بررسی اثربخشی نمایش‌درمانی بر کفایت اجتماعی و خودپنداره مثبت دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه

▫ **مرتضی مرادی دولیسکانی**، استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان حکیم فردوسی البرز، البرز، ایران
▫ **هانیه چاره‌گانی***، کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران
▫ **مریم صفری شیرازی**، دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران

● تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۲/۱۰ ● تاریخ انتشار: خرداد و تیر ۱۴۰۱ ● نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۲۱ - ۳۶

چکیده

زمینه و هدف: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی نمایش‌درمانی بر کفایت اجتماعی و خودپنداره مثبت دانش‌آموزان پسر با اختلال یادگیری ویژه انجام شد.

روش: پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان پسر مشغول به تحصیل در پایه هشتم با اختلال یادگیری ویژه شهر کرج در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بودند. برای تعیین حجم نمونه، ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از بین مدارس ابتدایی ناحیه ۳ شهر کرج، یک مدرسه به‌صورت تصادفی انتخاب و از بین دانش‌آموزان آن، ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند (گروه آزمایشی ۱۵ نفر/ گروه گواه ۱۵ نفر). ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه مشکلات یادگیری کلرادو (۲۰۱۱)، پرسشنامه کفایت اجتماعی فلنر (۱۹۹۰)، پرسشنامه خودپنداره کودکان پی‌یرز-هریس (۱۹۶۹) و مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-5 بود. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و چندمتغیری در SPSS-26 انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که نمایش‌درمانی بر کفایت اجتماعی، خودپنداره مثبت و مؤلفه‌های آنها در دانش‌آموزان پسر مؤثر بود ($P<0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، می‌توان گفت که نمایش‌درمانی روشی اثربخش در بهبود کفایت اجتماعی و خودپنداره مثبت دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه بود، درنتیجه این روش قابلیت کاربرد در مراکز آموزشی و مدارس را دارد.

واژه‌های کلیدی: اختلال یادگیری ویژه، خودپنداره، دانش‌آموز، کفایت اجتماعی، نمایش‌درمانی

* Email: hanicharehgani@gmail.com

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

مقدمه

اختلال یادگیری ویژه[1]، مهم‌ترین علت عملکرد ضعیف تحصیلی به‌حساب می‌آید و هر ساله تعداد زیادی از دانش‌آموزان به این علت در فراگیری مطالب درسی دچار مشکل می‌شوند (۱). بر اساس DSM-5 [2]، اختلال یادگیری ویژه در طبقه اختلال‌های عصبی-تحولی[3] قرار دارد (۲)، شیوع اختلال یادگیری ویژه حدود ۲ تا ۱۰ درصد است و معمولاً تعداد پسرها در این اختلال ۳ برابر دخترها هستند (۳). در DSM-۵، اختلال یادگیری به اختلال یادگیری ویژه تغییر نام داده است و اختلال خواندن، اختلال نوشتن و اختلال ریاضی که هر یک قبلاً یک اختلال مستقل و مجزا محسوب می‌شدند، اکنون به‌عنوان یک مشخص‌کننده در اختلال یادگیری ویژه گنجانده شده‌اند؛ معمولاً این دانش‌آموزان از هوش متوسط یا بالاتر برخوردارند، ولی در شرایط تقریباً یکسان آموزشی نسبت به دانش‌آموزان دیگر عملکرد تحصیلی ضعیف‌تری نشان می‌دهند و میزان بیشتری از مشکلات اجتماعی-هیجانی را نیز در مقایسه با همسالان عادی خود دارند (۱).

پیشینه مطالعات مربوط به اختلال‌های یادگیری ویژه نشان می‌دهد که تقریباً ۷۵ درصد از کودکانی که در یادگیری مشکل دارند، ضعف در مهارت‌های اجتماعی را نیز تجربه می‌کنند و همین مشکلات اجتماعی ممکن است آمادگی تحصیلی را تضعیف کند (۴). بایستی گفت که توانایی اجتماعی، بستری است که بر مبنای آن، انتظارات و چشم‌اندازهای فرد، از چگونگی تعامل با دیگران در آینده ساخته می‌شود و بر مبنای همان انتظارات، کودکان درک خود را از رفتارشان ارتقاء می‌دهند (۵).

کفایت اجتماعی[4] یکی از سازه‌های اصلی بهداشت روانی و یک رویکرد متمرکز بر فرد است که نه‌تنها به توانمند ساختن افراد در زمان حال، بلکه بر توانمندسازی آنان در آینده نیز تأکید دارد؛ در واقع، هدف نهایی کفایت اجتماعی این است که افراد، مسئولیت برتری و شایستگی فردی خویش را بپذیرند. این شایستگی فردی شامل سلامت روانی، خودشکوفایی و پذیرش مسئولیت فردی است (۶). کفایت اجتماعی به‌عنوان توانایی افراد برای عمل به شیوه سازگارانه، متناسب با سن و توانایی شناختی تعریف می‌شود (۵). مفهوم کفایت اجتماعی، غالباً شامل مؤلفه‌هایی مانند مهارت‌های اجتماعی، ارتباطات اجتماعی و ارتباطات بین فردی بوده و مستلزم درک درست از تعاملات اجتماعی است (۴). افرادی که فاقد شایستگی اجتماعی لازم هستند، در معرض پیامدهای منفی همانند طرد از جانب همسالان و انزوا، بروز اختلالات روان‌شناختی، اخراج از مدرسه و ضعف در عملکرد تحصیلی قرار دارند (۶).

از سویی دیگر، افراد با اختلال یادگیری ویژه، در تنظیم اطلاعات، ادراک دیداری و شنیداری، حافظه و توجه، نقص دارند (۷) و بدون کمک‌های ویژه معمولاً ضعیف عمل می‌کنند؛ دوستان و اعضای خانواده، آنها را ناتوان می‌دانند و در نتیجه اعتمادبه‌نفس، خودپنداره مثبت و انگیزه آنها بسیار پایین است (۱)؛ بنابراین، مؤلفه مهم دیگری که می‌تواند در این افراد در نظر گرفته شود خودپنداره [5] و خودشناسی است. خودپنداره را می‌توان از ابعاد مختلف مورد بررسی قرار داد و با رویکردهای متفاوت تعریف کرد؛ اما شاید صحیح‌ترین تعریف از منظر روان‌شناختی باشد. بر این اساس خودپنداره شامل مجموعه‌ای از باورها در مورد خود است. به‌طور کلی، خودپنداره پاسخ به این پرسش است که "من کیستم؟" (۸). اصطلاح خودپنداره یا خودانگاره یک اصطلاح مهم در علوم اجتماعی و انسان‌شناسی است به این معنی که هر فرد در ذهن خود، تصویری از خویشتن دارد؛ درواقع ارزیابی کلی فرد از شخصیت خود، خودپنداره گفته می‌شود. این ارزیابی فرد از خود، ذهنی بوده و معمولاً از ویژگی‌های رفتاری او به‌دست می‌آید. به همین دلیل خودپنداره ممکن است منفی یا مثبت باشد (۹). طرز برداشت ما از خودمان تا حد زیادی به‌وسیله تجارب گذشته ما (موفقیت‌ها و شکست‌ها) و آنچه دیگران درباره ما فکر می‌کنند، شکل می‌گیرد (۸). دلیل اهمیت خودپنداره آن است که اولاً برداشتی که هرکس از خودش دارد بر رفتار و عمل او تأثیر می‌گذارد؛ انسان‌ها معمولاً آن‌گونه عمل می‌کنند که فکر می‌کنند، هستند. دلیل دوم اهمیت خودپنداره این است که خودپنداره بر احساس شما از خودتان نیز تأثیر می‌گذارد. کسانی که احساس خوبی درباره خودشان دارند در مقایسه باکسانی که نگرش منفی به‌خود دارند، از اعتمادبه‌نفس و رضایت بیشتری برخوردارند، افراد موفق‌تری هستند و کمتر احتمال دارد که به رفتارهای پرخطر گرایش داشته باشند (۱۰).

1. Specific learning disorder
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)
3. Neurodevelopmental
4. Social Competence
5. Self-concept

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

وجه اشتراکی که در بین همه کودکان با ناتوانی یادگیری ویژه وجود دارد این است که همگی آنها در یادگیری دروس مشکل دارند؛ این فراگیران نسبت به همسالان خود در زمینه فعالیت‌های تحصیلی بی‌اشتیاقی، عدم اعتمادبه‌نفس و نوعی خودپنداره منفی از خود نشان می‌دهند که پیشینه پژوهشی نیز مؤید همین موضوع است (۱۱).

از آنجا که افراد با اختلال یادگیری ویژه به‌دلیل وجود مشکلات زیاد در زندگی و مهارت‌های بین فردی ضعیف، ممکن است از سلامت روانی خوبی برخوردار نبوده و سطح بالایی از طرد اجتماعی و تنهایی را تجربه نمایند (۶)، لازم است که از روش‌های مختلفی برای کمک به بهبود و رفع این مشکلات استفاده کرد. از جمله این روش‌ها، اجرای برنامه نمایش‌درمانی[1] است. نمایش‌درمانی عبارت است از بررسی کاربردی، نظام‌مند و واقعی فرایندها، عملکردها و محصولات تداعی ذهنی افراد در قالبی نمایشی، با محوریت درمان و توان‌بخشی قوای تعقلی، تفکری و ارتباطی افراد. در این روش به کمک «بازی گروهی» شناخت درس و اصول خلقیات شخص مراجعه‌کننده و با به‌کارگیری روش‌های آموزشی و اجرایی علم روان‌شناسی و هنر نمایش، فرایندها، عملکردها و محصولات تداعی ذهنی فرد مجال بروز و ظهور می‌یابد (۱۲).

نمایش‌درمانی به جهت ویژگی‌های نمایشی آن برای کودکان و نوجوانان از جذابیت ویژه‌ای برخوردار است. این مداخله اولین بار توسط جیکوب مورنو در سال ۱۹۲۱ معرفی شد؛ او ارتباط از طریق زبان را تنها ارتباط جهانی نمی‌دانست بلکه صحنه تئاتر را به‌عنوان یک راه کامل و تمام‌عیار جهت ایجاد ارتباط و از بین بردن نگرانی‌ها قلمداد می‌نمود (۱۳). نمایش‌درمانی یکی از روش‌های خلاق در هنر درمانی است که ایفای نقش، داستان، بداهه‌گویی و دیگر فنون تئاتر و نظریه‌ها و روش‌های درمانگری را با هم ترکیب می‌کند (۱۴). در روش گروهی نمایش‌درمانی، همانندسازی با رهبر گروه یا سایرین، تخلیه عاطفی، احساس همدردی و سبک شدن، بیش از سایر درمان‌ها به چشم می‌خورد؛ گاه با رشد استعدادهای سرکوب‌شده و گاه با یادگیری نحوه رویارویی با مشکلات از طریق ظرفیت‌های موجود در فرد، مراجع می‌تواند تغییرات چشم‌گیری در روابط خود با اعضای خانواده و دیگران ایجاد کند (۱۵). به عقیده نعمتی و همکاران، نمایش‌درمانی شیوه‌ای است که به نوجوان با ناتوانی این امکان را می‌دهد تا با توجه به سطح توانمندی‌های خود با موفقیت‌هایی مواجه شود که در وی انگیزه برخورد با مسائل فردی و بین فردی را ایجاد می‌نماید (۱۶). نمایش‌درمانی به‌عنوان روش نزدیک به طبیعت کودکان و نوجوانان، بدون پیامد جانبی و از همه مهم‌تر مورد پذیرش آنان، در سال‌های اخیر به‌عنوان یکی از مؤثرترین شیوه درمانی از سوی متخصصان بهداشت روان پذیرفته شده است (۱۵).

برخی از پژوهش‌ها اثربخشی روش نمایش‌درمانی را در درمان اختلالات و همچنین افزایش مهارت‌های اجتماعی و خودشناسی مورد تأیید قرار داده‌اند. از جمله بیاویس و همکاران (۱۷) در نتایج پژوهش خود نشان دادند که روش‌های نمایش‌درمانی مهارت‌های ارتباطی و خودابرازگری و هوش هیجانی را بهبود می‌بخشد. خلیلی و انصاری شهیدی (۱۸) اثربخشی نمایش‌درمانی را بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی با طیف اختلال اُتیسم تأیید کردند. یونس و همکاران (۱۰) نیز با بررسی اثربخشی نمایش‌درمانی بر روی نوجوانان دختر به این نتیجه رسیدند که این مداخله می‌تواند باعث آگاهی بیشتر از خشونت شده و به‌عنوان روشی فعال مانع از وقوع خشونت در موقعیت‌های مختلف شود. از طرف دیگر، این شیوه درمانی باعث افزایش شادکامی و امید به زندگی شده و خودباوری آنها را به‌طور معناداری بهبود می‌بخشد. همچنین نتایج مطالعات الراب (۱۹)، بریمانی و همکاران (۲۰)، بیرنگ و همکاران (۲۱)، دوگان (۲۲) و زلالی و همکاران (۲۳) نیز نشان از تأثیر مداخله نمایش‌درمانی بر سازگاری و کفایت اجتماعی و افزایش خودپنداره مثبت، آگاهی از خود و اعتمادبه‌نفس به‌ویژه در میان کودکان و نوجوانان دارند.

در مجموع با توجه به اهمیت کفایت اجتماعی و خودپنداره مثبت در زندگی اجتماعی نوجوانان و تأثیر بارز آن در شکل‌گیری هویت آنها، می‌توان از این دو متغیر به‌عنوان عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی و پیش‌بینی‌کننده سازگاری مثبت نام برد (۲۴). همچنین به‌دلیل آنکه دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه در دسته دانش‌آموزان در معرض خطر و نیازمند توجه می‌باشند و با توجه به پیامدهای منفی عدم شکل‌گیری خودپنداره مثبت و سازگاری‌های اجتماعی در میان چنین دانش‌آموزانی، سهل‌انگاری در آموزش مهارت‌های لازم به این گروه از افراد زمینه‌ساز بروز

1. Psychodrama

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

مشکلات بسیاری در محیط مدرسه، با معلمان، همسالان و اعضای خانواده همچون افزایش رفتارهای پرخطر، ترک تحصیل و مشکلات رفتاری به‌ویژه در نوجوانان خواهد شد. از آنجا که شواهد مختلف حاکی از اثربخشی نمایش‌درمانی و محبوبیت آن در میان قشر کودک و نوجوان است، بررسی تأثیر این مداخلات بر جنبه‌های مختلف درونی و بیرونی دانش‌آموزان و به‌ویژه نوجوانان ضروری به نظر می‌رسد. به‌علاوه شیوع بالای این اختلال و تأثیر آن بر ابعاد مهم زندگی فردی و اجتماعی، لزوم مداخلات را دوچندان نموده است. با توجه به اینکه در زمینه اثربخشی روش نمایش‌درمانی بر بهبود کفایت اجتماعی و افزایش خودپنداره مثبت دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه پژوهش‌های اندکی، به‌ویژه در ایران، صورت گرفته است، بنابراین عوامل بازدارنده یا مداخله‌گر در بهبود مهارت‌های اجتماعی و ایجاد خودپنداره مثبت این دانش‌آموزان یکی از بسترهای مهم پژوهش بالینی و رشدی به‌حساب می‌آید. از همین رو، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی نمایش‌درمانی بر کفایت اجتماعی و خودپنداره مثبت دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه انجام شد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش تمامی دانش‌آموزان پسر پایه هشتم با اختلال یادگیری ویژه شهر کرج که در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ مشغول به تحصیل بودند را شامل می‌شد.

در این پژوهش به‌دلیل گسترده بودن جامعه، از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای استفاده شد. بدین ترتیب از بین مدارس پسرانه مقطع متوسطه اول ناحیه ۳ شهر کرج، یک مدرسه به‌صورت تصادفی انتخاب شد. در ادامه از بین دانش‌آموزان کلاس‌های پایه هشتم و بعد از غربالگری با استفاده از پرسش‌نامه مشکلات یادگیری کلرادو، ۳۰ نفر که پایین‌ترین نمرات را کسب کردند و اختلال یادگیری ویژه آنها با مصاحبه بالینی و با استفاده از ملاک‌های معتبر موجود در DSM-۵ تأیید گردید، به‌وسیله روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند.

ابزار

۱) پرسش‌نامه مشکلات یادگیری کلرادو[1]

پرسش‌نامه مشکلات یادگیری کلرادو توسط ویلکات و همکاران در سال ۲۰۱۱ تهیه شده است (۲۵) و مشکلات یادگیری ناشی از ۵ عامل اساسی خواندن (۶ گویه)، حساب کردن (۳ گویه)، شناخت اجتماعی (۴ گویه)، اضطراب اجتماعی (۳ گویه) و عملکردهای فضایی (۴ گویه) را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسش‌نامه ۲۰ گویه دارد و پاسخ به هر عبارت در یك مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلاً (۱) تا همیشه (۵) مورد سنجش قرار می‌گیرد. نمره هر عامل از محاسبه مجموع پرسش‌های مرتبط با آن و نمره کل از مجموع نمرات مؤلفه‌ها به‌دست می‌آید. دامنه نمره کل بین ۲۰ تا ۱۰۰ بوده و کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده میزان بالاتر مشکلات یادگیری می‌باشد. پایایی این پرسشنامه و مؤلفه‌های آن، توسط سازندگان با روش‌های همسانی درونی و بازآزمایی بررسی شده و مقادیر آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های خواندن، حساب کردن، شناخت اجتماعی، اضطراب اجتماعی و عملکردهای فضایی و نمره کل به ترتیب، ۰/۹۰، ۰/۸۰، ۰/۸۶، ۰/۸۲، ۰/۸۵ و ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی تمامی مؤلفه‌ها بالاتر از ۰/۷۰ گزارش شده است. همچنین روایی همگرایی مؤلفه‌های این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه‌های پیشرفت تحصیلی استاندارد به‌این‌ترتیب گزارش شده است: خواندن ۰/۶۴، ریاضی ۰/۴۴، شناخت اجتماعی ۰/۶۴، اضطراب اجتماعی ۰/۴۶ و اضطراب فضایی ۰/۳۰ (۲۵). در ایران حاجلو و رضایی شریف (۲۶) این پرسش‌نامه را ترجمه نموده و به‌منظور وارسی پایایی آن از دو روش همسانی درونی و باز آزمایی استفاده کرده‌اند. ضرایب آلفای کرونباخ برای کل ۰/۹۰ و خرده مؤلفه‌های آن به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۳، ۰/۸۵، ۰/۷۲ و ۰/۷۱ و ضریب اعتبار بازآزمایی برای کل پرسشنامه و هر یك از مؤلفه‌های آن نیز بالای ۰/۷۰ محاسبه شده است. روایی تفکیکی و روایی سازه پرسش‌نامه مذکور در حد مطلوب گزارش شده است. پایایی ابزار در این پژوهش براساس ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۳ و برای هرکدام از خرده مؤلفه‌ها به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۶۸ و ۰/۷۸ به‌دست آمد.

1. Colorado Learning Difficulties Questionnaire

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

۲) پرسش‌نامه کفایت اجتماعی [1]

جهت سنجش میزان کفایت اجتماعی دانش‌آموزان از مقیاس اجتماعی فلنر و همکاران (۲۷) استفاده شد که براساس نظریه فلنر ساخته شده است. این پرسشنامه ۴۷ گویه دارد و ۴ بُعد مهارت‌های شناختی، مهارت‌های رفتاری، کفایت هیجانی و آمایه‌های انگیزشی را می‌سنجد. آزمودنی‌ها به پرسش‌های این آزمون بر اساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالف= ۱ تا کاملاً موافق= ۷ پاسخ می‌دهند. مقیاس مهارت شناختی ۳ پرسش و حداکثر ۲۱ نمره، مهارت رفتاری ۳۴ پرسش و حداکثر ۲۳۸ نمره، کفایت هیجانی ۳ پرسش و حداکثر ۲۱ نمره و آمایه انگیزشی ۷ پرسش و حداکثر ۴۹ نمره دارد. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس (بعد از یک ماه) به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۹ و روایی سازه به روش تحلیل عاملی ۰/۸۳ گزارش شده است (۲۷). شاخص‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران را پرندین (۲۸) بررسی کرده است که ضریب پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و روایی آن به روش تحلیل عاملی تأیید شده و مقدار کفایت نمونه‌برداری آن ۰/۸۲ گزارش شده است. پایایی ابزار در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به‌دست آمد.

۳) پرسش‌نامه خودپنداره کودکان پی‌یرز هریس [2]

این پرسشنامه توسط پی‌یرز در سال ۱۹۶۴ در ۱۶۴ عبارت با عنوان "من در مورد خودم چگونه فکر می‌کنم" تدوین شد. در اقدامی دیگر مؤلفان فرم ۱۰۰ عبارتی مقیاس را بر روی یک نمونه ۳۳۰ نفری اجرا کردند که نتیجه این بررسی تدوین فرم نهایی (۱۹۶۹) با ۸۰ عبارت بود که ۴۰ عبارت آن در جهت مثبت و ۴۰ عبارت نیز در جهت منفی می‌باشد (۲۹). همچنین درمجموع ۱۲ عبارت به عبارت‌های گواه یا دروغ‌سنج اختصاص دارد. پاسخ هر گویه آزمون به‌صورت دو بخش «بله» یا «خیر» طرح شده است. این مقیاس ممکن است به‌صورت فردی یا گروهی اجرا شود. نمره بالا در این مقیاس نشان‌دهنده خود سنجی مثبت و نمره پایین، نشان‌دهنده خود سنجی منفی است. حداکثر نمره برای مقیاس خودپنداره ۸۵ و حداقل نمره صفر است. این پرسشنامه برای سنجش کودکان و نوجوانان ۸ تا ۱۸ سال تهیه شده و شامل ۶ بُعد رفتار، وضعیت ذهنی و تحصیلی، ظاهر و ویژگی‌های فیزیکی، اضطراب، محبوبیت، شادکامی و رضایت می‌باشد. پی‌یرز و هریس در سال ۱۹۸۴ (۳۰) ضرایب همسانی درونی مقیاس را با استفاده از فرمول‌های کودر ریچاردسون، ۲۱ و روش زوج-فرد، اسپیرمن-براون برای دانش‌آموزان دختر و پسر به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۷ به‌دست آورده‌اند. همچنین این ابزار از روایی صوری و محتوایی در سطح بالایی برخوردار است. برای اطمینان از روایی هم‌زمان مقیاس خودپنداره کودکان، همبستگی نمرات هر مقیاس فرعی باهم نیز به‌دست آمد و نشان داده شد که تمام همبستگی‌ها در سطح ۰/۰۱ معنادار هستند. این آزمون در ایران بین نمونه‌ای با حجم ۹۰۰ نفر هنجاریابی شده و ضرایب اعتبار آن برای زیرمقیاس‌های رفتار، وضعیت ذهنی و تحصیلی، ظاهر و ویژگی‌های فیزیکی، اضطراب، محبوبیت، شادکامی و رضایت به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۱، ۰/۹۲، ۰/۸۸، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ و برای مقیاس کل ۰/۹۰ محاسبه شده که بیانگر اعتبار بالای این آزمون است (۳۱). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسش‌نامه برای نمره کل خودپنداره از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد.

۴) مصاحبه بالینی ساختاریافته

در پژوهش حاضر جهت تشخیص علائم اختلال یادگیری ویژه و مشخص‌کننده‌های آن از مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-۵ استفاده شد.

معرفی برنامه مداخله

در نمایش‌درمانی، شرکت‌کنندگان با نمایش هیجانات و تعاملات بین فردی خود روی صحنه، تعارضات درونی‌شان را بررسی می‌کنند. در این مداخله که به‌طور متوسط ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه تا ۲ ساعت است (برای پژوهش حاضر یک ساعت در نظر گرفته شد)، یک نفر به‌عنوان قهرمان داستان [3] شناخته می‌شود (۱۴). قهرمان‌ها روابط خود را با تعامل با دیگر بازیگران و رهبر که به‌عنوان کارگردان [4] شناخته می‌شود، بررسی می‌کنند. این کار با استفاده از فنون ویژه‌ای از جمله آینه‌سازی [5]، دو برابر کردن [6]، ایفای نقش [7] و تک‌گویی [8] انجام می‌شود (جدول ۱). جلسه اغلب به ۳ مرحله تقسیم می‌شود - گرم کردن، عمل کرده

1. Social competence Questionnaire
2. Piers-Harris Children's Self-Concept Scale
3. Protagonists
4. Director
5. Mirroring
6. Doubling
7. Role playing
8. Soliloquy

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

و بحث کردن. از اصول اصلی نمایش‌درمانی، نظریه مورنو درباره «خودانگیختگی-خلاقیت[1]» است. مورنو معتقد بود که بهترین راه برای پاسخ دادن خلاقانه به یک موقعیت، خودانگیختگی است، یعنی آمادگی برای بداهه گویی و پاسخگویی در لحظه. با تشویق افراد برای پرداختن به یک مشکل به شیوه‌ای خلاقانه، براساس انگیزه و به‌صورت بداهه، ممکن است آنها شروع به کشف راه‌حل‌های جدید برای مشکلات زندگی خود کرده و نقش‌های جدیدی را بیاموزند که می‌توانند در آن زندگی کنند و از این طریق بر مشکلات فائق آیند (۱۵). محتوای جلسات نمایش‌درمانی در این پژوهش برگرفته از کتاب «رویکرد عملی به نمایش‌درمانی» تألیف اندرسون و گرینجر (۳۳) می‌باشد که در این پژوهش نیز توسط گروه پژوهشی حاضر و توسط ۳ نفر از متخصصان گروه روان‌شناسی دانشگاه لرستان مورد تأیید قرار گرفته است.

جدول ۱) محتوای جلسات نمایش‌درمانی

جلسه	هدف	محتوا
یکم	آماده‌سازی و ایجاد فضای اعتماد و کشف اجزای پنهان و مسئله فرد	آشنایی و معرفی اعضای گروه، بیان اهداف گروه و مسئولیت‌های رهبر و اعضای گروه، بیان قوانین و ساختار جلسات، افزایش شناخت مشاور از دانش‌آموزان جهت ایجاد رابطه مؤثر، بررسی مفاهیم کفایت اجتماعی، عوامل شناختی و هیجانی و خودباوری.
دوم	هدایت شخص اول برای رسیدن از سطح به عمق مسئله	آغاز بررسی مسائل دانش‌آموزان از طریق واسطه‌های هنری (دادن نقش اصلی یکی از افسانه‌ها و قصه‌های فولکلوریک) به آنها، به‌منظور برون‌ریزی احساسات واپس زده‌ی خود، سنجش قدرت تصمیم‌گیری و کسب جرئت (با الهام از فن صندلی خالی). نحوه راه رفتن و ایستادن بر روی صحنه، موقعیت‌های صحیح قرارگیری روی صحنه تئاتر نسبت به بازیگران.
سوم	آشنایی صریح و روشن شخص اول با باورهای خود و دیگران و ماهیت روابط بین فردی	بازگویی یک قصه به‌صورت ناتمام به‌وسیله مشاور و درخواست او از دانش‌آموزان برای کامل کردن قصه، بنا بر تخیل خودشان در قالب ایفای نقش و اجرای نمایش، به جهت رؤیت برداشت هریک از آنها از موقعیت زندگی واقعی‌شان و ایجاد خودباوری در آنها. همچنین کودک این فرصت را پیدا می‌کند تا داستان را آن‌طوری که دوست دارد به اتمام برساند و درمانگر را در قالب نقش تا حدودی از امیال و آرزوهای خود مطلع کند (با الهام از فن پری رؤیایی). بدن و بیان، تمرینات تمرکزی، تمرینات ریتمی، تمرینات شنیداری، دیداری.
چهارم	تحقق امیال و خواسته‌های فرد	گفتگوی دانش‌آموز با یک شخصیت خیالی یا شناخته شده در این جلسه گفتگوی دانش‌آموز، به جهت درد دل و صحبت در مورد کارهایی که تا به‌حال انجام داده و کسی از آنها خبر ندارد و تمایلی به مطلع شدن دیگران ندارد صورت می‌گیرد. موفق شدن در این جلسه مشروط به ایجاد رابطه حسنه در جلسات ابتدایی می‌باشد (با الهام از فن پلیس مخفی)
پنجم	تسلط بر مسئله و تسلط بر افکار و احساسات	کار روی خودپنداره مثبت، رشد عزت‌نفس، طرز برداشت کودک از خود، از طریق رسم تصاویری به‌دست کودک و هم‌ذات پنداری با آن تصویر و رفتن کودک در قالب آن تصویر و صحبت به‌جای آن (با الهام از فن جادو)
ششم	مشارکت و جلب حمایت گروهی	کار روی رضایت خاطر و شادمانی کودک از طریق انتخاب واسطه هنری توسط کودک. به این صورت که یکی از دانش‌آموزان در قالب نمایش نقش پسری غمگین و عصبانی را ایفا می‌کند و بااین‌وجود دانش‌آموزان دیگر او را ستایش می‌کنند و به او محبت می‌کنند و همکلاسی خود را به همین شکل که هست می‌پذیرند و ضعف‌های او را نادیده می‌گیرند. (مشارکت گروهی و با الهام از فن عشق افسانه‌ای)

1. Spontaneity-creativity

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

جلسه	هدف	محتوا
هفتم	آشنایی با حقوق خود و دیگران و چگونگی مطالبه آنها	در این جلسه یکی از دانش‌آموزان جداگانه می‌نشیند و دیگر همکلاسی‌ها هرکدام در حد یک جمله او را وصف می‌کنند و با توجه به شناختی که از او دارند وی را قضاوت می‌کنند. گویی شخصیت اصلی حرف آنها را نمی‌شنود. این شیوه به جهت شناخت هرچه بیشتر دانش‌آموزان از یکدیگر و تخلیه عواطف و هیجاناتشان نسبت به هم به دور از درگیری و پرخاشگری و برای بازگو کردن حرفه‌ای ناگفته بینشان صورت می‌گیرد. (با الهام از فن اتاق تاریک)
هشتم	جبران گذشته و ورود به دنیای جدید	الهام از بازی‌های ایرانی با اندکی تغییر و تبدیل آنها به نمایش. تک‌گویی دانش‌آموز وسط دایره دانش‌آموزان و صحبت درباره خودش برای گروه. به جهت رشد اعتمادبه‌نفس و ایجاد خودپنداره مثبت در کودک (با الهام از ۱ دقیقه تک‌گویی)
نهم	مواجهه با مشکلات و ترس‌ها	مواجه کودک با ترس‌ها، اضطراب‌ها، خاطرات ناخوشایند زندگی و اینکه اگر این ترس‌ها را در خود نگه دارد چه اتفاقی می‌افتد مشاور از دانش‌آموز می‌پرسد به عقیده تو ۵ سال بعد هنوز این ترس از امتحان را داری؟ (با الهام از فن ۵ سال بعد)
دهم	جمع‌بندی	گفتگو با دانش‌آموزان و بررسی نظر آنها درخصوص جلسات گذشته. اطلاع از احساسات، افکار و رفتار آنها قبل و بعد از پایان جلسات. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از جلسات قبل و تشکر از دانش‌آموزان به‌خاطر حضورشان.

روش اجرا

برای اجرای پژوهش بعد از کسب مجوزهای لازم از مدیریت آموزش و پرورش ناحیه ۳ شهر کرج و مدرسه متوسطه اول «علوی»، پژوهشگر وارد محیط پژوهش شد. پس از هماهنگی و آگاه کردن مسئولان مدرسه و دانش‌آموزان، پژوهشگر پرسشنامه مشکلات یادگیری کلرادو را در بین دانش‌آموزان پایه هشتم توزیع نمود و از میان آنها ۳۰ نفر از دانش‌آموزانی که دارای بیشترین نمره مشکلات یادگیری در پرسشنامه بودند و اختلال یادگیری ویژه آنها با مصاحبه بالینی و با استفاده از ملاک‌های معتبر موجود در DSM-۵ تائید گردید، انتخاب شده و به‌صورت جایگزینی تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه گواه گمارده شدند. ملاک انتخاب این تعداد نمونه نظر متخصصان آماری می‌باشد که برای طرح آزمایشی این حجم نمونه را مناسب دانسته‌اند (۳۲). ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها شامل تشخیص قبلی یکی از انواع اختلال یادگیری ویژه بر اساس پرونده مشاوره، نداشتن اختلال روانی و جسمانی حاد هم‌زمان به‌نحوی‌که مانع حضور و مشارکت فعال در جلسات آموزشی شود و تکمیل فرم رضایت‌نامه توسط والدین بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل عدم همکاری مناسب و حضور نامرتب در جلسات بود.

در ادامه و در مرحله پیش‌آزمون، پرسش‌نامه‌های مربوط به کفایت اجتماعی و خودپنداره را در بین هر دو گروه گواه و آزمایشی اجرا نموده و از آنان خواسته شد تا حد امکان با دقت و تمرکز آن را تکمیل کنند. همچنین قبل از توزیع پرسش‌نامه‌ها در میان افراد، توضیحاتی در مورد پرسش‌نامه‌ها و اینکه هر کدام چند پرسش و چقدر زمان نیاز دارد تا تکمیل شود و چگونگی پاسخ‌گویی بیان شد. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، پژوهشگر در یک جلسه توجیهی هدف پژوهش، حق خروج از مطالعه و بدون ضرر بودن مداخله برای شرکت‌کنندگان، خلاصه‌ای از شرایط آموزش و قوانین و ضوابط آن را توضیح داد و رضایت آنان برای شرکت در پژوهش را اخذ نمود. سپس کلاس‌های مداخله‌ای (نمایش‌درمانی) برای گروه آزمایشی اجرا شد، درحالی‌که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان نیز مجدداً پرسش‌نامه‌های مربوطه در بین آزمودنی‌های گروه آزمایشی و گواه اجرا و تکمیل شد (مرحله پس‌آزمون). برای تحلیل داده‌های به‌دست آمده در پژوهش حاضر در بخش توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی نیز برای بررسی فرضیات از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (ANCOVA) و چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شد.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

یافته‌ها

در این مطالعه، میانگین سنی شرکت‌کنندگان برابر ۱۲٫۶ و انحراف استاندارد آن برابر ۴٫۳۲ بود. همچنین ۲۲ نفر از شرکت‌کنندگان (۷۳/۳ درصد) در این پژوهش سابقه تکرار پایه تحصیلی داشتند و ۸ نفر (۲۶/۷ درصد) نیز سابقه تکرار پایه نداشتند. ازنظر میزان درآمد خانواده نیز، ۸ نفر از شرکت‌کنندگان درآمد خانواده کمتر از ۳ میلیون، ۱۵ نفر بین ۳ تا ۵ میلیون، ۵ نفر بین ۵ تا ۷ میلیون و ۲ نفر نیز درآمد بالای ۷ میلیون تومان را گزارش دادند. در نهایت از لحاظ توزیع متغیر ترتیب تولد ۲۶/۶ درصد از شرکت‌کنندگان فرزند اول، ۴۰ درصد فرزند دوم، ۲۰ درصد فرزند سوم و ۱۳/۴ درصد نیز فرزند چهارم بودند.

یافته‌های توصیفی و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها مربوط به‌کفایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن (مهارت‌های شناختی، مهارت‌های رفتاری، کفایت هیجانی و آمایه‌های انگیزشی) و خودپنداره و مؤلفه‌های آن (رفتار، وضعیت ذهنی و تحصیلی، ظاهر و ویژگی‌های فیزیکی، اضطراب، محبوبیت، شادکامی و رضایت) در دو گروه آزمایشی و گواه در دو زمان پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول (۲) گزارش شده است.

جدول ۲) میانگین و انحراف استاندارد و آزمون شاپیرو-ویلک برای متغیرهای وابسته پژوهش گروه آزمایشی و گروه گواه

متغیر	وضعیت	گروه	M	SD	S-W	P
کفایت اجتماعی	پیش‌آزمون	آزمایشی	۲۰۰/۴۷	۷/۳۰	۰/۱۱	۰/۲۰۰
		گواه	۱۹۹/۸۷	۸/۴۸	۰/۱۶	۰/۲۳۰
	پس‌آزمون	آزمایشی	۲۱۸/۴۰	۴/۷۶	۰/۱۵	۰/۰۷۲
		گواه	۱۹۱/۸۰	۸/۲۷	۰/۲۱	۰/۰۸۳
خودپنداره	پیش‌آزمون	آزمایشی	۴۴/۸۰	۴/۳۰	۰/۷۰	۰/۰۶۲
		گواه	۴۵/۲۰	۳۸/۳	۰/۶۱	۰/۰۷۵
	پس‌آزمون	آزمایشی	۵۲/۴۰	۳/۴۰	۰/۱۲	۰/۲۰۰
		گواه	۴۵/۳۳	۳/۲۷	۰/۲۳	۰/۲۲۰
مهارت شناختی	پیش‌آزمون	آزمایشی	۱۴/۴۰	۳/۴۷	۰/۱۲۲	۰/۲۰۰
		گواه	۱۳/۸۹	۲/۲۷	۰/۰۸۹	۰/۲۳۳
	پس‌آزمون	آزمایشی	۱۸/۶۵	۳/۵۵	۰/۱۹۴	۰/۲۰۰
		گواه	۱۴/۲۱	۳/۴۷	۰/۲۰۱	۰/۱۸۷
مهارت رفتاری	پیش‌آزمون	آزمایشی	۱۷۶/۴۶	۱۰/۴۴	۰/۱۷۵	۰/۱۹۹
		گواه	۱۷۵/۵۵	۱۱/۲۷	۰/۱۸۰	۰/۲۰۲
	پس‌آزمون	آزمایشی	۲۰۵/۰۴	۱۲/۴۳	۰/۱۹۳	۰/۱۱۶
		گواه	۱۷۵/۱۱	۱۳/۲۵	۰/۱۵۹	۰/۱۵۴
کفایت هیجانی	پیش‌آزمون	آزمایشی	۱۲/۸۸	۲/۴۵	۰/۱۶۵	۰/۲۰۰
		گواه	۱۲/۷۹	۳/۷۷	۰/۱۹۹	۰/۱۹۸
	پس‌آزمون	آزمایشی	۱۹/۰۴	۲/۱۲	۰/۱۷۹	۰/۰۸۹
		گواه	۱۳/۴۳	۲/۱۴	۰/۱۲۰	۰/۱۶۶
آمایه انگیزشی	پیش‌آزمون	آزمایشی	۱۳/۰۹	۲/۴۲	۰/۱۵۳	۰/۰۶۶
		گواه	۱۳/۶۵	۳/۰۸	۰/۱۷۴	۰/۱۱۳
	پس‌آزمون	آزمایشی	۱۸/۶۹	۳/۱۱	۰/۲۱۱	۰/۰۷۶
		گواه	۱۳/۷۱	۳/۱۷	۰/۲۴۷	۰/۲۰۱

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

متغیر	وضعیت	گروه	M	SD	S-W	P
رفتار	پیش‌آزمون	آزمایشی	۹/۶۰	۲/۵۵	۰/۱۸۴	۰/۲۰۰
		گواه	۸/۸۷	۲/۵۶	۰/۱۴۵	۰/۰۹۹
	پس‌آزمون	آزمایشی	۱۴/۶۹	۲/۶۸	۰/۱۳۱	۰/۸۸۰
		گواه	۹/۷۴	۲/۲۱	۰/۲۲۰	۰/۱۷۸
وضعیت ذهنی و تحصیلی	پیش‌آزمون	آزمایشی	۱۱/۷۷	۳/۰۸	۰/۱۵۶	۰/۲۰۰
		گواه	۱۰/۳۷	۳/۱۱	۰/۱۰۱	۰/۰۶۵
	پس‌آزمون	آزمایشی	۱۶/۴۸	۳/۵۶	۰/۱۱۰	۰/۲۰۰
		گواه	۱۱/۲۸	۳/۷۱	۰/۱۶۷	۰/۱۷۷
ظاهر و ویژگی فیزیکی	پیش‌آزمون	آزمایشی	۹/۴۰	۲/۴۲	۰/۱۲۱	۰/۱۸۷
		گواه	۹/۳۵	۳/۲۹	۰/۱۴۲	۰/۲۰۰
	پس‌آزمون	آزمایشی	۱۴/۷۲	۲/۳۱	۰/۱۲۲	۰/۲۰۰
		گواه	۸/۲۴	۲/۱۵	۰/۰۸۹	۰/۲۴۵
اضطراب	پیش‌آزمون	آزمایشی	۸/۴۸	۲/۴۷	۰/۱۹۴	۰/۲۵۷
		گواه	۹/۰۹	۲/۲۲	۰/۲۰۱	۰/۰۹۱
	پس‌آزمون	آزمایشی	۱۱/۶۵	۲/۴۷	۰/۱۷۵	۰/۷۰۳
		گواه	۸/۴۷	۲/۰۴	۰/۱۸۰	۰/۶۶۰
محبوبیت	پیش‌آزمون	آزمایشی	۷/۱۲	۲/۳۴	۰/۱۹۳	۰/۲۰۰
		گواه	۶/۳۹	۱/۷۸	۰/۱۵۹	۰/۲۱۰
	پس‌آزمون	آزمایشی	۱۰/۸۰	۲/۰۷	۰/۱۶۵	۰/۲۰۰
		گواه	۶/۵۴	۲/۲۰	۰/۱۹۹	۰/۷۰۳
شادکامی و رضایت	پیش‌آزمون	آزمایشی	۵/۲۱	۱/۴۴	۰/۱۷۹	۰/۰۶۷
		گواه	۵/۳۷	۱/۲۷	۰/۱۲۰	۰/۰۵۴
	پس‌آزمون	آزمایشی	۸/۸۳	۲/۳۳	۰/۱۵۳	۰/۱۷۷
		گواه	۴/۲۱	۱/۲۹	۰/۱۷۴	۰/۱۸۸

نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد که میانگین نمرات کفایت اجتماعی و خودپنداره در گروه آزمایشی، در مقایسه با گروه گواه، افزایش بیشتری در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون داشته است. همچنین با توجه به جدول، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای متغیرها معنادار نبود، پس توزیع هنجار متغیرها را می‌توان نتیجه گرفت (P > ۰/۰۵).

به‌منظور ارزیابی اثربخشی نمایش‌درمانی بر کفایت اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون کفایت اجتماعی در دو گروه آزمایشی و گواه نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر بود (F= ۲/۲۴۳ ،P= ۰/۲۴). جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین در مورد متغیر وابسته در گروه‌ها بیانگر آن بود که واریانس کفایت اجتماعی در گروه‌ها برابر است (F = ۰/۷۳۹ ،P > ۰/۳۹)، به این معنی که مقادیر به‌دست‌آمده آزمون F در سطح p<۰/۰۵ معنادار نشده‌اند، بنابراین می‌توان گفت که فرض همگنی واریانس‌ها در داده‌ها برقرار است. در جدول (۳) نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایشی و گواه در کفایت اجتماعی گزارش شده است.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

جدول ۳) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایشی و گواه در متغیرکفایت اجتماعی

منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا (شدت اثر)	توان آزمون
الگوی اصلاح‌شده	۲۶۳۹/۵۱۳	۲	۱۳۱۹/۷۵۷	۱۰۴/۴۴۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸۶	۱
پیش‌آزمون	۱۹۹۵/۴۸۰	۱	۱۹۹۵/۴۸۰	۱۵۷/۹۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵۴	۱
گروه	۳۹۱/۵۹۱	۱	۳۹۱/۵۹۱	۳۰/۹۸۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۴	۱
خطا	۳۴۱/۱۸۷	۲۷	۱۲/۶۳۷				

با توجه به جدول (۳)، آماره F برای متغیر کفایت اجتماعی (۳۰/۹۸۹) در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار بود که نشان می‌دهد بین دو گروه در میزان کفایت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین میزان مجذور اتا حاکی از آن است که عضویت گروهی، ۵۳ درصد از تغییرات کفایت اجتماعی را تبیین می‌نماید. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین تصحیح‌شده پس‌آزمون گروه آزمایشی در متغیر کفایت اجتماعی ۲۱۸/۴۰ و میانگین گروه گواه ۱۹۱/۸۰ بود که با توجه به آماره F در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار است. با توجه به این یافته می‌توان گفت که نمایش‌درمانی موجب بهبود کفایت اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه شده است.

همچنین، جهت بررسی تأثیر نمایش‌درمانی بر بهبود مؤلفه‌های کفایت اجتماعی یعنی مهارت‌های شناختی، مهارت‌های رفتاری، کفایت هیجانی و آمایه‌های انگیزشی، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. همگنی شیب خط رگرسیون برای بررسی تعامل متغیرهای کوورییت و متغیر مستقل نشان داد که همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون مهارت‌های شناختی، مهارت‌های رفتاری، کفایت هیجانی و آمایه‌های انگیزشی در گروه‌های آزمایشی و گواه در هر دو گروه برابر است (F=۲/۳۷۱ ،P=۰/۲۶). افزون بر این، نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها حاکی از آن بود که واریانس مهارت‌های شناختی (P=۰/۵۳، F=۰/۳۹۶)، مهارت‌های رفتاری (P=۰/۴۵، F=۰/۵۷۸)، کفایت هیجانی (P=۰/۰۷، F=۰/۰۷۵) و آمایه‌های انگیزشی (P=۰/۵۴، F=۰/۳۷۴) در گروه‌ها برابر است، بنابراین می‌توان گفت که فرض همگنی واریانس‌ها در داده‌ها برقرار است. همچنین نتایج آزمون ام باکس برای بررسی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌های آزمایشی و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است (Box's M=۹/۵۶۵ ،F=۱/۴۰۱ ،P=۰/۵۱۱). در نهایت نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معناداری بین مهارت‌های شناختی، مهارت‌های رفتاری، کفایت هیجانی و آمایه‌های انگیزشی نشان داد که رابطه بین آنها معنادار است (X^2=۱۸/۵۶۲ ،df=۹ ،P=۰/۰۰۰۱). پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که سطح معناداری آماره لامبدای ویلکز به‌عنوان شاخص آماری چندمتغیری کمتر از ۰/۰۰۱ بود و بین دو گروه از نظر مهارت‌های شناختی، مهارت‌های رفتاری، کفایت هیجانی و آمایه‌های انگیزشی تفاوت معناداری وجود داشت (Wilks' Lambda=۰/۲۸۸ ،F=۱۲/۹۵۰ ،P=۰/۰۰۱).

برای بررسی اینکه گروه‌های آزمایشی و گواه در کدامیک از مهارت‌های شناختی، مهارت‌های رفتاری، کفایت هیجانی و آمایه‌های انگیزشی با یکدیگر تفاوت دارند، تحلیل کوواریانس تک‌متغیری انجام گرفت (جدول ۴).

جدول ۴) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایشی و گواه در مؤلفه‌های کفایت اجتماعی

شاخص آماری	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا (شدت اثر)	توان آزمون
الگوی تصحیح‌شده	مهارت اجتماعی	۱۰۱/۳۱۲	۵	۲۰/۲۶	۱۱/۹۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۴	۱
	مهارت رفتاری	۱۳۹/۲۴۷	۵	۲۷/۸۴	۸/۸۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۸	۰/۹۹۹
	کفایت هیجانی	۸۲/۹۸۴	۵	۱۶/۵۹	۶/۹۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹۲	۰/۹۹۲
	آمایه انگیزشی	۱۷۷/۷۸۴	۵	۳۵/۵۵	۱۸/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۵	۱

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

شاخص آماری	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا (شدت اثر)	توان آزمون
گروه	مهارت اجتماعی	۱۷/۷۱	۱	۱۷/۷۱	۶/۲۸	۰/۰۰۲	۰/۲۱	۰/۹۹۷
	مهارت رفتاری	۸۸۷/۴۷	۱	۸۸۷/۴۷	۵۱/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۰/۹۸۳
	کفایت هیجانی	۲۰/۷۷	۱	۲۰/۷۷	۵/۵۰	۰/۰۰۸	۰/۱۹	۰/۹۸۸
	آمایه انگیزشی	۱۳۴/۵۳	۱	۱۳۴/۵۳	۱۰/۹۹	۰/۰۰۳	۰/۳۱	۱

با توجه به جدول (۴)، آماره F برای مهارت شناختی (۶/۲۸)، مهارت رفتاری (۵۱/۵۲)، کفایت هیجانی (۵/۵۰) و آمایه‌های انگیزشی (۱۰/۹۹) در سطح ۰/۰۱ معنادار است که نشان می‌دهد بین دو گروه در این مؤلفه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین میزان مجذور اتا در جدول (۴) نشان می‌دهد که عضویت گروهی، ۰/۲۱ درصد از تغییرات مهارت شناختی، ۰/۶۸ درصد از تغییرات مهارت رفتاری، ۰/۱۹ درصد تغییرات کفایت هیجانی و ۰/۳۱ درصد تغییرات آمایه‌های انگیزشی را تبیین می‌کند. نتایج میانگین‌های تصحیح‌شده در پس‌آزمون نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایشی در مهارت‌های شناختی (۱۸/۶۵)، مهارت‌های رفتاری (۲۰۵/۰۴)، کفایت هیجانی (۱۹/۴۷) و آمایه‌های انگیزشی (۱۸/۶۹) بیشتر از میانگین گروه گواه در این خطاها به ترتیب (۱۴/۲۱)، (۱۷۵/۱۱)، (۱۳/۴۳) و (۱۳/۷۱) است. با توجه به این یافته‌ها که نشان‌دهنده میانگین‌های بیشتر گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با گروه گواه در این مؤلفه‌ها است، می‌توان نتیجه گرفت تفاوت معنادار در کفایت اجتماعی در بین گروه آزمایشی و گواه به نفع گروه آزمایشی بوده و نمایش‌درمانی برکفایت اجتماعی و مؤلفه‌های مهارت‌های شناختی، رفتاری، کفایت هیجانی و آمایه‌های انگیزشی دانش‌آموزان مؤثر است؛ بنابراین فرضیه اول پژوهش مبنی بر اثربخشی نمایش‌درمانی بر کفایت اجتماعی در دانش‌آموزان پسر با اختلال یادگیری ویژه تأیید می‌شود.

به‌منظور بررسی فرضیه دیگر پژوهش مبنی بر اثربخش بودن مداخله نمایش‌درمانی بر خودپنداره مثبت دانش‌آموزان پسر با اختلال یادگیری ویژه تحلیل واریانس تک‌متغیری انجام شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون خودپنداره مثبت در دو گروه آزمایشی و گواه حاکی از آن بود که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است (F=۱/۹۳۶ ،P=۰/۳۵). همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیر وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس خودپنداره مثبت در گروه‌ها برابر است (P>۰/۲۰۶، F=۱/۶۷۳). در جدول (۵) نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایشی و گواه در خودپنداره مثبت گزارش شده است.

جدول ۵) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایشی و گواه در خودپنداره مثبت

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا (شدت اثر)	توان آزمون
الگوی اصلاح‌شده	۴۱۸۲/۹۹۹	۲	۲۰۹۱/۵۰۰	۴۵/۴۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۱	۱
پیش‌آزمون	۹۱۶۲/۹۶۶	۱	۱۱۶۲/۹۶۶	۲۵/۲۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸۳	۱
گروه	۳۴۲۲/۵۷۲	۱	۳۴۲۲/۵۷۲	۷۴/۳۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳۴	۱
خطا	۱۲۴۳/۱۶۷	۲۷	۴۶/۰۴۳				

با توجه به جدول (۵)، آماره F برای متغیر خودپنداره مثبت (۷۴/۳۳۴) در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار است که نشان می‌دهد بین دو گروه در میزان خودپنداره مثبت تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین میزان مجذور اتا نشان می‌دهد که عضویت گروهی، ۷۳ درصد از تغییرات خودپنداره مثبت را تبیین می‌کند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین تصحیح‌شده

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

پس‌آزمون گروه آزمایشی در خودپنداره مثبت ۵۲/۴۰ و میانگین گروه گواه ۴۵/۳۳ بود که با توجه به آماره F در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار است. با در نظر گرفتن این یافته می‌توان گفت که نمایش‌درمانی موجب بهبود خودپنداره مثبت دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه شده است.

همچنین، جهت بررسی تأثیر نمایش‌درمانی بر بهبود ابعاد خودپنداره مثبت یعنی رفتار، وضعیت ذهنی و تحصیلی، ظاهر و ویژگی فیزیکی، اضطراب، محبوبیت و شادکامی و رضایت از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون مؤلفه‌ها در گروه‌های آزمایشی و گواه نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است (F=۲/۲۷۵ ،P=۰/۶۴). از سوی دیگر، نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس رفتار (F=۰/۷۹۱ ،P=۰/۳۸)، وضعیت ذهنی (F=۱/۳۸۴ ،P=۰/۲۴)، ویژگی فیزیکی (F=۰/۰۲۱ ،P=۰/۹۷)، اضطراب (F=۰/۱۳۴ ،P=۰/۷۱)، محبوبیت (F=۲/۳۵۶ ،P=۰/۱۳) و شادکامی و رضایت (F=۰/۰۲۰ ،P=۰/۸۸) در گروه‌ها برابر است. همچنین نتایج آزمون ام‌باکس جهت بررسی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایشی و گروه گواه حاکی از آن بود که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر می‌باشد (Box's M=۲۳/۵۲۱ ،F=۰/۸۵۸ ،P=۰/۶۴۸). نتایج آزمون خی‌دوبارتلت برای بررسی کرویت یا معناداری بین بعد رفتار، وضعیت ذهنی، ویژگی فیزیکی، اضطراب، محبوبیت و شادکامی و رضایت نیز نشان داد که رابطه بین آنها معنادار است (X^2=۲۱/۴۷۲ ،df=۱۴ ،P=۰/۰۰۰). پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین دو گروه در بُعد رفتار، وضعیت ذهنی، ویژگی فیزیکی، اضطراب، محبوبیت و شادکامی و رضایت تفاوت معناداری وجود دارد (F=۲۱/۶۸۶ ،P=۰/۰۰۰، Wilks' Lambda=۰/۸۸۴). برای بررسی این که گروه‌های آزمایشی و گواه در کدامیک از ابعاد رفتار، وضعیت ذهنی، ویژگی فیزیکی، اضطراب، محبوبیت و شادکامی و رضایت با یکدیگر تفاوت دارند تحلیل کوواریانس تک‌متغیری صورت گرفت که نتایج آن در جدول (۶) گزارش شده است.

جدول ۶) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایشی و گروه گواه در مؤلفه‌های خودپنداره

مؤلفه‌های خودپنداره مثبت		مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	مجذور اتا (شدت اثر)	توان آزمون
الگوی تصحیح‌شده	رفتار	۲۰۹/۴۴	۷	۲۹/۹۲	۱۳/۲۹۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰۹	۱
	وضعیت ذهنی	۵۶۳/۸۰	۷	۸۰/۵۴	۱۵/۴۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳۱	۱
	ویژگی فیزیکی	۲۳۸/۸۳	۷	۳۴/۱۱	۱۷/۷۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴۹	۱
	اضطراب	۲۱۱/۹۴	۷	۳/۲۷	۸/۸۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳۷	۱
	محبوبیت	۵۸/۳۳	۷	۸/۳۳	۴/۷۸۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰۳	۰/۹۷۲
	شادکامی و رضایت	۵۶/۶۱	۷	۸/۰۸	۱۱/۳۳۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸۳	۱
گروه	رفتار	۸۸/۴۰	۱	۸۸/۴۰	۳۹/۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۱	۱
	وضعیت ذهنی	۲۳۷/۳۹	۱	۲۳۷/۳۹	۴۵/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۶۷۵	۱
	ویژگی فیزیکی	۱۴۸/۳۳	۱	۱۴۸/۳۳	۷۷/۰۳۳	۰/۰۱	۰/۷۷۸	۱
	اضطراب	۱۴۳/۴۶	۱	۱۴۳/۴۶	۴۱/۷۹	۰/۰۰۲	۰/۶۵۵	۱
	محبوبیت	۴۵/۵۸	۱	۴۵/۵۸	۲۶/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۵۴۳	۰/۹۹۸
	شادکامی و رضایت	۳۸/۵۰	۱	۳۸/۵۰	۵۳/۹۸	۰/۰۰۱۳	۰/۷۱۰	۱

با توجه به جدول (۶)، آماره F برای بُعد رفتار (۳۹/۲۷)، وضعیت ذهنی (۴۵/۶۶)، ویژگی فیزیکی (۷۷/۰۳)، اضطراب (۴۱/۷۹)، محبوبیت (۲۶/۱۶) و شادکامی و رضایت (۵۳/۹۸)، در سطح ۰/۰۱ معنادار است که نشان می‌دهد بین دو گروه

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

در این مؤلفه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین میزان مجذور اتا نشان می‌دهد که عضویت گروهی، ۰/۶۴ درصد از تغییرات بُعد رفتار، ۰/۶۷ درصد از تغییرات وضعیت ذهنی، ۰/۷۷ درصد تغییرات ویژگی‌های ذهنی، ۰/۶۵ درصد تغییرات اضطراب، ۰/۵۴ درصد تغییرات محبوبیت و ۰/۶۵ درصد تغییرات شادکامی و رضایت را تبیین می‌کند. نتایج میانگین‌های تصحیح‌شده در پس‌آزمون نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایشی در بُعد رفتار (۱۴/۶۹)، وضعیت ذهنی (۱۶/۴۱)، ویژگی فیزیکی (۱۴/۷۲)، اضطراب (۱۱/۵۶)، محبوبیت (۱۰/۸۰) و شادکامی و رضایت (۸/۸۳) بیشتر از میانگین گروه گواه در این خطاها به ترتیب (۹/۷۴)، (۱۱/۲۸)، (۸/۲۴)، (۸/۴۷)، (۶/۵۴) و (۴/۲۱) است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که نمایش‌درمانی باعث بهبود در بُعد رفتار، وضعیت ذهنی، ویژگی فیزیکی، اضطراب، محبوبیت و شادکامی و رضایت در کودکان با اختلال یادگیری ویژه می‌شود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر مداخله نمایش‌درمانی بر کفایت اجتماعی و خودپنداره مثبت دانش‌آموزان پسر با اختلال یادگیری ویژه انجام شد. نتایج تحلیل داده‌های مطالعه حاکی از آن بود که نمایش‌درمانی در افزایش میزان کفایت اجتماعی و خودپنداره دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه مؤثر است. به بیان دیگر این مداخله با استفاده از فنون منحصربه‌فرد خود قادر است تا مهارت‌های لازم برای تطابق افراد با محیط و سازگاری را آموزش دهد.

یکی از یافته‌های پژوهش این بود که نمایش‌درمانی موجب افزایش کفایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن یعنی مهارت اجتماعی، مهارت رفتاری، کفایت هیجانی و آمایه انگیزشی در دانش‌آموزان پسر با اختلال یادگیری ویژه شده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های نعمتی (۱۶)، خلیلی و انصاری شهید (۱۸) و بریمانی و همکاران (۲۰) که اثربخشی نمایش‌درمانی بر مهارت و کفایت اجتماعی کودکان و دانش‌آموزان را تأیید کردند، همسو می‌باشد. همچنین مطالعه الراب (۱۹) نشان می‌دهد که استفاده از فنون نمایش‌درمانی در کودکان با اختلال یادگیری ویژه موجب ارتقاء رشد کفایت اجتماعی می‌شود. نتایج پژوهش بیاویس و همکاران (۱۷) نیز همسو با پژوهش حاضر حاکی از آن بود که نمایش‌درمانی با هدف آموزش مهارت‌های اجتماعی در ارتقاء رفتارهای سازگارانه مؤثر است. گومز-گونزالز و همکاران (۱۲) نیز در بررسی نظام‌مند خود در این زمینه گزارش دادند که استفاده از برنامه‌های خلاق نمایشی در کودکان با نقص در شایستگی اجتماعی مرتبط بوده و بهبود قابل‌ملاحظه‌ای را در حیطه‌های رفتار اجتماعی ایجاد می‌کند.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که اهمیت مهارت‌های اجتماعی در زندگی روزمره و همچنین تأثیر چشم‌گیر آن در رشد اجتماعی کودک، از اصول تعلیم و تربیت می‌باشد (۴). مشکلاتی که دانش‌آموزان ناتوان در یادگیری در تعاملات اجتماعی از خود نشان می‌دهند معمولاً به فقدان مهارت‌های لازم در زمینه پیش‌قدم بودن و نگه‌داشتن ارتباطات اجتماعی مثبت برمی‌گردد (۵). بنا به عقیده گریگورنکو و همکاران (۱) بسیاری از کودکان ناتوان در یادگیری در تعاملات غیرکلامی‌شان با مشکلاتی روبه‌رو هستند، درحالی‌که توانایی‌های غیرکلامی ازجمله مؤلفه‌های مهم در مهارت‌های اجتماعی می‌باشد. از سوی دیگر می‌توان گفت دانش‌آموزان ناتوان در یادگیری شاید به‌دلیل به‌کارگیری الگوی پرخاشگرانه و الگوی کناره‌گیری و همچنین به‌دلیل فقدان توانایی رمزگشایی علائم غیرکلامی در تعاملات اجتماعی در مقایسه با دانش‌آموزان بهنجار از کمترین امتیاز مثبت در زمینه برقراری اجتماعی برخوردار هستند (۶)، بنابراین می‌تواند به‌عنوان یکی از اهداف توان‌بخشی در کودکان با اختلال یادگیری ویژه جهت افزایش مهارت اجتماعی و رفتاری مدنظر قرار گیرد.

در این میان، مشاوره و روان‌درمانی قادر است در سلامت روان دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه مؤثر باشد؛ چراکه دارودرمانی به‌تنهایی مهارت‌های لازم برای مقابله با فشارهای روانی در دوره‌های مختلف به‌وجود نمی‌آورد. روان‌درمانی می‌تواند عملکرد اجتماعی و رفتاری را در افرادی که با اختلال یادگیری ویژه هستند، گسترش دهد. نمایش‌درمانی شیوه‌ای از روان‌درمانی است که در آن روان‌درمانگر با شناخت جنبه‌های روحی-روانی مُراجع، علائم بالینی او و آگاهی از فنون ویژه نمایشی می‌کوشد تا او را که در اثر اختلالات روحی و روانی دچار نقص در قوای ادراکی، تعقلی، تکلمی و تصمیم‌سازی خود شده است، در مسیر شناخت جنبه‌های وجودی‌اش قرار بدهد تا به اصلاح گفتاری، رفتاری و کرداری خود نائل آید (۱۴). همچنین در نمایش‌درمانی و جلسات آن سعی می‌شود که مهارت شناخت هیجانات که زیربنای رفتار انسان به‌شمار می‌رود به دانش‌آموز آموزش داده شود تا یادگیری این مهارت،

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

زمینه تصحیح تعاملات و بهبود مهارت‌های ارتباطی را فراهم سازد (۱۵). از طرفی، به‌نظر می‌رسد اجرای برنامه به‌صورت گروهی، ظرفیت تغییر را در هر کدام از آزمودنی‌ها افزایش داده باشد، چراکه گروه می‌تواند مجالی برای سهیم شدن در تجربه‌های یکدیگر، یادگرفتن از آنها، بیان تجربه‌های شخصی و کسب بینش نسبت به رفتار خود باشد. این شرایط موجب بهبود مهارت‌های هیجانی و برخورد منطقی با رویدادها و تجربه‌های مختلف زندگی دانش‌آموز شود. از طرفی نیز، آزمون و تجربه گزینه‌های رفتاری جدید را فراهم می‌نماید (۱۹). در واقع نمایش‌درمانی رفتار را به سمت تغییرات عملی جهت‌دهی می‌کند؛ به‌وسیله بازی نقش و شبیه‌سازی شرایط، افراد می‌توانند یاد بگیرند و ضمن کسب انگیزش و هیجان مثبت، رفتارهای سازگارانه را جایگزین رفتارهای نامناسب، همچون مهارت‌های ارتباطی مؤثر کنند.

از مشکلات موجود در دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه، مشکل در برقراری روابط اجتماعی و عدم انگیزه کافی و ضعف در مهارت‌های اجتماعی می‌باشد. شرکت در فعالیت‌های نمایشی و تجربه روابط انسانی مثبت و شناخت عواطف، هیجانات و روحیه همدلی، مهارت‌های اجتماعی و کفایت هیجانی در افراد با این اختلال را افزایش می‌دهد، ازاین‌رو بهبود نشانه‌های مهارت‌های اجتماعی و هیجانی پس از شرکت در فعالیت‌های نمایشی دیده می‌شود. جوهر و ذات نمایش اجتماعی، در برقراری ارتباط و گفت‌وگوها در داخل گروه است (۳۴).

علاوه بر اینها، براساس نظریه یادگیری اجتماعی بندورا می‌توان یافته‌های این فرضیه را مورد بررسی قرار داد. بندورا معتقد است که یادگیرنده از طریق مشاهده رفتار دیگران به یادگیری می‌پردازد و با توجه به توانایی تقلید به الگوبرداری و یادگیری مهارت‌های زندگی در این زمینه می‌پردازد (۳۵). با توجه به اینکه تغییرات مثبت و افزایشی در میزان کفایت اجتماعی با نمایش‌درمانی مشاهده شد، نظریه بندورا تأیید می‌شود.

یافته دیگر مطالعه نشان داد که نمایش‌درمانی بر افزایش خودپنداره مثبت و مؤلفه‌های آن یعنی رفتار، وضعیت ذهنی و تحصیلی، ظاهر و ویژگی‌های فیزیکی، اضطراب، محبوبیت، شادکامی و رضایت دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه مؤثر است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های بیرنگ و علی وندی وفا (۲۱)، دوگان (۲۲)، یونس و همکاران (۱۰) و زلالی و همکاران (۲۳) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که در رشد و افزایش خودپنداره متغیرهای متعددی مؤثرند؛ از شیوه تربیتی و سطح تحصیلات و درآمد خانواده‌ها تا انجام فعالیت‌های ورزشی و ایفای نقش‌ها و کارهای هنری که هر کدام به‌نوعی می‌تواند منجر به پذیرش «خود» از سوی افراد باشد (۸). در زمینه نمایش‌درمانی می‌توان گفت که قرار گرفتن دانش‌آموزان در بازی نمایش‌ها و قرار گرفتن در گروه نمایش باعث ایجاد لذت و شادی و افزایش روحیه مشارکت‌جویی در آنها می‌شود. در واقع نمایش‌درمانی به دنبال تقویت جنبه‌های مثبت در آزمودنی است (۱۳)، لذا با تقویت جنبه‌های مثبت به‌جای افکار منفی، موجب تقویت اعتمادبه‌نفس در زمینه‌های مختلفی چون رفتار، ویژگی‌های ظاهری و فیزیکی و وضعیت ذهنی فرد شده که نهایتاً افزایش خودپنداره مثبت را به دنبال خواهد داشت.

همچنین اَشکال مختلف هنر شامل هنر نمایش، موسیقی، نقاشی، قصه، فیلم، شعر به‌عنوان ابزار درمانی می‌توانند به‌کاربرده شوند و شکل جایگزینی از ارتباط برقرار کردن را فراهم آوردند. مراجعان هنردرمانی نیازی ندارند که با مهارت‌های هنری آشنا باشند یا تجربه‌های هنری قبلی داشته باشند. هنر درمانگر نیز به ساخت یک اثر هنری زیبا تأکید نمی‌کند. نمایش‌درمانی شکلی از هنردرمانی است که در طی جلسات مراجع فعالیت‌های خلاقانه، حرکات بازی، بدیهه‌گویی نمایشی را اجرا و در برنامه‌های تئاتر گونه شرکت می‌کند (۱۴). هنر با تغییر ژرفی که در بینش و دیدگاه فرد نسبت به خود و محیط پیرامونش به‌وجود می‌آورد، جهان‌بینی او را متحول می‌کند. افراد پس‌ازاینکه مورد هنردرمانی قرار گرفتند متوجه می‌شوند دنیا آن‌قدر ناامن و بی‌ثبات که فکر می‌کردند نیست و نسبت به خود، اطرافیان و آینده خوش‌بین می‌شوند (۲۲). پس منطقی است که مداخلات نمایش‌درمانی بر ارتقاء خودپنداره کودکان و ابعاد آن همچون شادکامی، رضایت و کاهش اضطراب تأثیر معنادار داشته باشد.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به جامعه آماری اشاره نمود که تنها دانش‌آموزان پسر پایه هشتم با اختلال یادگیری ویژه شهر کرج را شامل می‌شد که تعمیم نتایج را به افراد سنین دیگر و دختران و همچنین دیگر مناطق کشور محدود می‌سازد. از محدودیت‌های دیگر پژوهش، نداشتن مرحله پیگیری به‌دلیل محدودیت زمانی و عدم دسترسی به آزمودنی‌ها به‌دلیل شرایط به‌وجود آمده به‌دلیل بیماری کووید-۱۹ و

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

داشتن تنها یک گروه مداخله و عدم امکان مقایسه نتایج نمایش‌درمانی با یک روش درمانی دیگر بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از شرکت‌کنندگان با محدوده سنی وسیع‌تر و هر دو جنس و همچنین مرحله پیگیری برای بررسی تداوم نتایج و مقایسه این روش با سایر روش‌های گروه‌درمانی استفاده شود.

نتیجه‌گیری

بنابر نتایج پژوهش حاضر، نمایش‌درمانی موجب افزایش کفایت اجتماعی و خودپنداره مثبت در دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه شد؛ بنابراین یافته‌ها حاکی از اهمیت مداخلات گروهی همچون نمایش‌درمانی بر افزایش مهارت‌های ارتباطی و اعتمادبه‌نفس در این دانش‌آموزان بود. درنتیجه این روش قابلیت کاربرد در مراکز آموزشی و مدارس را دارد؛ بنابراین به‌عنوان پیشنهاد کاربردی پژوهش می‌توان بیان کرد که با توجه به اثربخش بودن این روش و جذابیت اجرای نقش‌ها برای کودکان و نوجوانان، معلم دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه یا مشاور مدرسه در قالب اجرای نمایش، مهارت‌هایی را همچون برقراری روابط اجتماعی یا افزایش انگیزه، دوست‌یابی و خودباوری به دانش‌آموزان آموزش داده تا بدین‌وسیله موجب افزایش میزان سازگاری و خودشناسی آنان شوند. در واقع، پیشنهاد می‌شود که نمایش‌درمانی در قالب برنامه آموزشی دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه جای داده شود.

تشکر و قدردانی

در پایان نویسندگان از تمامی عزیزانی که شرایط لازم جهت اجرای پژوهش را فراهم نمودند و همچنین اولیای مدرسه و دانش‌آموزان، نهایت تشکر و قدردانی را اعلام می‌دارند.

تضاد منافع

در این مقاله هیچ تضاد یا تعارض منافعی وجود ندارد.

References

1. Grigorenko EL, Compton DL, Fuchs LS, Wagner RK, Willcutt EG, Fletcher JM. Understanding, educating, and supporting children with specific learning disabilities: 50 years of science and practice. American Psychologist. 2020;75(1):37.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th. Edition, Washington DC, American Association.; 2013.
3. Wagner RK, Zirps FA, Edwards AA, Wood SG, Joyner RE, Becker BJ, et al. The prevalence of dyslexia: A new approach to its estimation. Journal of Learning Disabilities. 2020;53(5):354-65.
4. Kelly A. Developing social skills. Tizard learning disability review. 2017.
5. Khasawneh MAS. Social competence for students with learning disabilities in English. Technium Soc Sci J. 2021;23:16.
6. Seeber S, Wittmann E. Social competence research: A review. Competence-based vocational and professional education. 2017:1029-50.
7. Jenaabad H. The effect of social skills training on increasing self-confidence among children with verbal learning disorders and children with nonverbal learning disorders. Journal of Learning Disabilities. 2017;6(2):70-82.
8. McArthur GM, Filardi N, Francis DA, Boyes ME, Badcock NA. Self-concept in poor readers: a systematic review and meta-analysis. PeerJ. 2020;8:e8772.
9. Arafah K, Arafah ANB, Arafah B. Self-concept and self-efficacy's role in achievement motivation and physics learning outcomes. Opción: Revista de Ciencias Humanas y Sociales. 2020(27):95.
10. Younis JR, Shattla SI, Abed GA, Shereda HMA, Mohamed S, Elyzeed A. Developmental Psychodrama Therapy: Effect on Social Anxiety and Self-Esteem among Children who Stutter. 2021.
11. Karami J, Rezaee F, Nosrati R, Abasi M, Siahkamari R. The study of self-esteem of dyslexic children in elementary school in Kermanshah. Journal of Pediatric Nursing. 2019;5(4):33-40.
12. López-González MA, Morales-Landazábal P, Topa G. Psychodrama group therapy for social issues: a systematic review of controlled clinical trials. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(9):4442.
13. Widiastuti A. Knowing Drama and Psychodrama Therapy in Counseling. Available at SSRN 3945825. 2021.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

14. Baim C, Burmeister J, Maciel M. Psychodrama: advances in theory and practice: Routledge; 2013.
15. Kushnir A, Orkibi H. Concretization as a mechanism of change in psychodrama: procedures and benefits. Frontiers in Psychology. 2021;12:176.
16. Nemati A, Demehri F, Saeidmanesh M. Effect of Psychodrama on Communication Skills of Adolescents with Hearing Loss. Auditory and Vestibular Research. 2021.
17. Beauvais AM, Özbaş AA, Wheeler K. End-of-life psychodrama: Influencing nursing students' communication skills, attitudes, emotional intelligence and self-reflection. Journal of Psychiatric Nursing. 2019;10(2).
18. Khalili Z, Ansarishahidi M. Effectivenss of drama therapy on social skills and emotional recognition of children with high-functioning autism spectrum disorder. Empowering Exceptional Children. 2018;9(1):65-78.
19. Al Rub MA. Effectiveness of a Training Program Based on Psychodrama in Improving Social Competence in Students with Learning Disabilities. Journal of Educational and Psychological Studies [JEPS]. 2018;12(1):40-57.
20. Barimani S, Asadi J, Khajevand A. The effectiveness of play therapy on deaf children's social adaptation and communication skills. Archives of Rehabilitation. 2018;19(3):250-61.
21. Birang N, Alivandi Vafa M. The Effectiveness of Creative Play Therapy on Self-esteem, Creativity and Shyness of Shy Elementary School Students. Journal of Instruction and Evaluation. 2021;13(52):137-59.
22. Dogan T. The effects of the psychodrama in instilling empathy and self-awareness: A pilot study. PsyCh journal. 2018;7(4):227-38.
23. Zolali A, Atashpour SH, Sajjadian I. Effectiveness of Identity-based Psychodrama Educational-therapeutic Program on Identity Styles and Neuroticism. Caspian Journal of Neurological Sciences. 2021;7(3):140-7.
24. Parpanji M, Delavar A, Farrokhi N. investigate the role of mental health in students' creative behaviors. Journal of Innovation and Creativity in Human Science. 2019;8(4):153-70.
25. Willcutt EG, Boada R, Riddle MW, Chhabildas N, DeFries JC, Pennington BF. Colorado Learning Difficulties Questionnaire: validation of a parent-report screening measure. Psychological assessment. 2011;23(3):778.
26. Hajloo N, Rezaie Sharif A. Psychometric properties of Colorado Learning Difficulties Questionnaire (CLDQ). Journal of Learning Disabilities. 2011;1(1):24-43.
27. Flener R, Lease A. Social competence and the language of adequacy matter for psychology. Beverly Hills. 1990.
28. Parandin Sh. Psychometric properties of social competence questionaire in adolescents in Tehran. Master Thesis of Allameh Tabatabaei University. 2006.
29. Piers EV. Manual for the Piers-Harris Children's Self Con-cept Scale. Nashville, TN, Counselor Records and Tests. 1969.
30. Piers EV. Revised manual for the Piers-Harris Children's Self-Concept Scale. Los Angeles: Western Psychological Services. 1984.
31. Mashhadi A, Hosieni Yazdi SA, Asemi Z, Kimyaie SA. The Effectiveness of CODIP on Improvement of Self-concept and Enhancement of Resilience in Children of Divorce. Journal of Educational Psychology. 2015;6(2):48-58.
32. A D. Theoretical and practical foundations of research in the humanities and social sciences. . Besharat MA e, editor. Tehran: Roshd Publication; 2015.
33. Andersen-Warren M, Grainger R. Practical approaches to dramatherapy: the shield of Perseus: Jessica Kingsley Publishers; 2000.
34. Vaknin-Nusbaum V, Nevo E. Reading Fluency and Reading Motivation in Hebrew in Students with Reading Disabilities. Learning Disabilities Research & Practice. 2021;36(2):110-20.
35. Devi B, Khandelwal B, Das M. Application of Bandura's social cognitive theory in the technology enhanced, blended learning environment. International Journal of Applied Research. 2017;3(1):721-4

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]