

بررسی اثربخشی نمایش درمانی 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 نمایش درمانی 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 به صورت تصادفی انتخاب و از بین دانش‌آموزان آن، ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت 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. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیری و چندمتغیری در SPSS-26 انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که نمایش درمانی بر کفایت اجتماعی، خودپنداره مثبت و مؤلفه‌های آنها در دانش‌آموزان پسر مؤثر بود ($P < ۰/۰۰۱$).

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

واژه‌های کلیدی: اختلال یادگیری ویژه، خودپنداره، دانش‌آموز، کفایت اجتماعی، نمایش درمانی

مقدمه

اختلال یادگیری ویژه، مهم‌ترین علت عملکرد ضعیف تحصیلی به حساب می‌آید و هر ساله تعداد زیادی از دانش‌آموزان به این علت در فراگیری مطالب درسی دچار مشکل می‌شوند (۱). بر اساس DSM-5^۱، اختلال یادگیری ویژه در طبقه اختلال‌های عصبی-تحویلی^۲ 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-5^۱، 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 به عنوان 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^۴ یکی از سازه‌های اصلی بهداشت روانی و یک رویکرد متمرکز بر فرد است که نه تنها 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 به عنوان 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 اعتماد به نفس، خودپنداره مثبت و انگیزه آنها بسیار پایین است (۱)؛ بنابراین، مؤلفه مهم دیگری که می‌تواند در این افراد در نظر گرفته شود خودپنداره^۵ 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. به طور 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 خویش دارد؛ درواقع ارزیابی کلی فرد از شخصیت خود، خودپنداره گفته می‌شود. این ارزیابی فرد از خود، ذهنی بوده و معمولاً از ویژگی‌های رفتاری او به دست می‌آید. به همین دلیل خودپنداره ممکن است منفی یا مثبت باشد (۹). طرز برداشت ما از خودمان تا حد زیادی به وسیله 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 با کسانی که نگرش منفی به خود دارند، از اعتماد به نفس 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

به سطح توانمندی‌های خود با موفقیت‌هایی مواجه شود که در وی انگیزه برخورد با مسائل فردی و بین فردی را ایجاد می‌نماید (۱۶). نمایش درمانی 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 نمایش درمانی 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 نمایش درمانی مهارت‌های ارتباطی و خودابرازگری و هوش هیجانی را بهبود می‌بخشد. خلیلی و انصاری شهیدی (۱۸) اثربخشی نمایش درمانی را بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی با طیف اختلال اتیسم تأیید کردند. یونس و همکاران (۱۹) نیز با بررسی اثربخشی نمایش درمانی 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 نمایش درمانی بر سازگاری و کفایت اجتماعی و افزایش خودپنداره مثبت، آگاهی از خود و اعتماد به نفس 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

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 اعتماد به نفس 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 نمایش درمانی^۱ است. نمایش درمانی عبارت است از بررسی کاربردی، نظام‌مند و واقعی فرایندها، عملکردها و محصولات تداعی ذهنی افراد در قالبی نمایشی، با محوریت درمان و توان بخشی قوای عقلی، تفکری و ارتباطی افراد. در این روش به کمک «بازی گروهی» شناخت درس و اصول خلیات 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).

نمایش درمانی به جهت ویژگی‌های نمایشی آن برای کودکان و نوجوانان از جذابیت ویژه‌ای برخوردار است. این مداخله اولین بار توسط جیکوب مورو 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). نمایش درمانی 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 نمایش درمانی، همانندسازی با رهبر گروه یا سایرین، تخلیه عاطفی، احساس همدردی و سبک شدن، بیش از سایر درمان‌ها به چشم می‌خورد؛ گاه با رشد استعدادها و 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، نمایش درمانی شیوه‌ای است که به نوجوان با ناتوانی این امکان را می‌دهد تا با توجه

ابزار

(۱) پرسش‌نامه مشکلات یادگیری کلرادو^۱

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 یک 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 به دست 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 به این ترتیب 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 به منظور واریس پایایی آن از دو روش همسانی درونی و بازآزمایی 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 یک 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 و ۰/۶۸ و ۰/۷۸ به دست آمد.

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 نمایش درمانی 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. به علاوه 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 نمایش درمانی 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 به حساب می‌آید. از همین رو، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی نمایش درمانی 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 به دلیل 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 به صورت 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، به وسیله روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند.

1. Colorado Learning Difficulties Questionnaire

۲) پرسش نامه کفایت اجتماعی^۱

جهت سنجش میزان کفایت اجتماعی دانش آموزان از مقیاس اجتماعی فلنر و همکاران (۲۷) استفاده شد که براساس نظریه فلنر ساخته شده است. این پرسشنامه ۴۷ گویه دارد و ۴ بُعد مهارت های شناختی، مهارت های رفتاری، کفایت هیجانی و آمایه های انگیزشی را می سنجد. آزمودنی ها به پرسش های این آزمون بر اساس یک مقیاس ۷ درجه ای از کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۷ پاسخ می دهند. 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). شاخص های روان سنجی 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 نمونه برداری آن ۰/۸۲ گزارش شده است. پایایی ابزار در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

۳) پرسش نامه خودپنداره کودکان پی یوز هریس^۲

این پرسشنامه توسط پی یوز در سال ۱۹۶۴ در ۱۶۴ عبارت با عنوان "من در مورد خودم چگونه فکر می کنم" 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 می باشد (۲۹). همچنین در مجموع ۱۲ عبارت به عبارت های گواه یا دروغ سنج اختصاص دارد. پاسخ هر گویه آزمون به صورت دو بخش «بله» یا «خیر» طرح شده است. این مقیاس ممکن است به صورت فردی یا گروهی اجرا شود. نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده خود سنجی مثبت و نمره پایین، نشان دهنده 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 ویژگی های فیزیکی، اضطراب، محبوبیت، شادکامی و رضایت می باشد. پی یوز و هریس در سال ۱۹۸۴ (۳۰) ضرایب همسانی درونی مقیاس را با استفاده از فرمول های کودر ریچاردسون، ۲۱ و روش زوج-فرد، اسپیرمن-براون برای دانش آموزان دختر و پسر به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۷ به دست آورده اند. همچنین این ابزار از روایی صوری و محتوایی در سطح بالایی برخوردار است. برای اطمینان از روایی هم زمان مقیاس خودپنداره کودکان، همبستگی نمرات هر مقیاس فرعی باهم نیز به دست آمد و نشان داده شد که تمام همبستگی ها در سطح ۰/۰۱ معنادار هستند. این آزمون در ایران بین نمونه ای با حجم ۹۰۰ نفر هنجاریابی شده و ضرایب اعتبار آن برای زیرمقیاس های رفتار، وضعیت ذهنی و تحصیلی، ظاهر و ویژگی های 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 پرسش نامه 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 مشخص کننده های آن از مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-5 استفاده شد.

معرفی برنامه مداخله

در نمایش درمانی، شرکت کنندگان با نمایش هیجانات و تعاملات بین فردی خود روی صحنه، تعارضات درونی شان را بررسی می کنند. در این مداخله که به طور متوسط ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه تا ۲ ساعت است (برای پژوهش حاضر یک ساعت در نظر گرفته شد)، یک نفر به عنوان قهرمان داستان^۳ شناخته می شود (۱۴). قهرمان ها روابط خود را با تعامل با دیگر بازیگران و رهبر که به عنوان کارگردان^۴ شناخته می شود، بررسی می کنند. این کار با استفاده از فنون ویژه ای از جمله آینه سازی^۵، دو برابر کردن^۶، ایفای نقش^۷ و تک گویی^۸ انجام می شود (جدول ۱). جلسه اغلب به ۳ مرحله تقسیم می شود - 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

نقش‌های جدیدی را بیاموزند که می‌توانند در آن زندگی کنند و از این طریق بر مشکلات فائق آیند (۱۵). محتوای جلسات نمایش درمانی در این پژوهش برگرفته از کتاب «رویکرد عملی به نمایش درمانی» 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.

و بحث کردن. از اصول اصلی نمایش درمانی، نظریه مورو درباره «خودانگیختگی-خلاقیت»^۱ است. مورو 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 به صورت بداهه، ممکن است آنها شروع به کشف راه‌حل‌های جدید برای مشکلات زندگی خود کرده و

جدول (۱) محتوای جلسات نمایش درمانی

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، به منظور 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 به صورت ناتمام به وسیله 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 به حال 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 به دست کودک و هم‌ذات‌پنداری با آن تصویر و رفتن کودک در قالب آن تصویر و صحبت به جای 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 باین‌وجود 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

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 اعتماد به نفس و ایجاد خودپنداره مثبت در کودک (با الهام از ۱ دقیقه تک‌گویی)
نهم	مواجهه با مشکلات و ترس‌ها	مواجهه 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 به خاطر 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-5 تأیید گردید، انتخاب شده و به صورت 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 به نحوی که 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. به منظور 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 (نمایش درمانی) 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 به دست 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 تک متغیری (ANCOVA) و چند متغیری (MANCOVA) استفاده شد.

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. از نظر 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 به کفایت 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

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

آزمایشی و گواه نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر بود ($F = 2/243, P = 0/24$). 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 ($F = 0/739, P > 0/39$)، به این معنی که مقادیر به‌دست‌آمده آزمون F در سطح $p < 0/05$ 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.

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 ($P > 0/05$).

به منظور ارزیابی اثربخشی نمایش درمانی 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

جدول ۳) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایشی و گواه در متغیر کفایت اجتماعی

منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجذوراتا (شدت اثر)	توان آزمون
الگوی اصلاح شده	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 مجذوراتا حاکی از آن است که عضویت گروهی، ۵۳ درصد از تغییرات کفایت اجتماعی را تبیین می‌نماید. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین تصحیح شده 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 نمایش درمانی موجب بهبود کفایت اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه شده است.

همچنین، جهت بررسی تأثیر نمایش درمانی 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 کووریت 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 (۲/۳۷۱، $P=0/026$). افزون بر این، نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها حاکی از آن بود که واریانس مهارت‌های شناختی (۰/۵۳، $P=0/053$)،

مهارت‌های رفتاری ($F=0/396$)، مهارت‌های رفتاری ($F=0/578$ ، $P=0/45$)، کفایت هیجانی ($F=0/07$ ، $P=0/075$) و آمایه‌های انگیزشی ($F=0/54$ ، $P=0/374$) 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 ($\text{Box's } M=9/565$ ، $F=1/401$ ، $P=0/511$). در نهایت نتایج آزمون خی دو بارلت برای بررسی کرویت یا معناداری بین مهارت‌های شناختی، مهارت‌های رفتاری، کفایت هیجانی و آمایه‌های انگیزشی نشان داد که رابطه بین آنها معنادار است ($X^2=18/562$ ، $df=9$ ، $P=0/0001$). 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 ($\text{Wilks' Lambda}=0/288$ ، $F=12/950$ ، $P=0/0001$).

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 تک متغیری انجام گرفت (جدول ۴).

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

شاخص آماری	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذوراتا (شدت اثر)	توان آزمون
الگوی تصحیح شده	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

شاخص آماری	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	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

آزمایشی بوده و نمایش درمانی برکفایت اجتماعی و مؤلفه‌های مهارت‌های شناختی، رفتاری، کفایت هیجانی و آمایه‌های انگیزشی دانش‌آموزان مؤثر است؛ بنابراین فرضیه اول پژوهش مبنی بر اثربخشی نمایش درمانی بر کفایت اجتماعی در دانش‌آموزان پسر با اختلال یادگیری ویژه تأیید می‌شود.

به‌منظور بررسی فرضیه دیگر پژوهش مبنی بر اثربخش بودن مداخله نمایش درمانی 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 ($F=1/936$, $P=0/35$). همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیر وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس خودپنداره مثبت در گروه‌ها برابر است ($P>0/206$), $F=1/673$). در جدول (۵) نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایشی و گواه در خودپنداره مثبت گزارش شده است.

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، ۲۱/۰ درصد از تغییرات مهارت شناختی، ۶۸/۰ درصد از تغییرات مهارت رفتاری، ۱۹/۰ درصد تغییرات کفایت هیجانی و ۳۱/۰ 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

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				

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

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

پس‌آزمون گروه آزمایشی در خودپنداره مثبت $52/40$ و میانگین گروه گواه $45/33$ بود که با توجه به آماره F در سطح $0/001$ معنادار است. با در نظر گرفتن این یافته می‌توان گفت که نمایش درمانی موجب بهبود خودپنداره مثبت دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ویژه شده است.

همچنین، جهت بررسی تأثیر نمایش درمانی 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 ($F=2/275$, $P=0/64$). از سوی دیگر، نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس رفتار ($F=0/791$, $P=0/38$)، وضعیت ذهنی ($F=1/384$, $P=0/24$)، ویژگی فیزیکی ($F=0/021$, $P=0/97$)، اضطراب ($F=0/134$, $P=0/71$)، محبوبیت ($F=2/356$, $P=0/13$) و شادکامی و رضایت ($F=0/020$, $P=0/88$) 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 ($\text{Box's } M=23/521$, $F=0/858$, $P=0/648$). نتایج آزمون خی‌دوبارنتل 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 ($X^2=21/472$, $df=14$, $P=0/000$). 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 ($F=21/686$, $P=0/000$ ، Wilks' Lambda= $0/884$). 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	مجذوراتا (شدت اثر)	توان آزمون
الگوی تصحیح شده	رفتار	۷	۲۹/۹۲	۱۳/۲۹۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰۹	۱
	وضعیت ذهنی	۷	۸۰/۵۴	۱۵/۴۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳۱	۱
	ویژگی فیزیکی	۷	۳۴/۱۱	۱۷/۷۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴۹	۱
	اضطراب	۷	۳/۲۷	۸/۸۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳۷	۱
	محبوبیت	۷	۸/۳۳	۴/۷۸۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰۳	۰/۹۷۲
	شادکامی و رضایت	۷	۸/۰۸	۱۱/۳۳۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸۳	۱
گروه	رفتار	۱	۸۸/۴۰	۳۹/۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۱	۱
	وضعیت ذهنی	۱	۲۳۷/۳۹	۴۵/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۶۷۵	۱
	ویژگی فیزیکی	۱	۱۴۸/۳۳	۷۷/۰۳۳	۰/۰۱	۰/۷۷۸	۱
	اضطراب	۱	۱۴۳/۴۶	۴۱/۷۹	۰/۰۰۲	۰/۶۵۵	۱
	محبوبیت	۱	۴۵/۵۸	۲۶/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۵۴۳	۰/۹۹۸
	شادکامی و رضایت	۱	۳۸/۵۰	۵۳/۹۸	۰/۰۰۱۳	۰/۷۱۰	۱

($41/79$)، محبوبیت ($26/16$) و شادکامی و رضایت ($53/98$)، در سطح $0/01$ معنادار است که نشان می‌دهد بین دو گروه

با توجه به جدول (۶)، آماره F برای بُعد رفتار ($39/27$)، وضعیت ذهنی ($45/66$)، ویژگی فیزیکی ($77/03$)، اضطراب

سازگاران مؤثر است. گومز-گونزالز و همکاران (۱۲) نیز در بررسی نظام مند خود در این زمینه گزارش دادند که استفاده از برنامه های خلاق نمایشی در کودکان با نقص در شایستگی اجتماعی مرتبط بوده و بهبود قابل ملاحظه ای را در حیطه های رفتار اجتماعی ایجاد می کند.

در تبیین این یافته ها می توان گفت که اهمیت مهارت های اجتماعی در زندگی روزمره و همچنین تأثیر چشم گیر آن در رشد اجتماعی کودک، از اصول تعلیم و تربیت می باشد (۴). مشکلاتی که دانش آموزان ناتوان در یادگیری در تعاملات اجتماعی از خود نشان می دهند معمولاً به فقدان مهارت های لازم در زمینه پیش قدم بودن و نگه داشتن ارتباطات اجتماعی مثبت برمی گردد (۵). بنا به عقیده گریگورنکو و همکاران (۱) بسیاری از کودکان ناتوان در یادگیری در تعاملات غیرکلامی شان با مشکلاتی روبه رو هستند، درحالی که توانایی های غیرکلامی ازجمله مؤلفه های مهم در مهارت های اجتماعی می باشد. از سوی دیگر می توان گفت دانش آموزان ناتوان در یادگیری شاید به دلیل به کارگیری الگوی پرخاشگرانه و الگوی کناره گیری و همچنین به دلیل فقدان توانایی رمزگشایی علائم غیرکلامی در تعاملات اجتماعی در مقایسه با دانش آموزان بهنجار از کمترین امتیاز مثبت در زمینه برقراری اجتماعی برخوردار هستند (۶)، بنابراین می تواند به عنوان یکی از اهداف توان بخشی در کودکان با اختلال یادگیری ویژه جهت افزایش مهارت اجتماعی و رفتاری مدنظر قرار گیرد.

در این میان، مشاوره و روان درمانی قادر است در سلامت روان دانش آموزان با اختلال یادگیری ویژه مؤثر باشد؛ چراکه دارودرمانی به تنهایی مهارت های لازم برای مقابله با فشارهای روانی در دوره های مختلف به وجود نمی آورد. روان درمانی می تواند عملکرد اجتماعی و رفتاری را در افرادی که با اختلال یادگیری ویژه هستند، گسترش دهد. نمایش درمانی شیوه ای از روان درمانی است که در آن روان درمانگر با شناخت جنبه های روحی-روانی مراجع، علائم بالینی او و آگاهی از فنون ویژه نمایشی می کوشد تا او را که در اثر اختلالات روحی و روانی دچار نقص در قوای ادراکی، عقلی، تکلمی و تصمیم سازی خود شده است، در مسیر شناخت جنبه های وجودی اش قرار بدهد تا به اصلاح گفتاری، رفتاری و کرداری خود نائل آید (۱۴). همچنین در نمایش درمانی و جلسات آن سعی می شود که مهارت شناخت هیجانات که زیربنای رفتار انسان به شمار می رود به دانش آموز آموزش داده شود تا یادگیری این مهارت،

در این مؤلفه ها تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین میزان مجذور اتا نشان می دهد که عضویت گروهی، ۶۴/۰ درصد از تغییرات بُعد رفتار، ۶۷/۰ درصد از تغییرات وضعیت ذهنی، ۷۷/۰ درصد تغییرات ویژگی های ذهنی، ۶۵/۰ درصد تغییرات اضطراب، ۵۴/۰ درصد تغییرات محبوبیت و ۶۵/۰ درصد تغییرات شادکامی و رضایت را تبیین می کند. نتایج میانگین های تصحیح شده در پس آزمون نشان می دهد 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 یافته ها می توان گفت که نمایش درمانی باعث بهبود در بُعد رفتار، وضعیت ذهنی، ویژگی فیزیکی، اضطراب، محبوبیت و شادکامی و رضایت در کودکان با اختلال یادگیری ویژه می شود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر مداخله نمایش درمانی بر کفایت اجتماعی و خودپنداره مثبت دانش آموزان پسر با اختلال یادگیری ویژه انجام شد. نتایج تحلیل داده های مطالعه حاکی از آن بود که نمایش درمانی در افزایش میزان کفایت اجتماعی و خودپنداره دانش آموزان با اختلال یادگیری ویژه مؤثر است. به بیان دیگر این مداخله با استفاده از فنون منحصربه فرد خود قادر است تا مهارت های لازم برای تطابق افراد با محیط و سازگاری را آموزش دهد.

یکی از یافته های پژوهش این بود که نمایش درمانی موجب افزایش کفایت اجتماعی و مؤلفه های آن یعنی مهارت اجتماعی، مهارت رفتاری، کفایت هیجانی و آمایه انگیزشی در دانش آموزان پسر با اختلال یادگیری ویژه شده است. این یافته ها با نتایج پژوهش های نعمتی (۱۶)، خلیلی و انصاری شهید (۱۸) و بریمانی و همکاران (۲۰) که اثربخشی نمایش درمانی بر مهارت و کفایت اجتماعی کودکان و دانش آموزان را تأیید کردند، همسو می باشد. همچنین مطالعه الراب (۱۹) نشان می دهد که استفاده از فنون نمایش درمانی در کودکان با اختلال یادگیری ویژه موجب ارتقاء رشد کفایت اجتماعی می شود. نتایج پژوهش بیاویس و همکاران (۱۷) نیز همسو با پژوهش حاضر حاکی از آن بود که نمایش درمانی با هدف آموزش مهارت های اجتماعی در ارتقاء رفتارهای

زمینه تصحیح تعاملات و بهبود مهارت‌های ارتباطی را فراهم سازد (۱۵). از طرفی، به نظر می‌رسد اجرای برنامه به صورت 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 نمایش درمانی رفتار را به سمت تغییرات عملی جهت‌دهی می‌کند؛ به وسیله 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، از این رو 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 نمایش درمانی مشاهده شد، نظریه بندورا تأیید می‌شود.

یافته دیگر مطالعه نشان داد که نمایش درمانی 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 علی‌وندی 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 به نوعی می‌تواند منجر به پذیرش «خود» از سوی افراد باشد (۸). در زمینه نمایش درمانی 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 نمایش درمانی به دنبال تقویت جنبه‌های مثبت در آزمودنی است (۱۳)، لذا با تقویت جنبه‌های مثبت به جای افکار منفی، موجب تقویت اعتماد به نفس 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 آشکال مختلف هنر شامل هنر نمایش، موسیقی، نقاشی، قصه، فیلم، شعر به عنوان ابزار درمانی می‌توانند به کاربرده 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. نمایش درمانی 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 به وجود می‌آورد، جهان‌بینی او را متحول می‌کند. افراد پس از اینکه مورد هنردرمانی قرار گرفتند متوجه می‌شوند دنیا آن قدر ناامن و بی‌ثبات که فکر می‌کردند نیست و نسبت به خود، اطرافیان و آینده خوش‌بین می‌شوند (۲۲). پس منطقی است که مداخلات نمایش درمانی 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 به دلیل محدودیت زمانی و عدم دسترسی به آزمودنی‌ها به دلیل شرایط به وجود آمده به دلیل بیماری کووید-۱۹ و

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.

داشتن تنها یک گروه مداخله و عدم امکان مقایسه نتایج نمایش درمانی با یک روش درمانی دیگر بود؛ بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از شرکت کنندگان با محدوده سنی وسیع تر و هر دو جنس و همچنین مرحله پیگیری برای بررسی تداوم نتایج و مقایسه این روش با سایر روش های گروه درمانی استفاده شود.

نتیجه گیری

بنابر نتایج پژوهش حاضر، نمایش درمانی موجب افزایش کفایت اجتماعی و خودپنداره مثبت در دانش آموزان با اختلال یادگیری ویژه شد؛ بنابراین یافته ها حاکی از اهمیت مداخلات گروهی همچون نمایش درمانی بر افزایش مهارت های ارتباطی و اعتماد به نفس در این دانش آموزان بود. در نتیجه این روش قابلیت کاربرد در مراکز آموزشی و مدارس را دارد؛ بنابراین به عنوان پیشنهاد کاربردی پژوهش می توان بیان کرد که با توجه به اثربخش بودن این روش و جذابیت اجرای نقش ها برای کودکان و نوجوانان، معلم دانش آموزان با اختلال یادگیری ویژه یا مشاور مدرسه در قالب اجرای نمایش، مهارت هایی را همچون برقراری روابط اجتماعی یا افزایش انگیزه، دوست یابی و خودباوری به دانش آموزان آموزش داده تا بدین وسیله موجب افزایش میزان سازگاری و خودشناسی آنان شوند. در واقع، پیشنهاد می شود که نمایش درمانی در قالب برنامه آموزشی دانش آموزان 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 دانش آموزان، نهایت تشکر و قدردانی را اعلام می دارند.

تضاد منافع

در این مقاله هیچ تضاد یا تعارض منافی وجود ندارد.

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. Effectiveness 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 questionnaire in adolescents in Tehran. Master Thesis of Allameh Tabatabaei University. 2006.
29. Piers EV. Manual for the Piers-Harris Children's Self Concept 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