ۴ سانتی‌متر پر شده بود. در گوشه اتاق قفسه بزرگی از انواع اسباب‌بازی‌ها به منظور استفاده از نمادهای مختلف وجود داشت که کودکان به سلیقه خود می‌توانستند اسباب‌بازی‌هایی را

جدول ۲. پروتکل گروهی شن‌بازی‌درمانی (کاف، ۱۹۸۰)

جلسه‌ها	نحوه اجرا
جلسه اول	- معرفی خود و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر (۱۰ دقیقه). - مشخص کردن قوانین گروه (۱۰ دقیقه). - معرفی سینی‌ها و ظروف، اسباب‌بازی‌ها فرایند و مراحل انجام کار به مراجع. - به کودک می‌گوییم که: «از تو می‌خواهم که اسباب بازی‌ها را با دقت نگاه کنی و با آنها در این سینی شن، هر تصویری که دوست داری درست کنی» (۲۵ دقیقه).
جلسه دوم	- خوشامدگویی به اعضای گروه و ایجاد رابطه کلامی با آنها (۱۰ دقیقه) - در این جلسه نیز سینی شن، اسباب بازی‌ها و سطل آب در اختیار کودک قرار گرفت و به آنها گفته شد: «در سینی شن، با اسباب بازی‌هایی که داری جهان خودت را بساز» (۲۵ دقیقه).
جلسه سوم	- پرسش از کودکان در مورد بازخورد و احساس آنها از این جلسه (۱۰ دقیقه) - خوشامدگویی به اعضای گروه و ایجاد رابطه (۱۰ دقیقه) - در این جلسه نیز سینی شن، اسباب‌بازی‌ها و سطل آب در اختیار کودک قرار گرفت و به آنها گفته شد: «در سینی شن، با اسباب بازی‌هایی که داری جهان خودت را خلق کن. بعد از اینکه دانش‌آموزان تصاویر خود را خلق کردند، با آنها در مورد شکلی که ساخته‌اند می‌پرسیم. چی ساختی؟ داستانش رو برام بگو» (۲۵ دقیقه).
جلسه چهارم	- پرسش از کودکان در مورد بازخورد و احساس آنها از این جلسه (۱۰ دقیقه) - خوشامدگویی به اعضای گروه و ایجاد رابطه (۱۰ دقیقه) - در این جلسه نیز سینی شن، اسباب‌بازی‌ها و سطل آب در اختیار کودک قرار گرفت و به آنها گفته شد: «امروز می‌خواهیم یک کار متفاوت و جالب‌تر انجام دهیم. دوست داری با هم یک داستان بسازیم و تصاویر داستان را در سینی شن به نمایش درآوریم؟ (داستان را در مسیر درمان هدایت می‌کنیم)» (۲۵ دقیقه).
جلسه پنجم	- پرسش از کودکان در مورد بازخورد و احساس آنها از این جلسه (۱۰ دقیقه). - خوشامدگویی به اعضای گروه و ایجاد رابطه (۱۰ دقیقه) - در این جلسه نیز سینی شن، اسباب‌بازی‌ها و سطل آب در اختیار کودک قرار گرفت و به آنها اجازه داده شد تا هر تصویری که دوست دارند خلق کنند و راجع به آن با دوستان خود صحبت کنند (۲۵ دقیقه).

			۱/۳۸	۲/۸۵	بدون پاسخ ناهمخوان	
۱/۸۳	۴۵/۰۰	تعداد صحیح همخوان	۱/۳۷	۴۳/۱۰	زمان آزمایش همخوان	پیگیری
۱/۸۳	۴۶/۵۰	تعداد صحیح ناهمخوان	۱/۶۹	۴۳/۲۵	زمان آزمایش ناهمخوان	
۶۸/۹۶	۱۰۰۵/۸۰	زمان واکنش همخوان	۰/۷۹	۱/۲۰	تعداد خطا همخوان	آزمایش
۴۴/۲۷	۹۵۸/۶۰	زمان واکنش ناهمخوان	۰/۷۶	۱/۸۲	تعداد خطا ناهمخوان	
۰/۷۹	۴/۲۰	نمره تداخل	۰/۸۱	۱/۰۶	بدون پاسخ همخوان	
			۱/۵۴	۱/۱۵	بدون پاسخ ناهمخوان	
۳/۳۲	۴۴/۳۶	تعداد صحیح همخوان	۲/۳۶	۴۸/۷۰	زمان آزمایش همخوان	
۲/۷۸	۴۴/۲۰	تعداد صحیح ناهمخوان	۳/۳۱	۵۲/۱۰	زمان آزمایش ناهمخوان	
۴۰/۴۹	۱۰۶۴/۴۰	زمان واکنش همخوان	۱/۱۹	۱/۳۳	تعداد خطا همخوان	کنترل
۳۰/۷۷	۱۰۰۶/۱۰	زمان واکنش ناهمخوان	۱/۴۵	۳/۳۱	تعداد خطا ناهمخوان	
۱/۴۹	۷/۰۰	نمره تداخل	۱/۲۱	۱/۶۶	بدون پاسخ همخوان	
			۱/۲۷	۲/۷۰	بدون پاسخ ناهمخوان	

لون سنجیده شد. زمانی که سطح معناداری این آزمون، از ۰/۰۵ بزرگ‌تر باشد، فرض برابری واریانس گروه‌ها مورد تأیید است و در نتیجه پژوهشگر مجاز به استفاده از این آزمون است. چون سطح معناداری آزمون لوین (بین $F=۰/۰۲$ تا $F=۳/۹۶$) در متغیرهای بررسی‌شده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است پس فرض برابری واریانس‌ها تأیید می‌شود ($p > ۰/۰۵$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین واریانس متغیرهای مطالعه‌شده، تفاوت معناداری وجود ندارد. مفروضه عدم معناداری همبستگی‌های دوتایی بین سطوح متغیر وابسته به وسیله آزمون کرویت موشلی^۸ ارزیابی می‌شود. اگر سطح معناداری این آزمون بزرگ‌تر از ۰/۰۵ باشد، مفروضه مذکور برقرار است (سرمد و همکاران، ۱۳۹۳). نتایج این آزمون نشان داد که فرض کرویت برای متغیرها برقرار نیست ($p < ۰/۰۵$). زمانی که این مفروضه در تحلیل واریانس مختلط برقرار نباشد، برای گزارش در بخش اثرهای درون‌گروهی از اصلاح گرین‌هاوس گیسر استفاده می‌شود. بنابراین در تحلیل نتایج این فرضیه‌ها از اصلاح گرین‌هاوس گیسر استفاده شده است. زمان آزمایش همخوان، زمان آزمایش ناهمخوان، تعداد خطا همخوان، تعداد پاسخ ناهمخوان، بدون پاسخ همخوان، بدون پاسخ صحیح همخوان، تعداد صحیح همخوان، تعداد صحیح ناهمخوان، زمان واکنش همخوان، زمان واکنش ناهمخوان و نمره تداخل متغیرهایی هستند که برای

به منظور بررسی اثربخشی بازی شن‌درمانی روی توجه انتخابی کودکان مبتلا به نارسایی ویژه در یادگیری واریانس مختلط (۲×۳) استفاده شد. در چنین شرایطی پژوهشگران برای تحلیل داده‌ها تحلیل واریانس مختلط یا ترکیبی را پیشنهاد می‌کنند (فرگوسن و یوشیوتاکانه، ۱۳۹۲). آزمون مذکور برای تحلیل داده‌هایی است که در آن از آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در متغیر بررسی شده حداقل سه نمره در دست باشد (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری). استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس مختلط مستلزم رعایت این مفروضه‌ها است: استقلال داده‌ها، نرمال بودن داده‌ها، همگنی واریانس‌ها، معنادار نبودن همبستگی‌های دوتایی بین سطوح متغیر وابسته.

مستقل بودن مشاهدات به این معنا است که نمره هر فرد در متغیر وابسته، از نمره آزمودنی‌های دیگر مستقل باشد. از آنجایی که پاسخ آزمودنی‌ها به سؤال‌های تحت تأثیر آزمودنی‌های دیگر نبود، این شرط برقرار شده است. نرمال بودن توزیع داده‌ها از راه آزمون کالموگروف اسمیرنوف بررسی شد. با توجه به نتایج آزمون چون سطح معناداری آزمون کالموگروف در هر چهار متغیر مورد مطالعه از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، پس فرض صفر (نرمال بودن توزیع نمره‌ها) تأیید می‌شود (بین ۰/۰۷۱ تا ۰/۱۷۸). برابری واریانس متغیر وابسته در گروه آزمایش و کنترل از راه آزمون

کنترل در مراحل مختلف تغییر کرده و حداقل در یکی از سه مرحله اندازه‌گیری تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل واریانس منابع بین گروهی که نشان‌دهنده معناداری تفاوت میانگین کل متغیر وابسته در مراحل سه‌گانه بین گروه‌ها است، تفاوت معناداری را نشان داد ($F=0.001, p<0.001, \eta^2=0.58$ ، $24/89$). نتایج آزمون‌های بونفرونی به‌منظور مقایسه زوجی میانگین‌ها در سه مرحله نشان داد که مؤلفه زمان آزمایش ناهمخوان تنها در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش معناداری را نشان داد ($p<0.05$). به‌منظور بررسی اثر تعاملی یا مقایسه سطوح متغیر وابسته (پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری) بر حسب سطوح متغیر آزمایشی (آزمایش-کنترل)، اثرهای اصلی تجزیه و از تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد. نتایج آن نشان داد که شن‌بازی درمانی موجب کاهش نمره‌های پس‌آزمون ($F=92/28, p=0.001$) و پیگیری ($p=0.001$)، زمان آزمایش ناهمخوان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط برای بررسی اثر اصلی زمان و اثر تعاملی زمان و مداخله بر تعداد خطای همخوان در گروه‌های تحت مطالعه در جدول ۴ ج گزارش شده است. نتایج آن نشان داد که اثر اصلی زمان ($F=0.16, \eta^2=0.01, p>0.05$) و اثر تعامل بین زمان و گروه ($F=2/12, \eta^2=0.11, p>0.05$) معنادار نبودند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین تعداد خطا همخوان سه مرحله اندازه‌گیری تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج تحلیل واریانس منابع بین گروهی که نشان‌دهنده معناداری تفاوت میانگین کل متغیر وابسته در مراحل سه‌گانه بین گروه‌ها است، تفاوت معناداری را نشان نداد ($F=0.05, p>0.05, \eta^2=0.94$). از این رو، نتایج نشان داد که شن‌بازی درمانی تأثیر معناداری روی تعداد خطای همخوان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل ندارد.

اندازه‌گیری توجه انتخابی به کار می‌رود که در زیر با توجه به رعایت مفروضه‌های تحلیل، تحلیل واریانس مختلط برای هر یک از این متغیرها به منظور بررسی اثربخشی شن‌بازی درمانی بر توجه انتخابی پسران ۸ تا ۱۱ ساله دارای نارسایی ویژه در یادگیری به کار رفت. از آزمون تحلیل واریانس مختلط برای بررسی اثر اصلی زمان و اثر تعاملی زمان و مداخله بر زمان آزمایش ناهمخوان در گروه‌های تحت مطالعه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ الف گزارش شده است. نتایج آن نشان داد که اثر اصلی زمان ($p>0.05$)، زمان و گروه ($F=1/84, \eta^2=0.09, p<0.001$) معنادار نبود، اما اثر تعامل بین زمان و گروه ($F=11/99, \eta^2=0.40, p<0.001$) معنادار بود. از این رو گروه‌ها تغییری در طول زمان در میزان زمان آزمایش همخوان نداشتند. نتایج تحلیل واریانس منابع بین گروهی که نشان‌دهنده معناداری تفاوت میانگین کل متغیر وابسته در مراحل سه‌گانه بین گروه‌ها است، تفاوت معناداری را نشان داد ($F=20/27, \eta^2=0.53, p<0.001$). اثر تعاملی یا مقایسه سطوح متغیر وابسته (پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری) بر حسب سطوح متغیر آزمایشی (آزمایش-کنترل) با استفاده از تحلیل واریانس یک راهه انجام شد. نتایج آن نشان داد که شن‌بازی درمانی موجب کاهش نمره‌های پس‌آزمون ($F=34/99, p=0.001$) و پیگیری ($F=42/13, p=0.001$) زمان آزمایش همخوان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

از آزمون تحلیل واریانس مختلط برای بررسی اثر اصلی زمان و اثر تعاملی زمان و مداخله بر زمان آزمایش ناهمخوان در گروه‌های تحت مطالعه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ب گزارش شده است. نتایج آن نشان داد که اثر اصلی زمان ($F=6/52, \eta^2=0.27, p<0.01$) و اثر تعامل بین زمان و گروه ($F=24/24, \eta^2=0.57, p<0.001$) معنادار بودند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که میانگین زمان آزمایش ناهمخوان گروه آزمایش و

واریانس منابع بین گروهی که نشان‌دهنده معناداری تفاوت میانگین کل متغیر وابسته در مراحل سه‌گانه بین گروه‌ها است، تفاوت معناداری را نشان نداد ($F= 2/30, \eta^2= 0/11, p> 0/05$). به‌منظور بررسی اثر تعاملی یا مقایسه سطوح متغیر وابسته (پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری) برحسب سطوح متغیر آزمایشی (آزمایش-کنترل)، اثرهای اصلی تجزیه و از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. نتایج آن نشان داد که شن‌بازی درمانی موجب کاهش نمره‌های پس‌آزمون ($F= 4/84, p= 0/05$) بدون پاسخ همخوان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

در جدول ۴ و نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط برای بررسی اثرات اصلی زمان و تعاملی زمان و مداخله بر بدون پاسخ ناهمخوان گزارش شده است. نتایج آن نشان داد که اثر اصلی زمان ($p> 0/05$)، اثر تعاملی بین زمان و گروه ($F= 4/09, \eta^2= 0/19, p> 0/05$) معنادار نبودند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین بدون پاسخ ناهمخوان سه مرحله اندازه‌گیری تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج تحلیل واریانس منابع بین گروهی که نشان‌دهنده معناداری تفاوت میانگین کل متغیر وابسته در مراحل سه‌گانه بین گروه‌ها است، تفاوت معناداری را نشان داد ($F= 0/25, p< 0/05$)، نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد که شن‌بازی درمانی موجب کاهش نمره‌های پس‌آزمون ($F= 6/16, p< 0/05$) و دوره پیگیری ($F= 6/90, p< 0/05$) بدون پاسخ ناهمخوان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

برای بررسی اثر اصلی زمان و اثر تعاملی زمان و مداخله بر تعداد صحیح همخوان در گروه‌های تحت مطالعه، از آزمون تحلیل واریانس مختلط استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است. نتایج آن نشان داد که اثر اصلی زمان ($p< 0/01, \eta^2= 0/35$)، اثر تعاملی بین زمان و گروه ($F= 9/86, p< 0/05$) و اثر تعاملی بین زمان و گروه ($F= 5/91, \eta^2= 0/22$) معنادار بودند. بنابراین، می‌توان

از آزمون تحلیل واریانس مختلط برای بررسی اثر اصلی و تعاملی زمان و مداخله بر تعداد خطای ناهمخوان استفاده شد (جدول ۴ د). نتایج آن نشان داد که اثر اصلی زمان ($p< 0/01, \eta^2= 0/22$)، اثر تعاملی بین زمان و گروه ($F= 0/28, p< 0/001$) و اثر تعاملی بین زمان و گروه ($F= 6/88, \eta^2= 0/27$) معنادار بودند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که میانگین تعداد خطای ناهمخوان گروه آزمایش و کنترل در مراحل مختلف تغییر کرده و حداقل در یکی از سه مرحله اندازه‌گیری تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل واریانس منابع بین گروهی که نشان‌دهنده معناداری تفاوت میانگین کل متغیر وابسته در مراحل سه‌گانه بین گروه‌ها است، تفاوت معناداری را نشان داد ($p< 0/05, \eta^2= 0/27$)، نتایج آزمون‌های بونفرونی به‌منظور مقایسه زوجی میانگین‌ها در سه مرحله نشان داد که مؤلفه تعداد خطای ناهمخوان تنها در مرحله پس-آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش معناداری را نشان می‌دهد ($p< 0/05$). به‌منظور بررسی اثر تعاملی یا مقایسه سطوح متغیر وابسته (پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری) برحسب سطوح متغیر آزمایشی (آزمایش-کنترل)، اثرهای اصلی تجزیه و از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. نتایج آن نشان داد که شن‌بازی درمانی موجب کاهش نمره‌های پس‌آزمون ($F= 12/26, p= 0/001$) و پیگیری ($F= 8/25, p= 0/001$) تعداد خطای ناهمخوان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

نتایج اثرات اصلی و تعاملی بر متغیر بدون پاسخ همخوان در جدول ۴ ه گزارش شده است. نتایج آن نشان داد که اثر اصلی زمان ($p> 0/05, \eta^2= 0/01$)، اثر تعاملی بین زمان و گروه ($F= 0/08, p< 0/05, \eta^2= 0/18$) معنادار بود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین بدون پاسخ همخوان سه مرحله اندازه‌گیری تفاوت معناداری وجود ندارد ولی احتمالاً در یکی از این مراحل بین گروه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل

داد که مؤلفه تعداد صحیح ناهمخوان در مراحل پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون و پیگیری و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش معناداری را نشان داد ($p < 0/01$). به‌منظور بررسی اثر تعاملی یا مقایسه سطوح متغیر وابسته (پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری) برحسب سطوح متغیر آزمایشی (آزمایش-کنترل)، اثرهای اصلی تجزیه و از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. نتایج آن نشان داد که شنبازی‌درمانی موجب افزایش نمره‌های پس‌آزمون ($F = 13/09, p < 0/01$) و ($F = 4/78, p < 0/05$) پیگیری تعداد صحیح ناهمخوان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

در جدول ۴ نتایج اثرات اصلی زمان و تعاملی زمان و مداخله بر زمان واکنش همخوان در گروه‌های تحت مطالعه گزارش شده است. نتایج آن نشان داد که اثر اصلی زمان ($F = 96/73, \eta^2 = 0/84, p < 0/001$) و اثر تعامل بین زمان و گروه ($F = 27/15, \eta^2 = 0/60, p < 0/001$) می‌توان نتیجه گرفت که میانگین زمان واکنش همخوان گروه آزمایش و کنترل در مراحل مختلف تغییر کرده و حداقل در یکی از سه مرحله اندازه‌گیری تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل واریانس منابع بین گروهی که نشان‌دهنده معناداری تفاوت میانگین کل متغیر وابسته در مراحل سه‌گانه بین گروه‌ها است، تفاوت معناداری را نشان داد ($F = 29/77, \eta^2 = 0/62, p < 0/001$). نتایج آزمون‌های بونفرونی به‌منظور مقایسه زوجی میانگین‌ها در سه مرحله نشان داد که مؤلفه زمان واکنش همخوان در مراحل پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون و پیگیری و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش معناداری را نشان داد ($p < 0/01$). به‌منظور بررسی اثر تعاملی یا مقایسه سطوح متغیر وابسته (پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری) برحسب سطوح متغیر آزمایشی (آزمایش-کنترل)، اثرهای اصلی تجزیه و از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. نتایج آن نشان داد که شنبازی‌درمانی موجب

نتیجه گرفت که میانگین تعداد صحیح همخوان گروه آزمایش و کنترل در مراحل مختلف تغییر کرده و حداقل در یکی از سه مرحله اندازه‌گیری تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل واریانس منابع بین گروهی که نشان‌دهنده معناداری تفاوت میانگین کل متغیر وابسته در مراحل سه‌گانه بین گروه‌ها است، تفاوت معناداری را نشان نداد ($F = 2/99, \eta^2 = 0/14, p > 0/05$). نتایج آزمون‌های بونفرونی به‌منظور مقایسه زوجی میانگین‌ها در سه مرحله نشان داد که مؤلفه تعداد صحیح همخوان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش معناداری را نشان داد ($p < 0/05$). به‌منظور بررسی اثر تعاملی یا مقایسه سطوح متغیر وابسته (پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری) برحسب سطوح متغیر آزمایشی (آزمایش-کنترل)، اثرهای اصلی تجزیه و از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد، نتایج آن نشان داد که شنبازی‌درمانی موجب افزایش نمره‌های پس‌آزمون در ($F = 16/75, p = 0/001$) تعداد صحیح همخوان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

نتیجه آزمون تحلیل واریانس مختلط در رابطه با بررسی اثر اصلی زمان و اثر تعاملی زمان و مداخله بر تعداد صحیح ناهمخوان در گروه‌های تحت مطالعه در جدول ۴ ح گزارش شده است. نتایج آن نشان داد که اثر اصلی زمان ($F = 358/44, \eta^2 = 0/95, p < 0/001$) و اثر تعامل بین زمان و گروه ($F = 176/95, \eta^2 = 0/91, p < 0/001$) می‌توان نتیجه گرفت که میانگین تعداد صحیح ناهمخوان گروه آزمایش و کنترل در مراحل مختلف تغییر کرده و حداقل در یکی از سه مرحله اندازه‌گیری تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل واریانس منابع بین‌گروهی که نشان‌دهنده معناداری تفاوت میانگین کل متغیر وابسته در مراحل سه‌گانه بین گروه‌ها است، تفاوت معناداری را نشان نداد ($F = 1/24, \eta^2 = 0/06, p > 0/05$). نتایج آزمون‌های بونفرونی به‌منظور مقایسه زوجی میانگین‌ها در سه مرحله نشان

تفاوت گروه‌ها در پیش‌آزمون نیز معنادار بود ($F=20/64, p<0/001$).

آزمون تحلیل واریانس مختلط برای بررسی اثرات اصلی زمان و تعاملی زمان و مداخله بر میزان تداخل در گروه‌های تحت مطالعه به کار رفت که نتایج آن در جدول ۴ ک گزارش شده است. نتایج آن نشان داد که اثر اصلی زمان ($F=27/24, \eta^2=0/60, p<0/001$) و اثر تعامل بین زمان و گروه ($F=17/09, \eta^2=0/49, p<0/001$) معنادار بودند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که میانگین میزان تداخل گروه آزمایش و کنترل در مراحل مختلف تغییر کرده و حداقل در یکی از سه مرحله اندازه‌گیری تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل واریانس منابع بین گروهی که نشان‌دهنده معناداری تفاوت میانگین کل متغیر وابسته در مراحل سه‌گانه بین گروه‌ها است، تفاوت معناداری را نشان داد ($F=49/98, \eta^2=0/74, p<0/001$). نتایج آزمون‌های بونفرونی به‌منظور مقایسه زوجی میانگین‌ها در سه مرحله نشان داد که مؤلفه میزان تداخل در مراحل پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون و پیگیری و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش معناداری را نشان داد ($p<0/01$). به‌منظور بررسی اثر تعاملی یا مقایسه سطوح متغیر وابسته (پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری) برحسب سطوح متغیر آزمایشی (آزمایش-کنترل)، اثرهای اصلی تجزیه و از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. نتایج آن نشان داد که شن‌بازی درمانی موجب کاهش نمره‌های پس‌آزمون ($F=141/30, p<0/001$) و پیگیری ($F=27/56, p<0/001$) میزان تداخل در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است (جدول ۴).

جدول ۴ آزمون تحلیل واریانس مختلط برای مؤلفه‌های آزمون استروپ در سه مرحله اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) برای گروه‌های آزمایش و کنترل

منابع	اجزا	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آزمون F	سطح معناداری	اندازه اثر
الف) زمان آزمایش همخوان							
	زمان	۱۱/۶۳	۱/۲۶	۹/۲۲	۱/۸۴	۰/۱۹	۰/۰۹

کاهش نمره‌های پس‌آزمون ($F=98/12, p<0/001$) و پیگیری ($F=5/37, p<0/05$) زمان واکنش همخوان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

اثر اصلی زمان و اثر تعاملی زمان و مداخله بر زمان واکنش ناهمخوان با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مختلط بررسی شد (جدول ۴ ی). نتایج آن نشان داد که اثر اصلی زمان ($F=115/34, \eta^2=0/87, p<0/001$) و اثر تعامل بین زمان و گروه ($F=58/75, \eta^2=0/77, p<0/001$) معنادار بودند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که میانگین زمان واکنش ناهمخوان گروه آزمایش و کنترل در مراحل مختلف تغییر کرده و حداقل در یکی از سه مرحله اندازه‌گیری تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل واریانس منابع بین گروهی که نشان‌دهنده معناداری تفاوت میانگین کل متغیر وابسته در مراحل سه‌گانه بین گروه‌ها است، تفاوت معناداری را نشان داد ($F=26/47, \eta^2=0/60, p<0/001$). نتایج آزمون‌های بونفرونی به‌منظور مقایسه زوجی میانگین‌ها در سه مرحله نشان داد که مؤلفه زمان واکنش ناهمخوان در مراحل پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون و پیگیری و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش معناداری را نشان داد ($p<0/01$). به‌منظور بررسی اثر تعاملی یا مقایسه سطوح متغیر وابسته (پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری) برحسب سطوح متغیر آزمایشی (آزمایش-کنترل)، اثرهای اصلی تجزیه و از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. نتایج آن نشان داد که شن‌بازی درمانی موجب کاهش نمره‌های پس‌آزمون ($F=165/51, p<0/001$) و پیگیری ($F=7/76, p<0/01$) زمان واکنش ناهمخوان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. لازم به ذکر است که

۰/۴۰	۰/۰۰۱	۱۱/۹۹	۶۰/۰۹	۱/۲۶	۷۵/۸۳	زمان*گروه	درون گروهی
			۵/۰۱	۲۲/۲۷	۱۱۳/۸۷	خطا	
۰/۵۳	۰/۰۰۱	۲۰/۲۷	۲۷۳/۰۷	۱	۲۷۳/۰۷	گروه	بین گروهی
			۱۳/۴۷	۱۸	۲۴۲/۵۳	خطا	
ب) زمان آزمایش ناهمخوان							
۰/۲۷	۰/۰۱	۶/۵۲	۳۷/۰۴	۱/۳۷	۵۰/۸۱	زمان	
۰/۵۷	۰/۰۰۱	۲۴/۲۴	۱۳۷/۶۶	۱/۳۷	۱۸۸/۸۱	زمان*گروه	درون گروهی
			۵/۶۸	۲۴/۶۹	۱۴۰/۲۲	خطا	
۰/۵۸	۰/۰۰۱	۲۴/۸۹	۶۱۷/۶۰	۱	۶۱۷/۶۰	گروه	بین گروهی
			۲۴/۸۲	۱۸	۴۴۶/۷۱	خطا	
ج) تعداد خطای همخوان							
۰/۰۱	۰/۷۹	۰/۱۶	۰/۰۷	۱/۵۳	۰/۱۰	زمان	
۰/۱۱	۰/۱۵	۲/۱۲	۰/۸۹	۱/۵۳	۱/۳۶	زمان*گروه	درون گروهی
			۰/۴۲	۲۷/۴۶	۱۱/۴۹	خطا	
۰/۰۵	۰/۳۵	۰/۹۴	۲/۱۳	۱	۲/۱۳	گروه	بین گروهی
			۲/۲۷	۱۸	۴۰/۸۵	خطا	
د) تعداد خطای ناهمخوان							
۰/۲۲	۰/۰۱	۴/۹۶	۲/۱۷	۲	۴/۳۳	زمان	
۰/۲۸	۰/۰۰۱	۶/۸۸	۳/۰۱	۲	۶/۰۱	زمان*گروه	درون گروهی
			۰/۴۴	۳۶	۱۵/۷۳	خطا	
۰/۲۷	۰/۰۲	۶/۵۹	۲۳/۹۴	۱	۲۳/۹۴	گروه	بین گروهی
			۳/۶۳	۱۸	۶۵/۴۰	خطا	
ه) بدون پاسخ همخوان							
۰/۰۱	۰/۹۲	۰/۰۸	۰/۰۱	۲	۰/۰۳	زمان	
۰/۱۸	۰/۰۳	۳/۹۳	۰/۶۵	۲	۱/۳۰	زمان*گروه	درون گروهی
			۰/۱۷	۳۶	۵/۹۶	خطا	
۰/۱۱	۰/۱۵	۲/۳۰	۷/۳۵	۱	۷/۳۵	گروه	بین گروهی
			۳/۲۰	۱۸	۵۷/۵۸	خطا	
و) بدون پاسخ ناهمخوان							
۰/۱۹	۰/۰۶	۴/۰۹	۴/۶۴	۱/۰۴	۴/۸۱	زمان	
۰/۰۸	۰/۲۳	۱/۵۷	۱/۷۸	۱/۰۴	۱/۸۵	زمان*گروه	درون گروهی
			۱/۱۳	۱۸/۶۷	۲۱/۱۷	خطا	
۰/۲۵	۰/۰۲	۶/۱۶	۲۳/۵۶	۱	۲۳/۵۶	گروه	بین گروهی
			۳/۸۳	۱۸	۶۸/۸۵	خطا	
ز) تعداد صحیح همخوان							
۰/۳۵	۰/۰۱	۹/۸۶	۷۱/۷۲	۱/۰۲	۷۲/۹۷	زمان	
۰/۲۲	۰/۰۳	۵/۲۱	۳۷/۹۱	۱/۰۲	۳۸/۵۷	زمان*گروه	درون گروهی
			۷/۲۸	۱۸/۳۱	۱۳۳/۲۴	خطا	
۰/۱۴	۰/۱۰	۲/۹۹	۳۵/۸۸	۱	۳۵/۸۸	گروه	بین گروهی
			۱۲/۰۲	۱۸	۲۱۶/۳۲	خطا	
ح) تعداد صحیح ناهمخوان							
۰/۹۵	۰/۰۰۱	۳۵۸/۴۴	۱۲۱/۱۴	۱/۳۳	۱۶۰/۶۳	زمان	
۰/۹۱	۰/۰۰۱	۱۷۶/۹۵	۵۹/۸۰	۱/۳۳	۷۹/۳۰	زمان*گروه	درون گروهی
			۰/۳۴	۲۳/۸۷	۸/۰۷	خطا	
۰/۰۶	۰/۲۸	۱/۲۴	۲۵/۳۵	۱	۲۵/۳۵	گروه	بین گروهی

		۲۰/۵۱	۱۸	۳۶۹/۱۳	خطا
ط) زمان واکنش همخوان					
	زمان	۱۱۶۵۶۸/۸۰	۲	۲۳۳۱۳۷/۶۰	خطا
۰/۸۴	۰/۰۰۱	۹۶/۷۳	۲	۲۳۳۱۳۷/۶۰	زمان
۰/۶۰	۰/۰۰۱	۲۷/۱۵	۲	۶۵۴۳۷/۷۳	درون گروهی
	زمان*گروه	۱۲۰۵/۱۱	۳۶	۴۳۳۸۴/۰۰	خطا
۰/۶۲	۰/۰۰۱	۲۹/۷۷	۱	۸۷۷۰۷/۲۷	گروه
	بین گروهی	۲۹۴۵/۸۲	۱۸	۵۳۰۲۴/۸۰	خطا
ی) زمان واکنش ناهمخوان					
	زمان	۶۰۳۰۸/۵۲	۲	۱۲۰۶۱۷/۰۳	خطا
۰/۸۷	۰/۰۰۱	۱۱۵/۳۴	۲	۱۲۰۶۱۷/۰۳	زمان
۰/۷۷	۰/۰۰۱	۵۸/۷۵	۲	۶۱۴۳۴/۱۰	درون گروهی
	زمان*گروه	۵۲۲/۸۶	۳۶	۱۸۸۲۲/۸۷	خطا
۰/۶۰	۰/۰۰۱	۲۶/۴۷	۱	۳۰۳۷۵/۰۰	گروه
	بین گروهی	۱۱۴۷/۷۴	۱۸	۲۰۶۵۹/۳۳	خطا
ک) زمان واکنش ناهمخوان					
	زمان	۷۱/۶۸	۱/۴۹	۱۰۶/۶۳	خطا
۰/۶۰	۰/۰۰۱	۲۷/۲۴	۱/۴۹	۱۰۶/۶۳	زمان
۰/۴۹	۰/۰۰۱	۱۷/۰۹	۱/۴۹	۶۶/۹۰	درون گروهی
	زمان*گروه	۲/۶۳	۲۶/۷۸	۷۰/۴۷	خطا
۰/۷۴	۰/۰۰۱	۴۹/۹۸	۱	۱۶۳/۳۵	گروه
	بین گروهی	۳/۲۷	۱۸	۵۸/۸۳	خطا

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی شن‌بازی درمانی روی توجه انتخابی کودکان مبتلا به نارسایی ویژه در یادگیری بود. این مطالعه نخستین مطالعه در این زمینه بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که شن‌بازی درمانی منجر به افزایش توجه انتخابی دانش‌آموزان پسر ۸-۱۱ ساله دارای نارسایی ویژه در یادگیری می‌شود و این اثر تا دوره پیگیری ماندگار است. این یافته با مطالعه‌های پیشین در این زمینه که نشان داده‌اند شن‌بازی درمانی در کاهش پرخاشگری/ بیش‌فعالی، ناسازگاری و کمبود توجه در کودکان مبتلا به اختلال رفتاری (هان و همکارانش، ۲۰۱۷؛ کهریزی و همکارانش، ۱۳۹۳)، افزایش فراخنای توجه و سرعت روانی-حرکتی (ملک‌پور و نسائی مقدم، ۱۳۹۳)، کاهش نشانگان بیش‌فعالی و کمبود توجه و افزایش سازگاری کودکان کم توان ذهنی آموزش‌پذیر (ژئو و همکاران، ۲۰۰۸) مؤثر بوده است، همسو می‌باشد. با توجه به اینکه مطالعه‌های پیشین نشان داده‌اند که نقص توجه در کودکان مبتلا به نارسایی ویژه در

یادگیری شایع است. در همین رابطه، مطالعه استر (۲۰۰۴) نشان داد که افراد با نارسایی ویژه در یادگیری در توجه انتخابی، تغییر توجه و توجه پایدار از عملکرد ضعیف‌تری برخوردار هستند. این نقص به تبع آن به‌طور مستقیم می‌تواند در عملکرد تحصیلی و سایر جنبه‌های زندگی آنان مشکل ایجاد کند. از این‌رو کشف مداخله‌هایی که بتواند این نقص را در این کودکان برطرف سازد، از اهمیت زیادی برخوردار است چون پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آموزش توجه انتخابی بر بهبود بازشناسی واژه و روان‌خوانی در دانش‌آموزان با نارسایی ویژه در یادگیری خواندن مؤثر است (ابراهیمی، ۱۳۹۵). این مطالعه نشان داد که شن‌بازی درمانی می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای کم‌هزینه و محبوب کودکان در کاستن از نقص توجه انتخابی کودکان مبتلا به نارسایی ویژه در یادگیری مؤثر واقع شود.

از آنجایی که توجه انتخابی، توانایی تمرکز بر اطلاعات مناسب در مقابل اطلاعات نامربوط است (فینران، فرانسیس و لئونارد، ۲۰۰۹)، با انجام و تمرین در شن‌بازی درمانی که با درگیر کردن سیستم

بهبودی، خانه‌های سلامت به کودکان مبتلا به نارسایی ویژه در یادگیری برای توانمندسازی آنها در جنبه‌های مختلف به‌ویژه افزایش توجه انتخابی آنها اجرا شود.

هر پژوهشی دشواری‌ها و مشکلات خاص خود را به همراه دارد که پژوهش حاضر هم از این قاعده مستثنا نبوده است. از جمله محدودیت‌های این پژوهش این بود که اثربخشی‌شن‌بازی بر انواع مختلف اختلال یادگیری (نارسایی در خواندن املا نویسی و ریاضیات) به تفکیک بررسی نشد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان گفت که فقط دانش‌آموزان پسر مبتلا به نارسایی ویژه در یادگیری در این پژوهش بررسی شدند. از این‌رو در تعمیم نتایج به دختران مبتلا به نارسایی ویژه در یادگیری باید جانب احتیاط را رعایت کرد. همچنین می‌توان به تفاوت در ویژگی‌های فردی، خصوصیات روانی، تفاوت‌های زندگی فرهنگی و اجتماعی نمونه‌های مورد پژوهش اشاره کرد که کنترل این عوامل از عهده پژوهشگر خارج بوده است. جامعه آماری پژوهش حاضر، پسران مبتلا به نارسایی ویژه در یادگیری شهرستان پردیس بودند، از این‌رو باید در تعمیم نتایج به سایر شهرها جانب احتیاط رعایت شود. پژوهش حاضر بر پسران ۸-۱۱ ساله با نارسایی ویژه در یادگیری اجرا شد. از این‌رو باید در تعمیم نتایج به سایر سنین جانب احتیاط رعایت شود. همچنین نمونه دهنفری در هر گروه به نسبت اندک محسوب می‌شود و مطالعه‌های آینده باید تعداد بیشتری از افراد را در گروه آزمایش و کنترل بررسی کنند.

پی‌نوشت‌ها

1. Learning disorder
2. American Psychiatric Association
3. Specific learning disorder
4. Selective attention
5. Sand Play Therapy
6. Stroop Test
7. Reliability
8. Mauchly's Sphericity Test

بینایی، توجه، حرکت‌های حسی- حرکتی صورت می‌گیرد، سیستم اعصاب مربوط به توجه در کودک به مرور با انجام فعالیت‌های مداوم حسی- حرکتی تقویت می‌شود و کودک یاد می‌گیرد که توجه خود را روی فعالیت خاص متمرکز کند. از این‌رو فراهم کردن محیطی مناسب برای ارتقای سیستم پردازش شناختی کودک لازم و ضروری است. پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که بازی، نقش بسیار مؤثری در کسب مهارت‌های شناختی کودکان دارد. در همین راستا، در رابطه با راه‌کارهای مؤثر در افزایش توجه کودکان با نارسایی ویژه در یادگیری تاکنون مطالعه‌های مختلفی انجام شده است که تأثیر بازی‌های کنشی، تمرین‌های حسی- حرکتی و توانبخشی شناختی را در بهبود توجه این کودکان مؤثر دانسته است (اورکی و حیدری، ۱۳۹۵؛ کاپولا و همکاران، ۲۰۱۰). شن‌بازی درمانی نیز نوعی بازی کنشی و حسی- حرکتی است که نتایج این مطالعه نشان داد که همراه با سیر مداخله‌های بازی درمانی می‌تواند به‌عنوان روشی مؤثر در کاهش نقص توجه انتخابی در کودکان مبتلا به نارسایی ویژه در یادگیری عمل کند. شن‌بازی درمانی به‌عنوان یک شیوه روان‌درمانی، مراجع را قادر می‌سازد تا الگوهای کوچک را در یک سینی شن استفاده کند تا یک دنیای شنی را که با جنبه‌های مختلف اجتماعی او هماهنگ و مطابق می‌باشد، خلق کند. در این زمان سیستم پردازش شناختی کودک با شن‌بازی تقویت می‌شود و اثرهای مثبتی بر آن می‌گذارد. بازی افکار درونی کودک را با دنیای خارجی او ارتباط می‌دهد و باعث می‌شود کودک بتواند اشیای خارجی را تحت کنترل خود درآورد. بازی به کودک اجازه می‌دهد تا تجربه‌ها، افکار، احساسات و تمایلاتی را که برای او تهدیدکننده هستند، نشان دهند (وتینگتون، هان و فوگوآویتلی، ۲۰۰۸).

بنابراین، پیشنهاد می‌شود شن‌بازی درمانی به‌وسیله افراد متخصص در این زمینه، در مراکز درمانی،

منابع

- ملک‌پور م.، نسائی‌مقدم ب. (۱۳۹۳) «تأثیر شن‌بازی درمانی بر رشد شناختی کودکان ناتوان ذهنی آموزش‌پذیر». پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۴(۱): ۱۵۴.
- ناظر م. (۱۳۹۱) مقایسه کارکردهای شناختی توجه رانندگان با حادثه و بدون حادثه و نقش آموزش شکل‌دهی توجه بر توجه رانندگان حادثه، رساله دکتری دانشگاه پیام‌نور تهران.
- نریمانی م.، رجیبی س. (۱۳۸۴) «بررسی شیوع و علل اختلالات یادگیری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی استان اردبیل». پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۵(۳): ۱۳۱-۱۵۱.
- نریمانی م.، سلیمانی ا. (۱۳۹۲) «اثربخشی توان‌بخشی شناختی بر کارکردهای اجرایی (حافظه کاری و توجه) و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری ریاضی». مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۲(۳): ۹۱-۱۱۵.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barkley, R. A., & Dupaul, G. J., & McMurray, B. (1990). Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 775-789.
- Boik, B., & Goodwin, E. (2000). *Sandplay therapy: A sept by step manual for Psychotherapists of diverse orientations*. New York: Norton.
- Brown, R. T., & Alford, N. (1984). Ameliorating attentional deficits and concomitant academic deficiencies in learning disabled children through cognitive training. *Journal of Learning Disabilities, 17*(1), 20-26.
- Cortiella, C. (2011). *The state of learning disabilities*. New York NY: National Center for learning disabilities.
- Dawson, L. S. (2011). *Single-case analysis of sand tray therapy of depressive symptoms in early adolescence* (Doctoral dissertation), The George Washington University.
- Finneran, D. A., Francis, A. L., & Leonard, L. B. (2009). Sustained attention in children with specific language impairment (SLI). *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 52*(4), 915-929.
- Forkosh Baruch, A., & Meer, Y. (2019). Academic support model for post-secondary school students with learning disabilities: student and instructor perceptions AU - Lipka, Orly. *International Journal of Inclusive Education, 23*(2), 142-157.
- Garcia, V. L., Pereira, L. D., & Fukuda, Y. (2007). Selective attention-psi performance in children with learning disabilities. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, 73*(3), 404-411.
- ادیب سرشکی ن.، مرادی ن.، یادگاری ف.، کنعانی ز. (۱۳۹۵) «تأثیر آموزش توجه بر بهبود عملکرد خواندن دانش‌آموزان نارساخوان». *مجله روان‌شناسی شناختی*، ۴(۴): ۶۱-۷۰.
- امانی ا.، فدایی ا.، توکلی م.، شیری ا.، شیری و. (۱۳۹۶) «مقایسه برنامه‌ریزی، توجه انتخابی و انعطاف‌پذیری شناختی در دانش‌آموزان با و بدون اختلال یادگیری خاص (نارسایی خواندن)». *ناتوانی‌های یادگیری*، ۷(۲): ۹۴-۱۱۱.
- اورکی م.، حیدری ش. (۱۳۹۵) «تأثیر بازی‌های ویدیویی کنشی (اکشن) بر توجه انتخابی بینایی کودکان نارساخوان». *شناخت اجتماعی*، ۳: ۵۹-۷۰.
- چوپان زیده ر.، عابدی ا.، پیروز زیجرودی م. (۱۳۹۴) «بررسی اثربخشی آموزش توجه براساس برنامه فلچر بر عملکرد خواندن دانش‌آموزان دختر نارساخوان». *ناتوانی‌های یادگیری*، ۱۵: ۳۶-۴۸.
- خانزاده ح. (۱۳۹۰) *روان‌شناسی و آموزش کودکان و نوجوانان دارای نیازهای ویژه*، تهران: انتشارات آوای نور.
- رضایی س.، رسولی آ. (۱۳۹۸) «اثربخشی بازی‌درمانی بر مهارت‌های اجتماعی، اضطراب و پرخاشگری کودکان سندرم داون». *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۹(۴): ۳۴-۲۳.
- زارع ح.، فرزاد و.، علیپور ا.، ناظر م. (۱۳۹۱) «تأثیر آموزش شکل‌دهی توجه بر تقویت توجه رانندگان حادثه‌دیده». *تازه‌های علوم شناختی*، ۲: ۸۷-۹۷.
- سیادتیان ح.، عابدی ا.، صادقیان ع. (۱۳۹۳) «تأثیر بازی‌درمانی بر تقویت توجه شنیداری دانش‌آموزان با اختلال یادگیری امل». *مجله مطالعات ناتوانی*، ۴(۴): ۵۴-۴۳.
- شخصی خازنی م. (۱۳۹۶) مقایسه انواع مشکلات توجه در دانش‌آموزان پسر مبتلا به اختلال خواندن و اختلال ریاضی با دانش‌آموزان عادی دوره ابتدایی شهر مشهد (پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد)، دانشگاه فردوسی مشهد.
- شریفی ع.، داوری ر. (۱۳۹۱) «شیوع ناتوانی‌های یادگیری در دانش‌آموزان پایه‌های اول و دوم ابتدایی استان چهارمحال و بختیاری». *ناتوانی‌های یادگیری*، ۱(۲): ۶۳-۷۶.
- علی‌پور ف.، نجاتی و.، دهرویه ش.، مرادعلیان ف.، بدافی ا. (۱۳۹۹) «تنظیم شناختی هیجان و مشکلات رفتاری در کودکان ۷ تا ۱۲ سال با نارسایی ویژه در یادگیری ریاضی، خواندن و نوشتن». *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۲۰(۱): ۸۷-۹۸.
- کهزیزی س.، مرادی آ.، مؤمنی آ. (۱۳۹۳) «اثربخشی شن‌بازی‌درمانی بر کاهش پرخاشگری / بیش‌فعالی کودکان پیش‌دستانی». *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۵(۸۱): ۱۲۷-۱۵۰.
- کسایبان ک.، کیامنش ع.، بهرامی ه. (۱۳۹۳) «مقایسه عملکرد حافظه فعال و نگهداری توجه دانش‌آموزان با و بدون ناتوانی‌های یادگیری». *ناتوانی‌های یادگیری*، ۳(۴): ۱۱۲-۱۲۳.

- Grigorenko, E. L., Compton, D. L., Fuchs, L. S., Wagner, R. K., Willcutt, E. G., & Fletcher, J. M. (2020). Understanding, educating, and supporting children with specific learning disabilities: 50 years of science and practice. *American Psychologist*, 75(1), 37.
- Hari, R., & Renvall, H. (2001). Impaired processing of rapid stimulus sequences in dyslexia. *Trends in Cognitive Science*, 5, 525-532.
- Hipolito, R. (2008). Multidisciplinary view of the inconvenience of learning. *Psychologies Escolar Educational*, 12(2), 463-465.
- Kalff, D.M. (1980). *Sandplay: A psychotherapeutic approach to the psych.* Cloverdale, CA: Tenemos press.
- Kapoula, Z., Le, T.T., Bonnet, A., Bourtoire, P., Demule, E., Fauvel, C, Quilicci, C. & Yang, Q. (2010). Poor Stroop performances in 15-year-old dyslexic teenagers. *Experimental Brain Research*. 203, 419-425.
- Liu, J., Siu, O. & Shi, K. (2010). Transformational leadership and employee well-being: The mediating role of trust in the leader and self-efficacy. *Applied Psychology*, 3(59), 454-479.
- Moll, K., Kunze, S., Neuhoff, N., Bruder, J., & Schulte-Körne, G. (2014). Specific learning disorder: Prevalence and gender differences. *PLoS one*, 9(7), e103537.
- Parham, D. L., & Mailloux, Z. (2001). Sensory integration. In J. Case-Smith, A. S. Allen, & P. N. Pratt (Eds.), *Occupational Therapy for Children* (3rd ed., pp. 307-355). St. Louis Mosby.
- Roach, N. W., & Hogben, J. H. (2007). Impaired filtering of behaviourally irrelevant visual information in dyslexia. *Brain*, 130, 771-785.
- Rosvold, H., Mirsky, A., Sarason, I., Bransome, E. D. Jr., & Beck, L. H. (1956). A continuous performance test of brain damage. *Journal of Consulting Psychology*, 20, 343 - 350.
- Schiff, R., Bauminger, N., & Toledo, I. (2009). Analogical problem solving in children with verbal and nonverbal learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 42(1), 3-13.
- Schwartz, A. E., Hopkins, B. G., & Stiefel, L. (2021). The effects of special education on the academic performance of students with learning disabilities. *Journal of Policy Analysis and Management*, 40(2), 480-520.
- Seidman, L. J. (2006). Neuropsychological functioning in people with ADHD across the lifespan. *Clinical Psychology Review*, 26, 466-485.
- Sterr, A. M. (2004). Attention performance in young adults with learning disabilities. *Learning and Individual Differences*, 14, 125-133.
- Ward, L. M. (2008). *Orienting of Attention*. UK: Oxford University Press.
- Wethinton, H. R., Hahn, R. A., Fugua-Whiteley, D. S., Sipe, T. A., Crosloy, A. E., Johnson, R. L., Liberman, A. M., Moscichi, E., Price, L. N., Tuma, F. K., Halra, G., Padhyay, S. K. (2008). The effectiveness of interventions to reduce psychology harm from traumatic events among child and adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(3), 287-373.
- Wright, C. M., Conlon, E. G., & Dyck, M. J. (2012). Visual search deficits are independent of magnocellular deficits in dyslexia. *Annul of Dyslexia*, 62, 53-69.
- Yeh, C. J., Aslan, S. M., Mendoza, V. E., & Tsukamoto, M. (2015). The use of sandplay therapy in urban elementary schools as a crisis response to the world trade center attacks. *Psychology Research*, 5(7), 413-427.

