

The Effectiveness of Puppet Show on the Behavioral Disorders of Educable Male Students with Intellectual Disability

Zeynab Beyranvand, M.A.¹
Ezatollah Ghadampour, Ph.D.²
Mohammad Ali Sepahvandi, Ph.D.³

Received: 03. 17.2017

Revised: 08.04.2017

Accepted: 10.07.2018

Abstract

Objective: The present research aimed to investigate the effect of puppet show on the behavioral disorders of educable male first-graders with intellectual disabilities in Khorramabad, Iran. **Method:** The method was quasi-experimental and the design was pretest-posttest with a control group. The study population consisted of all educable male first-graders with intellectual disability in the academic year 2014-2015 in Khorramabad. The sample was selected through simple multistage random sampling. First, District 1 was randomly selected out of the two educational districts of Khorramabad. Then, from the first-graders in special schools of this district, the sample was randomly selected and allocated to experimental ($n=15$) and control groups ($n=15$). The experimental group received intervention in the form of 12 30-minute sessions of puppet show. The instrument used in this study was Rutter's Behavior Scale (B2) for Children (Teacher's Scale). **Results:** Results of covariance analysis showed that the puppet show is effective on behavioral disorders in educable male students with intellectual disability ($p<0.002$) in the sub-components of aggression-hyperactivity ($p<0.001$), anxiety-depression ($p<0.003$), social conflict ($p<0.001$), antisocial behavior ($p<0.001$), and attention deficit disorder ($p<0.001$). **Conclusion:** It was concluded that the implementation of puppet show significantly reduces behavioral disorders in educable students with intellectual disability.

Keywords: Puppet show, behavioral disorders, educable students with intellectual disability

اثربخشی نمایش عروسکی بر اختلالات رفتاری دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر

زینب بیرانوند^۱، دکتر عزت‌اله قدم‌پور^۲،
دکتر محمدعلی سپه‌وندی^۳

تجدیدنظر: ۱۳۹۶/۵/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۲۷

پذیرش نهایی: ۱۳۹۷/۷/۱۵

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، اثربخشی نمایش عروسکی بر اختلالات رفتاری دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر پایه اول ابتدایی شهر خرم‌آباد بود. **روش:** پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی و طرح به کار رفته در این پژوهش طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر پایه اول مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ در شهر خرم‌آباد بود که از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی ساده (مرحله‌ای)، ابتدا از دو ناحیه آموزش و پرورش شهر خرم‌آباد، ناحیه یک به طور تصادفی انتخاب شد و از بین دانش‌آموزان پایه اول مدارس استثنایی ناحیه مذکور، نمونه مورد نظر به صورت تصادفی انتخاب و در قالب گروه‌های آزمایش و گواه منتسب شد (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه). گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه سی دقیقه‌ای تحت اجرای نمایش عروسکی قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر پرسشنامه اختلالات رفتاری راتر (فرم معلم) بود. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که اجرای نمایش عروسکی بر کاهش اختلالات رفتاری دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر در سطح ($P<0.002$) و در خرده‌مؤلفه‌های پرخاشگری-بیش‌فعالی در سطح ($P<0.001$)، اضطراب-افسردگی در سطح ($P<0.003$)، ناسازگاری اجتماعی در سطح ($P<0.001$)، رفتارهای ضداجتماعی در سطح ($P<0.001$) و اختلال نارسایی توجه در سطح ($P<0.001$) تأثیر معنی‌داری دارد. **نتیجه‌گیری:** از مطالعه حاضر این گونه نتیجه‌گیری می‌شود که اجرای نمایش عروسکی در کاهش اختلالات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر تأثیر معنی‌داری داشته است.

واژه‌های کلیدی: نمایش عروسکی، اختلالات رفتاری، کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر.

1. M.A. of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran
2. **Corresponding Author:** Associate Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran. Email: ghadampour.e@lu.ac.ir
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.
۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.
۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

مقدمه

واژه کودکان کم‌توان ذهنی^۱ به کودکانی اطلاق می‌شود که از جهات مختلف ذهنی، جسمی، عاطفی و اجتماعی تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای با دیگر کودکان همسال خود دارند به نحوی که به لحاظ همین تفاوت‌های محسوس قادر نیستند از برنامه‌های درسی عادی، به طور شایسته و بایسته بهره‌مند شوند (افروز، ۱۳۸۰). کم‌توانی ذهنی، اختلالی تحولی است که بر تمام جنبه‌های تحول فرد تأثیر منفی می‌گذارد (شاوکی و گامال، ۲۰۱۷). افراد کم‌توان ذهنی علاوه بر داشتن مشکلاتی در جنبه‌های شناختی نظیر هوش، حافظه، زبان و یادگیری، از نظر ویژگی‌های رفتاری، مهارت‌های اجتماعی^۲ و سازش‌یافتگی نیز دچار نارسایی هستند (آلدمیر، آلدیمیر، ساهین و همکاران، ۲۰۱۶). این ویژگی‌ها موجب ایجاد خودپنداره منفی^۳، عزت نفس پایین و مشکلات انگیزشی در آنها می‌شود (اسمیت، ۲۰۰۱). کودکان کم‌توان ذهنی با مشکلات عدیده‌ای از جمله مشکلات رفتاری مواجه‌اند. میزان این اختلال در پسران بیش از دختران است (کازدین، ۱۹۹۷). در کودکان کم‌توان ذهنی با توجه به محدودیت‌های ویژه آنها نسبت به کودکان عادی می‌توان انتظار داشت که رفتارهای سازش نایافته بیشتری بروز کند. این کودکان به سبب محدودیت‌های مختلف که غالباً از محدودیت‌های شناختی آنها ناشی می‌شود، با شکست‌های متعددی روبه‌رو می‌شوند و پیامد همه این عدم موفقیت‌ها ناکامی است که خود سرآغاز پرخاشگری به گونه‌های مختلف خواهد بود (افروز، ۱۳۸۳). به طور معمول در بسیاری موارد کودکان کم‌توان از نادرستی رفتار خود آگاه نیستند و والدین نیز گمان می‌کنند نمی‌توانند تغییراتی بنیادی در آنها ایجاد کنند، نتیجه این که یا مایوسانه آنها را به حال خود رها می‌کنند یا با همان شیوه تربیتی متداول کودکان عادی به مقابله با آنها می‌پردازند (مللی، ۱۳۸۵). اغلب کودکان کم‌توان ذهنی با اختلالات رفتاری^۴، احساسات منفی دارند و

با دیگران بدرفتاری می‌کنند (کولهارت و شیپمان، ۲۰۱۷). همچنین در بیشتر موارد معلمان و همکلاسی‌ها، آنان را طرد می‌کنند و در نتیجه فرصت‌های آموزشی آنان کاهش می‌یابد (براون و پرسی، ۲۰۰۷). از سوی دیگر انزوای اجتماعی^۵ این کودکان، موجبات پرخاشگری هر چه بیشتر آنان را فراهم می‌آورد. کودکان کم‌توان ذهنی با اختلالات رفتاری، معمولاً محبوبیت ندارند. مجموعه این عوامل، این کودکان را در معرض خطر بروز رفتارهای ضد اجتماعی^۶ قرار می‌دهد. به طور معمول روابط دوستی این کودکان با کسانی است که آنان نیز دارای مشکلات رفتاری هستند (بالسترینو و مارتینز-مارتین، ۲۰۱۷). به ندرت می‌توان کودک یا نوجوانی را یافت که فقط یک مشکل رفتاری داشته باشد. با وجود مشکلات بسیاری که این افراد با آن مواجه‌اند، بیشتر آنان تا سال‌ها پس از ورود به مدرسه، شناسایی نمی‌شوند و تحت آموزش ویژه، قرار نمی‌گیرند، مگر اینکه اختلال رفتاری و مشکلات تحصیلی آنان شدید شود (استاور و پولوس، ۲۰۱۷). بسیاری از بزرگسالان تحمل رفتارهای کودکان و نوجوانان با اختلالات رفتاری را ندارند و به تنبیه آنان نیز متوسل می‌شوند. این کودکان در مقایسه با همسالان بهنجار خود، در جنبه‌های مهم زندگی محدودیت دارند و در تعاملات اجتماعی، با مشکلات جدی مواجه‌اند. ناتوانی‌های این کودکان، از رفتارهای آنان ناشی می‌شود (تولین، آمبر، لارن و گرچن و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج نشان می‌دهد که درصد فراوانی اختلال رفتاری درون نمود برابر ۱۳/۵۱ درصد، برون نمود ۱۵/۸ درصد و کل، ۲۴/۱۲ درصد است (اسلاوت، ۲۰۱۶). از طرفی براساس آمار تأیید شده سازمان‌های بین‌المللی از جمله یونسکو، تعداد تقریبی افرادی که نیاز به برنامه‌های آموزشی ویژه دارند، در هر جامعه بین ۱۲ تا ۱۸ درصد است (همان). لوییز و نیکولاس (۲۰۱۶) میزان فراوانی کودکان استثنایی را در آمریکا ۴/۱۹ درصد، کانادا ۱۸/۵ درصد، برزیل

۱۴/۵ درصد و چین ۷/۵ درصد گزارش کرده است. افروز (۱۳۹۳) با مروری بر نتایج پژوهش‌های انجام شده گزارش می‌کند که افزون بر ۱۰ درصد از کودکان سنین مدرسه در کشور ما دچار آسیب‌های ذهنی، جسمی، حسی، و رفتاری-هیجانی هستند که بیشترین درصد فراوانی مربوط به کودکان کم‌توان ذهنی و ۶۵ درصد است.

منظور از اختلالات رفتاری، کلیه رفتارهای تکراری، غیرعادی و آزاردهنده، نظیر مکیدن انگشت، ناخن جویدن، تیک، لکنت زبان، کتک کاری و قشقرق راه انداختن است که باعث اختلال در کارکرد فرد و خانواده شده (رواقی، شاه‌قلیان و مهرعلیان، ۱۳۸۹) و آثار منفی بر یادگیری^۷، ارتباط و کارایی اجتماعی آنان دارد (شمس اسفندآبادی، امامی‌پور و صدرالسادات، ۱۳۹۲). کوای و پیترسون (۱۹۸۷) اختلالات رفتاری را به شش دسته تقسیم کرده‌اند: اختلال سلوک^۸، پرخاشگری^۹، اضطراب-افسردگی^{۱۰}، ناسازگاری اجتماعی^{۱۱}، رفتارهای ضداجتماعی، و اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی^{۱۲}. بر اساس تعریف پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^{۱۳} اختلال سلوک، الگوی پیوسته و تکراری رفتار است که در آن حقوق اساسی دیگران، هنجارهای اجتماعی متناسب با سن فرد یا قوانین نقض می‌شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). منظور از پرخاشگری، زودرنجیدن و عصبی‌شدن، نداشتن کنترل بر خشم، تمایل شدید به کتک زدن و اذیت دیگران، میل شدید به شکستن اشیاء، زیاد درگیر شدن و جر و بحث کردن، داد و فریاد کردن و پرتاب اشیاء است (پورافکاری، ۱۳۸۸). اضطراب شامل علائم و نشانه‌هایی است مانند عصبی بودن، احساس فشار و لرزش در اندام، ترس‌های ناگهانی، احساس وحشت، بیم و نگرانی نسبت به آینده. افسردگی به خلق غمگین فراگیر اشاره دارد. افراد افسرده مسائلی همچون تحریک‌پذیری، فقدان احساس لذت، گوشه‌گیری اجتماعی، عزت‌نفس پایین، ناتوانی در تمرکز حواس،

کارکرد تحصیلی ضعیف، تغییر در کارکردهایی مانند خواب، اشتها و ناراحتی‌های جسمانی دارند (کاکاوند، ۱۳۸۵). کودکان ناسازگار، افرادی از اجتماع هستند که دچار اختلالات رفتاری هستند و رفتارشان برای خود و اطرافیان، مشکلات زیادی ایجاد می‌کند. این افراد کسانی هستند که مشکل تربیتی برای پدر و مادر و اولیای مدرسه و مسئله‌ای برای پلیس و دستگاه‌های قضایی ایجاد می‌کنند (میلانی‌فر، ۱۳۷۲). افراد بزهکار و شخصیت‌های ضداجتماعی دامنه وسیعی از رفتارهای آسیب‌رسان شامل قانون شکنی‌ها، زیر پا گذاشتن نظم اجتماعی، تجاوز به حقوق دیگران، پرخاشگری، سرکشی در مقابل مراجع رسمی قدرت، مشاجره لفظی، نزاع و اخلال در نظم عمومی، آسیب به امکانات عمومی، دزدی، فریب کاری، دروغ‌گویی، بی‌احتیاطی نسبت به ایمنی خود و دیگران، عدم احساس مسئولیت و فقدان احساس پشیمانی را نشان می‌دهند (داویس، ۲۰۰۴). اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی یکی از اختلال‌های عصبی رشدی است که از سال‌های اولیه رشد ظاهر می‌شود و چند ویژگی اصلی دارد. این ویژگی‌ها عبارت‌اند از نارسایی توجه، بیش‌فعالی، و تکانش‌گری (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵). کودکان با اختلال نارسایی توجه جمعیت ناهمگونی را تشکیل می‌دهند و از لحاظ میزان نشانه‌های موجود و فراگیر بودن آن نشانه‌ها در موقعیت‌های مختلف و میزان همبودی اختلال‌های دیگر همچون مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده و رفتارهای قانون‌شکنانه تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهند (جانسون، ۲۰۱۲؛ بولینگ، زیماف ماسون و می، ۲۰۱۲). به منظور کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی از روش‌های متفاوتی مانند رفتاردرمانی^{۱۴}، شناخت‌درمانی^{۱۵}، دارودرمانی^{۱۶}، گروه درمانی^{۱۷}، نمایش عروسی^{۱۸} استفاده شده است.

نمایش عروسکی به نمایشی گفته می‌شود که در آن از عروسک استفاده می‌شود و عروسک‌ها بازیگران صحنه هستند و به افرادی که این عروسک‌ها را به حرکت درمی‌آورند، «عروسک‌گردان» گفته می‌شود (رستمی، ۱۳۸۸). نمایش عروسکی بین تمام گونه‌های نمایشی دارای ویژگی عجیب و منحصر به فردی است (مقدم، ۱۳۸۲)، زیرا از محدود فعالیت‌هایی است که افراد از آن خسته و دل‌زده نمی‌شوند و با اشتیاق به دنبال آن می‌روند. مربی می‌تواند با استفاده از علاقه، اشتیاق، سادگی و تنوع‌پذیری نهفته در این هنر، بهره‌آموزشی فراوانی بگیرد (کشاورزی، ۱۳۸۸). عروسک‌درمانی در حیطه علم رفتاردرمانی به عنوان یکی از مؤثرترین انواع درمان‌ها مطرح گشته و اهمیت دارد. از دیدگاه بهداشت روان، عروسک‌درمانی شیوه دلپذیر مداوا در قلمرو روان‌درمانی است. عروسک، واسطه‌ای پذیرفته‌شده از سوی بزرگسالان و کودکان در جهت ارتباط و تبادل احساس، عاطفه و اندیشه بین دو نسل می‌باشد (نقش عروسک‌درمانی در سلامت ذهنی کودکان، ۲۰۱۳). ضمناً می‌توان از عروسک در هر شکلش بهره برد، ایجاد سرعت یادگیری، تثبیت نتایج و محتوای تربیتی در ذهن کودک و جلوگیری از فراموشی سریع مفاهیم، انتقال مسائل آموزشی و یادگیری بسیاری از مهارت‌های خودیاری از طریق مشاهده نمایش از جمله سودمندی‌های به کارگیری هنرهای نمایش عروسکی است (مقدم، ۱۳۸۲). از طریق بازی نمایشی به سادگی می‌توان با کودک کم‌توان ذهنی و جسمی ارتباط برقرار کرد. آنها می‌توانند از طریق بدیهه‌گویی‌های نمایشی، درون خود و دنیای خارج را به زبان ساده توصیف کنند (کشاورزی، ۱۳۸۴). نمایش عروسکی به عنوان تجسمی از افکار، احساسات و عواطف کودکان، مبنایی برای کار روان‌پزشکان در زمینه بهداشت روانی کودکان در پیشگیری از آشفتگی‌های روانی آنان است (خمسه، ۱۳۸۱). متخصصین بر این عقیده‌اند که نقش درمانی نمایش

عروسکی در روان افراد بیمار و مداوای آشفتگی‌های روانی بسیار قابل توجه است (کشاورزی، ۱۳۸۴). همچنین برای کودک کم‌توان ذهنی، فرصت‌هایی فراهم می‌آورد که دامنه گسترده‌ای از مفاهیم، معلومات، مهارت‌ها و موقعیت‌ها را برای اولین بار تجربه و درک کند. همچنین فرصت‌های مناسبی برای تمرین و تکرار تجربه‌های گذشته (فرایند شبیه‌سازی) فراهم می‌آورد و به عنوان مشوقی برای تحکیم و تقویت یادگیری و آموزش عمل می‌کند (اسماعیلی و بهادری، ۱۳۸۵؛ به نقل از رستمی، ۱۳۸۸). در پژوهشی که محمودی قرائی، بینا، یاسمی، امامی و نادری (۱۳۸۵) در کرمان انجام داده‌اند، اثر نمایش‌درمانی بر کودکان بازمانده از واقعه زلزله بم بررسی شد و نتایج پژوهش نشان داد که نمایش‌درمانی می‌تواند در کاهش نشانه‌های رفتاری مؤثر باشد. میلر، گرین، مانتالو و نیچلس (۱۹۹۸) تأثیر برنامه‌های نمایشی را بر روی دانش‌آموزان پسر که از لحاظ احساسی کم‌توان بودند مورد بررسی قرار دادند و به پیشرفت‌های چشمگیری در رفتار کلی و روابط بین‌فردی رسیدند. رایس (۱۹۹۹) در پژوهش خود نشان داد که برنامه‌های نمایش‌درمانگری، می‌تواند به کاهش پرخاشگری در نوجوانان و جوانان پسر کم‌توان ذهنی پرخاشگر منجر شود. پژوهش‌های مالون، استومن (۱۹۹۰) و کارمایکل (۱۹۹۳) تأثیر برنامه‌های هنری از جمله نمایش عروسکی را در افزایش مهارت‌های اجتماعی و کاهش اضطراب پسران کم‌توان ذهنی نشان داده است. داسیلوا، آستر جسیلو، ایسامار و دلیما (۲۰۱۷) در پژوهشی به آموزش مهارت‌های اجتماعی از طریق بازی به روش نمایشی بر کاهش سطح اختلالات رفتاری کودکان اتیسم^{۱۹} در قالب یک مطالعه مروری منظم به این نتایج رسیدند که کودکانی که از روش‌های آهنگین و نمایشی برای کاهش اختلالات رفتاری آنها استفاده شده بود، مقدار رفتارهای اختلال‌گونه آنها به شکل معنی‌داری کاهش یافته بود. گومرزومرو، جیمز-پالومارس، رودریگو-

مانسیلا، منسیلا، فلورس و آردیلا (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای که به منظور بررسی تأثیر مداخله بازی‌درمانی عروسی بر اختلالات رفتاری کودکان انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که ارائه برنامه بازی درمانی عروسی موجب بهبود و ارتقای اختلالات رفتاری از جمله ناسازگاری‌های اجتماعی و رفتارهای ضدا اجتماعی کودکان مورد مداخله گردید. نگ، هو، کو، وی، و هاوی (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای که با هدف تعیین تأثیر عروسک‌درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که این روش در افزایش رفتارهای مطلوب و اجتماع‌پسند کودکان دارای مشکلات ذهنی تأثیر مثبت و معنی‌داری دارد و می‌تواند به صورت دقیق و قابل ملاحظه‌ای سطح اختلالات رفتاری این دست دانش‌آموزان را کاهش دهد. چمیلوسکی و بست (۲۰۱۵) تحقیقی را با عنوان بررسی تأثیر روش نمایش عروسی بر روی کودکان کم‌توان ذهنی انجام داده‌اند. آنها در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که هنرهای نمایشی و نمایش عروسی بر رشد اجتماعی و کاهش اختلالات رفتاری اجتماعی آزمودنی‌ها تأثیر مطلوبی باقی می‌گذارد. شوبینا (۲۰۱۶) در تحقیقات خود، با عنوان تأثیر ترسیم نقاشی با رویکرد شناختی رفتاری در درمان کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری به این نتیجه رسید که این روش بر کاهش اختلالات رفتاری از جمله اضطراب و کمبود توجه تأثیر مثبت و معنی‌داری دارد.

بررسی ادبیات پژوهش، نشان می‌دهد که اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی که غالباً از محدودیت‌های شناختی‌شان ناشی می‌شود، منجر به شکست‌های متعددی می‌شود (افروز، ۱۳۸۳). بنابراین ارائه راهبردها و برنامه‌های مداخله‌گرایانه‌ای که بتوانند باعث کاهش اختلالات رفتاری شده امکان اثربخشی و کارایی برنامه‌های آموزشی و توان‌بخشی را برای این گروه از کودکان ارتقا بخشند، لازم و ضروری به نظر می‌رسد (لندگارتن، ۲۰۰۵؛ ترجمه هاشمیان و

ابوحمره، ۱۳۸۷). لذا هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی نمایش عروسی بر کاهش اختلالات رفتاری دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر پایه اول ابتدایی در شهر خرم‌آباد است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح کلی این پژوهش با توجه به اهداف و ماهیت آن طرح نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر پایه اول شهر خرم‌آباد در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ بود که از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی ساده (مرحله‌ای)، ابتدا از دو ناحیه آموزش و پرورش شهر خرم‌آباد، ناحیه یک به‌طور تصادفی انتخاب شد و از بین دانش‌آموزان پایه اول مدارس استثنایی ناحیه مذکور، نمونه مورد نظر به صورت تصادفی انتخاب و در قالب گروه‌های آزمایش و گواه انتساب شد (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه). ضمناً آزمودنی‌ها بر حسب بهره هوشی، نداشتن اختلال بینایی، شنوایی، حرکتی و گفتاری و همچنین سطح اجتماعی-اقتصادی توسط مسئولین آموزشگاه همتاسازی شده بودند.

ابزار

پرسشنامه اختلالات رفتاری^{۱۹} راتر (فرم معلم): این پرسشنامه توسط مایکل راتر (۱۹۶۷) در دانشگاه ایالتی پنسلوانیا به منظور تهیه یک ابزار معتبر برای بررسی مشکلات رفتاری کودکان در مدرسه تهیه شد. پرسشنامه راتر در دو فرم معلم و والد ساخته شده است. پرسشنامه فرم معلم دارای ۳۰ گویه است که با توجه به شیوه نمره گذاری، دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۰ در نوسان است و آزمون به پنج خرده‌مؤلفه طبقه‌بندی شده است که هر یک، سؤالات خاصی را در بر می‌گیرد: پرخاشگری-بیش‌فعالی سؤالات ۱-۲-۳-۴-۸-۱۹ و ۲۳، اضطراب-افسردگی سؤالات ۶-۷-۹-۲۱-۲۴ و ۲۶، ناسازگاری اجتماعی سؤالات ۵-۱۳-۱۴-۱۵-۲۹ و ۳۰، رفتارهای ضدا اجتماعی سؤالات ۱۲-

۱۵-۱۶-۲۰-۲۵-۲۷ و ۲۸، اختلال نارسایی توجه
سؤالات ۱-۲-۱۴-۲۳ و ۳۰. این پرسشنامه توسط
معلمان کودک تکمیل می‌شود. بعد از توضیح نحوه
نمره گذاری، از معلم خواسته می‌شود تا عبارات
پرسشنامه را مطالعه نموده و با در نظر گرفتن
مشاهدات خود از رفتار کودک در سه هفته گذشته
پرسشنامه را در مورد کودک نمره گذاری کند. نمره
گذاری پرسشنامه راتر (فرم معلم) بدین صورت است:
نمره صفر: رفتاری که در مورد کودک مصداق ندارد؛
نمره یک: رفتاری که تنها در مواردی برای کودک
مصداق دارد و نمره دو: رفتاری که کاملاً در مورد
کودک مصداق دارد. کمترین نمره صفر و بیشترین
نمره ۶۰ است. راتر و همکاران (۱۹۶۴) مطالعه
وسییی در مورد کودکان ۱۰ و ۱۱ ساله انجام دادند.
در این مطالعه تعداد ۱۵۳۶ کودک با پرسشنامه راتر
مورد ارزیابی قرار گرفتند و پایایی این پرسشنامه نیز
سنجیده شد. پرسشنامه مذکور دارای روایی و پایایی
علمی قابل قبولی است. در پژوهش اولیه راتر که با
۹۱ کودک انجام گرفت درصد توافق بین پرسشنامه و
تشخیص روان‌پزشک در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار گزارش
شده است. همچنین پایایی پرسشنامه ذکر شده از
طریق بازآزمایی به فاصله ۱۳ هفته در حدود ۰/۸۵
گزارش شده است. هوسن و گوبل (۱۹۸۷) نیز
پژوهشی در مورد روایی پرسشنامه راتر انجام دادند که
نتایج همبستگی بالایی را بین نمره‌های حاصل و

تشخیص روان‌پزشک نشان داد. اسکار و اسمیت
(۱۹۸۲) نیز اظهار داشتند پایایی پیش‌آزمون-
پس‌آزمون با فاصله دو ماه ۰/۸۹ است. این پرسشنامه
در ایران در پژوهش‌های مهریار (۱۳۶۵)، سهرابی
(۱۳۶۹)، و حاتمی (۱۳۶۹) به کار رفته و به‌وسیله
مهریار (۱۳۶۵) در شیراز استاندارد شده است (اکبری،
۱۳۸۴).

روش اجرا

در شرایط یکسان و همزمان، پیش‌آزمون مربوط به
پرسشنامه اختلالات رفتاری (فرم معلم) از هر دو گروه
آزمایش و گواه به عمل آمد. پس از آن دانش‌آموزان
گروه آزمایش تحت اجرای بسته آموزشی نمایش
عروسکی قرار گرفتند. در تهیه این بسته از نظر
متخصصین روان‌شناس و نمایشنامه‌نویس استفاده
شده بود. این آموزش طی ۱۲ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای و
هر هفته دو جلسه صورت گرفت. در این مدت
دانش‌آموزان گروه گواه همان آموزش رایج در همه
مدارس استثنایی را دریافت کردند. پس از آن از
دانش‌آموزان هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و
داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه هجدهم،
مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده‌ها
از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار)
و تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک‌متغیری
استفاده شد. خلاصه جلسات نمایش عروسکی در
جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات نمایش عروسکی

جلسه	محتوای جلسات آموزشی
اول	معرفی دو عروسک به دانش‌آموزان و توضیح نقش آنها، آشنایی کودکان با عروسک‌ها و دادن فرصتی جهت لمس و برقراری ارتباط با آنها، اجرای پیش‌آزمون.
دوم	در این جلسه سعی شد رفتارهایی از جمله پرخاشگری، ناسازگاری و چگونگی کنترل آنها به نمایش گذاشته شود.
سوم	در این جلسه سعی شد رفتارهای نامناسبی از جمله ناسزا گفتن، آسیب رساندن به سایرین و چگونگی کنترل آنها به نمایش گذاشته شود.
چهارم	در این جلسه سعی شد رفتارهای نامناسبی همچون انزوا، ترس، و چگونگی کنترل آنها به نمایش گذاشته شود.
پنجم	در این جلسه سعی شد رفتارهای نامناسبی همچون دستپاچی، از کوره در رفتن و چگونگی کنترل آنها به نمایش گذاشته شود.
ششم	در این جلسه سعی شد رفتارهای نامناسبی همچون دروغ‌گویی، بداخلاقی و چگونگی کنترل آنها به نمایش گذاشته شود.
هفتم	در این جلسه سعی شد رفتارهای نامناسبی همچون بی‌نظمی، بی‌توجهی به درس و چگونگی کنترل آنها به نمایش گذاشته شود.
هشتم	در این جلسه سعی شد رفتارهای نامناسبی همچون بدون اجازه از وسایل دیگران استفاده کردن، لجبازی و بهانه‌گیری و چگونگی کنترل آنها به نمایش گذاشته شود.
نهم	در این جلسه سعی شد رفتارهای نامناسبی همچون غیبت‌های مکرر، و امتناع از رفتن به مدرسه و چگونگی کنترل آنها به نمایش گذاشته شود.
دهم	در این جلسه سعی شد رفتارهای نامناسبی همچون بی‌قراری، بازیگوشی و چگونگی کنترل آنها به نمایش گذاشته شود.
یازدهم	در این جلسه سعی شد رفتارهای نامناسبی همچون عدم تمرکز، رفتارهای تکانشی و چگونگی کنترل آنها به نمایش گذاشته شود.
دوازدهم	صحبت با عروسک‌ها، خداحافظی از آنها و اجرای پس‌آزمون (لازم به توضیح است که این جلسه ۴۸ ساعت پس از آخرین جلسه نمایش تشکیل شد).

همچنین لازم به ذکر است که محتوای نمایشنامه‌ها با توجه به نشانه‌های رفتاری متغیر وابسته (اختلالات رفتاری) تهیه و تدوین شد. به عنوان نمونه دو جلسه از جلسات درمانی به صورت خلاصه ذکر می‌شود:

در جلسه اول ابتدا پژوهشگر، دو عروسک (دستکشی) را به نام‌های شیطونک و امیر به آزمودنی‌ها معرفی کرد و از آنها خواست تا با دقت به محتوای نمایش، گوش بسپارند. در پایان نمایش از آنها سؤالاتی پیرامون نمایش اجرا شده پرسیده شد و به هرکسی که پاسخ مناسبی می‌داد، جایزه‌ای به عنوان تشویق داده می‌شد. بعد از اتمام نمایش و پرسیدن سؤالاتی از شرکت کننده به ترتیب از چند نفر از آنها خواسته شد تا رفتار شیطونک و امیر را با زبان کودکانه خود برای هم‌کلاسی‌هایشان تعریف کنند و ضمن تعریف از آنها پرسیده می‌شد که آیا حق با شیطونک بود یا امیر. آزمودنی جواب خود را با ذکر دلیل برای دوستانش شرح می‌داد. محتوای پاسخ‌های آنها بیانگر این بود که تا چه اندازه هدف پژوهشگر یعنی کاهش رفتار نامناسب و تقویت رفتار مناسب در حال تحقق یافتن است. در پایان جلسه ضمن تشکر از آزمودنی‌ها از آنها

خواسته می‌شد که در جلسه بعد، همگی حضور داشته باشند و خاطراتی در رابطه با موضوع جلسه بعد یادداشت کنند و در کلاس مطرح نمایند. در جلسه دوم، نمایشی در ارتباط با پرخاشگری و بیش‌فعالی به اجرا گذاشته شد. شیطونک شخصیتی پرخاشگر و فاقد کنترل در رفتارهایش و امیر پسری آرام و مؤدب است. در ابتدای نمایش، شیطونک با رفتارهای نسنجیده‌اش جو نمایش را متشنج می‌کند ولی امیر به عنوان شخصیتی مثبت، ضمن گفت و گویی ساده و کوتاه، رفتارهای ناپسند او را اصلاح می‌کند. در پایان نمایش از شرکت کننده‌ها خواسته شد تا رفتار شیطونک و امیر را با کمک پژوهشگر در جلسه قبل و جلسه فعلی تحلیل کنند و یک جمع‌بندی کلی از دو نمایش مربوط به پرخاشگری و بیش‌فعالی را در قالب چند جمله بیان کنند.

یافته‌ها

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) آزمودنی‌ها برحسب مرحله و عضویت گروهی نشان داده شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد اختلالات رفتاری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر گروه‌های آزمایش و گواه

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		مرحله	
انحراف استاندارد		انحراف استاندارد		عضویت گروهی	
۵/۲۴	۲۱/۶۰	۷/۵۱	۳۳/۸۶	گروه آزمایش	اختلالات رفتاری
۱/۳۵	۴/۴۶	۲/۴۸	۸/۸۰		پر خاشگری - بیش‌فعالی
۱/۳۶	۵	۲/۲۱	۷/۲۶		اضطراب - افسردگی
۲/۰۱	۴/۹۳	۲/۴۴	۷/۸۶		ناسازگاری اجتماعی
۲/۱۶	۴/۸۶	۲/۶۹	۷/۱۳		رفتارهای ضد اجتماعی
۱/۵۹	۳/۴۶	۱/۷۵	۷/۰۶		اختلال نارسایی توجه
۸/۲۷	۳۷/۱۳	۹/۹۲	۳۴/۹۳		اختلالات رفتاری
۲/۰۹	۹/۸۶	۲/۹۵	۹/۲۰	گروه گواه	پر خاشگری - بیش‌فعالی
۲/۵۵	۷/۶۶	۲/۳۴	۷/۰۶		اضطراب - افسردگی
۲/۲۵	۷/۲۶	۲/۵۵	۷/۶۶		ناسازگاری اجتماعی
۲/۸۲	۸	۳/۱۵	۷/۴۰		رفتارهای ضد اجتماعی
۲/۰۳	۶/۴۶	۲/۰۷	۶/۸۰		اختلال نارسایی توجه

برای تحلیل داده‌های اختلالات رفتاری، پرخاشگری-بیش‌فعالی، اضطراب-افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضداجتماعی و اختلال نارسایی توجه مربوط به گروه آزمایش و گروه گواه از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. استفاده از آزمون F به عنوان یک آزمون پارامتریک، مستلزم رعایت برخی پیش‌فرض‌های آماری است. این پیش‌فرض‌ها شامل: ۱. فاصله‌ای یا نسبی بودن مقیاس اندازه‌گیری متغیر یا متغیرهای وابسته ۲. نمونه‌گیری یا گمارش تصادفی آزمودنی‌ها ۳. توزیع نرمال نمره‌های متغیر یا متغیرهای وابسته ۴. همسانی واریانس‌های متغیر وابسته ۵. تساوی یا تناسب حجم نمونه‌ها می‌باشد که این پیش‌فرض‌ها در پژوهش حاضر اعمال گردیده است.

برای بررسی برابری واریانس متغیرهای وابسته پژوهش از آزمون لوین استفاده شد. نتایج به دست آمده از این آزمون برای اختلالات رفتاری ($F=0/23$ ، $P>0/05$)، پرخاشگری-بیش‌فعالی ($F=3/19$ ، $P>0/05$)، اضطراب-افسردگی ($F=1/52$ ، $P>0/05$)، ناسازگاری اجتماعی ($F=1/38$ ، $P>0/05$)، و اختلال نارسایی توجه ($F=4/02$ ، $P>0/05$)، نشانگر همگنی واریانس‌های دو گروه بود. با توجه به سطح معنی‌داری مشاهده شده، واریانس متغیر وابسته در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری با یکدیگر ندارد لذا استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس در پژوهش حاضر بلامانع است.

از جمله پیش‌فرض‌های دیگر که در تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) منظور می‌گردد، نرمال بودن توزیع با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف است. نتایج این آزمون در هر یک از مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح $0/05$ معنی‌دار نبودند، بنابراین فرض صفر یعنی پیروی داده‌ها از توزیع نرمال تأیید می‌شود. بنابراین پیش‌فرض اول تحلیل کوواریانس یعنی طبیعی بودن توزیع نمره‌ها رعایت شده است و می‌توانیم فرضیه‌های پژوهش را از طریق آزمون‌های پارامتری بسنجیم.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به تفاوت بین دو گروه گواه و آزمایش از لحاظ مؤلفه‌های پرخاشگری-بیش‌فعالی، اضطراب-افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، اختلال نارسایی توجه، رفتارهای ضداجتماعی و اختلالات رفتاری از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) بهره گرفته شد. قبل از به کارگیری آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره مفروضه‌های آن به وسیله آزمون باکس و لامبدای ویلکز بررسی شد. به همین منظور برای بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس مؤلفه‌های پرخاشگری-بیش‌فعالی، اضطراب-افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، اختلال نارسایی توجه، رفتارهای ضداجتماعی و اختلالات رفتاری در گروه‌های مورد پژوهش نیز از آزمون M باکس استفاده شد و نتایج آن در جدول ۳ ارائه گردیده است.

جدول ۳. نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس در مؤلفه‌های پرخاشگری-بیش‌فعالی، اضطراب-افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، اختلال نارسایی توجه، رفتارهای ضداجتماعی و اختلالات رفتاری

مؤلفه	BOXES M	F	معنی‌داری
پرخاشگری-بیش‌فعالی	۶/۵۴۸	۱/۲۲۱	۰/۳۴۵
اضطراب-افسردگی	۵/۸۴۱	۱/۳۶۵	۰/۴۱۸
ناسازگاری اجتماعی	۷/۶۵۱	۲/۲۱۴	۰/۸۵۱
اختلال نارسایی توجه	۵/۳۲۵	۲/۰۱۲	۰/۶۳۸
رفتارهای ضداجتماعی	۶/۰۱۲	۲/۰۹۸	۰/۴۵۷
اختلالات رفتاری	۵/۳۵۷	۱/۳۰۵	۰/۹۲۵

$F=$ و $p>0/05$ ، به خوبی رعایت شده است. نتیجه آزمون کرویت بارتلت هم از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد به این معنا که فرض صفر مبنی بر ناهمبسته بودن داده‌ها رد و فرض خلاف مبتنی بر همبسته بودن داده‌ها تأیید می‌شود. یعنی این آزمون نشان داد که ماتریس همبستگی مشاهده شده متعلق به جامعه‌ای با متغیرهای همبسته است لذا می‌توان تحلیل واریانس و کوواریانس را انجام داد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در مرحله پس‌آزمون

اثر	Value	Error df	F	P
اثر پیلایی	۰/۷۳	۱۴	۴/۸۴	۰/۰۰۲
لامبدای ویلکز	۰/۲۶	۱۴	۴/۸۴	۰/۰۰۲
اثر هتلینگ	۶/۴۰	۱۴	۴/۸۴	۰/۰۰۲
بزرگترین ریشه خطا	۶/۴۰	۱۴	۴/۸۴	۰/۰۰۲

گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به منظور تعیین این که در کدام یک از مؤلفه‌های اختلالات رفتاری تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و گواه وجود دارد، از آزمون کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه گردیده است.

جدول ۳ نشان می‌دهد سطح معناداری $p>0/05$ می‌باشد که گویای آن است شرط همگنی ماتریس واریانس-کواریانس برای همه مؤلفه‌ها پرخاشگری-بیش‌فعالی ($F=1/121$ و $p>0/05$)، اضطراب-افسردگی ($F=1/365$ و $p>0/05$)، ناسازگاری اجتماعی ($F=2/214$ و $p>0/05$)، اختلال نارسایی توجه ($F=2/012$ و $p>0/05$)، رفتارهای ضداجتماعی ($F=2/098$ و $p>0/05$) و اختلالات رفتاری ($F=1/305$)

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون به روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، اثر معنی‌داری برای عامل عضویت گروهی وجود دارد ($p<0/002$). این اثر چندمتغیری نشان می‌دهد که اجرای نمایش عروسکی بر اختلالات رفتاری دانش‌آموزان پسر پایه اول ابتدایی شهر خرم‌آباد تأثیر داشته است و بین اختلالات رفتاری

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تأثیر مداخله بر مؤلفه‌های اختلال رفتاری آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون

منبع تغییر	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	P	Eta	Power
پیش‌آزمون	پر خاشگری-بیش‌فعالی	۵۱/۳۰	۱	۵۱/۳۰	۳۹/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱
	اضطراب-افسردگی	۲۹/۰۱	۱	۲۹/۰۱	۱۰/۱۶	۰/۰۰۴	۰/۲۹	۰/۸۶
	ناسازگاری اجتماعی	۸۳/۸۵	۱	۸۳/۸۵	۵۰/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱
	رفتار ضداجتماعی	۱۲۳/۵۲	۱	۱۲۳/۵۲	۵۷/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱
	اختلال نارسایی توجه	۵۴/۴۴	۱	۵۴/۴۴	۳۹/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱
	پر خاشگری-بیش‌فعالی	۱۵۴/۳۵	۱	۱۵۴/۳۵	۱۱۹/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۳	۱
گروه	اضطراب-افسردگی	۳۰/۳۲	۱	۳۰/۳۲	۱۰/۶۲	۰/۰۰۳	۰/۳۰	۰/۸۷
	ناسازگاری اجتماعی	۳۴/۲۲	۱	۳۴/۲۲	۲۰/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۹
	رفتار ضداجتماعی	۵۹/۹۳	۱	۵۹/۹۳	۲۷/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۹۹
	اختلال نارسایی توجه	۵۰/۸۱	۱	۵۰/۸۱	۳۷/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱
خطا	پر خاشگری-بیش‌فعالی	۳۱/۰۵	۲۴	۱/۲۹				
	اضطراب-افسردگی	۶۸/۵۱	۲۴	۲/۸۵				
	ناسازگاری اجتماعی	۳۹/۵۸	۲۴	۱/۶۴				
	رفتار ضداجتماعی	۵۱/۶۳	۲۴	۲/۱۵				
	اختلال نارسایی توجه	۳۲/۸۸	۲۴	۱/۳۷				

رفتارهای ضداجتماعی دانش‌آموزان در مرحله پس‌آزمون شده است.

فرضیه پنجم: با کنترل نمره‌های پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه در زیرمقیاس اختلال نارسایی توجه دانش‌آموزان در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$) و $F=37/08$. پس اجرای نمایش عروسی موجب کاهش ۶۰ درصدی اختلال نارسایی توجه دانش‌آموزان در مرحله پس‌آزمون شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، اثربخشی نمایش عروسی بر اختلالات رفتاری دانش‌آموزان پسرکم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر پایه اول ابتدایی شهر خرم‌آباد بود. همان‌طور که نتایج نشان داد اجرای نمایش عروسی باعث کاهش میزان اختلالات رفتاری گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون شد ($P < 0/002$). یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های محمودی قرائی، بینا، یاسمی، امامی و نادری (۱۳۸۵)، هاشمی، میرزمانی، داورمنش، صالحی و نازادی کاشانی (۱۳۸۸)، اصغری نکاح، افروز، بازرگان و شکوهی یکتا (۱۳۹۰)، طهماسبی (۱۳۹۰)، میلر و همکاران (۱۹۹۸)، رایس (۱۹۹۹)، مالون و استومن (۱۹۹۰)، کارمایکل (۱۹۹۳)، مک اووری و کانکی (۱۹۸۳)، مک دونو، استامر، اسپریشان و تامپسون (۱۹۹۷)، داسیلوا، آسترسیلو، ایسامار و دلیما (۲۰۱۷)، گومز-رومر و همکاران (۲۰۱۶)، نگ و همکاران (۲۰۱۷)، چمیلوسکی و بست (۲۰۱۵) و شوبینا (۲۰۱۶) همسو است.

در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت که کاربرد روش‌های نمایشی به عنوان یک ضرورت اصلاح رفتار در مراکز توان‌بخشی، مدارس استثنایی، پرورشگاه‌ها، کانون‌های کودکان و نوجوانان بزهکار، توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است. اختلالات رفتاری مثل پرخاشگری و گوشه‌گیری، ضعف در برقراری ارتباط با دیگران از جمله مشکلاتی است که این کودکان و نوجوانان با آنها مواجه هستند.

جدول ۵ نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس یافته‌های پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری در متغیر وابسته دیده می‌شود. به گونه‌ای که اجرای نمایش عروسی توانسته است به طور معنی‌داری در کاهش اختلالات رفتاری گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون مؤثر باشد.

فرضیه اول: با کنترل نمره‌های پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه، در زیرمقیاس پرخاشگری-بیش‌فعالی دانش‌آموزان در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$ و $F=19/27$). پس اجرای نمایش عروسی موجب کاهش ۸۳ درصدی پرخاشگری-بیش‌فعالی دانش‌آموزان در مرحله پس‌آزمون شده است.

فرضیه دوم: با کنترل نمره‌های پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه، در زیرمقیاس اضطراب-افسردگی دانش‌آموزان در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/003$ و $F=10/62$). پس اجرای نمایش عروسی موجب کاهش ۳۰ درصدی اضطراب-افسردگی دانش‌آموزان در مرحله پس‌آزمون شده است.

فرضیه سوم: با کنترل نمره‌های پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه، در زیرمقیاس ناسازگاری اجتماعی دانش‌آموزان در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$ و $F=20/75$). پس اجرای نمایش عروسی موجب کاهش ۴۶ درصدی ناسازگاری اجتماعی دانش‌آموزان در مرحله پس‌آزمون شده است.

فرضیه چهارم: با کنترل نمره‌های پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه، در زیرمقیاس رفتارهای ضداجتماعی دانش‌آموزان در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$ و $F=7/85$). پس اجرای نمایش عروسی موجب کاهش ۵۳ درصدی

با در نظر گرفتن این مشکلات می‌توان دریافت که صرفاً از راه آموزش با کلمات نمی‌توان نتایج رضایت‌بخشی گرفت (طهماسبی، ۲۰۱۱). از آن جایی که زبان عروسک‌ها به جهت توانایی برای کمک به معلمان و کودکان برای یادگیری از یکدیگر، رشد، برقراری ارتباط، کسب اعتماد به نفس و بیان خود بی‌نظیر است، می‌توان از روش اجرای نمایش عروسی برای کاهش مشکلات رفتاری سود جست (پونز، ۲۰۰۴). رفتارهای خشونت‌آمیز و پرخاشگری در کودک در سنین پایین می‌تواند باعث بروز مشکلات بزرگ‌تری در آینده او شود (مقدم، ۱۳۸۲). هنردرمانی، خصوصاً استفاده از نمایش می‌تواند نقش مؤثری در کاهش پرخاشگری داشته باشد (نیسمو-ناهوم، ۲۰۰۹). در این پژوهش سعی شد تا با استفاده از نمایش عروسی، پسران کم‌توان ذهنی را با غیرقابل قبول بودن رفتارهای پرخاشگرانه آشنا ساخته راهبردهای مناسب کنترل خشم به آنها آموزش داده شود. ضمن اجرای نمایش‌ها کودکان کم‌توان ذهنی با عواقب ناخوشایند رفتارهای نامناسب خود روبه‌رو شده و با شخصیت‌های اصلی نمایش، نتایج بد را به صورت پیامدهای جانشینی تجربه کردند. آنها در طول نمایش پس از آگاهی از نتایج مخرب رفتارهای نامناسب مانند از دست دادن دوستان خود و تنها ماندن، مهارت‌های مناسب کنترل خشم را آموختند و پرخاشگری آنها کاهش یافت. دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری معمولاً مضطرب (با احساس ترس یا دلهره) و افسرده‌اند، برخی از آنها رفتارهای برون‌ریزی از خود نشان می‌دهند و برخی دیگر نیز گوشه گیرند، نمایش عروسی برای مواجه کردن کودک با اضطراب نیز، مؤثر است. آن چه عروسک‌ها دربارهٔ رویارویی با ترس و مقابله با اضطراب آموزش می‌دهند، نهایتاً اضطراب کودک را به سطح قابل‌کنترلی کاهش می‌دهد. افسردگی، ترس و به طور کلی مشکلات رفتاری با ریشه اضطرابی را می‌توان با استفاده از نمایش عروسی حل کرد. نمایش عروسی به دلیل داشتن

عروسک، یک شادی درونی و نیاز فطری کودکان را به بازی بیدار می‌کند. حرکات نمایشی به‌عنوان وسیلهٔ آموزشی موجب تشویق و توسعهٔ توانایی فردی در قلمرو زندگی اجتماعی و مسئولیت‌پذیری در محیط زندگی است. از میان این توانایی‌ها می‌توان از توانایی کاربرد مناسب احساس، درک حقوق دیگران، قدرت تمرکز و مهارت‌های کلامی، فیزیکی و کنترل‌های عاطفی را نام برد. لذا والدین، معلمان و مربیان می‌توانند از این شیوه به‌عنوان یکی از وسایل مهم ارتباط جمعی و آموزش برای کودکان کم‌توان ذهنی بهره بگیرند (ترنبال، شانک و اسمیت، ۲۰۰۴). بازی‌درمانی و نمایش عروسی می‌تواند موجب تقویت فرایند سازگاری اجتماعی، در کودکان کم‌توان ذهنی یا جسمی شود (کارمایکل، ۱۹۹۳). آشنایی کودکان کم‌توان ذهنی با عروسک‌ها می‌تواند به تأثیر این هنر بر جذب علاقه و کاهش نشانه‌های رفتار ضداجتماعی نظیر هل دادن دیگران، آسیب رساندن به وسایل مدرسه و پرخاشگری منجر شود. همچنین آموزش مفاهیم به این کودکان تنها از طریق روش سنتی مستلزم زمان بیشتری است، در صورتی که نمایش دیگر حواس کودک را نیز درگیر ساخته و تأثیر عمیق‌تری بر یادگیری رفتارهای مطلوب به نمایش گذاشته شده می‌گذارد (پاردینگتون، ۲۰۰۶). نمایش عروسی، شکل توانمندی از بازی است که فرد را به آسانی با امکانات و آمیزه‌های مختلف سازگار می‌کند. کودک به راحتی خود را با حیوان یا شخصیت‌های عروسی و مشکلات آنها همانند می‌کند، بنابراین می‌تواند از طریق راهبردهای مناسب مسئله‌گشایی، فکرکرده و پیشنهاد ارایه دهد. در روند نمایش، کودک رفتارهای مطلوبی همچون احترام گذاشتن به عقاید و نظرات دیگران را مشاهده می‌کند و او نیز از طریق تقویت جایگزینی، مشتاق می‌شود همان رفتارهایی را یاد بگیرد که تقویت مثبت به دنبال داشته باشد. همانطور که تحقیقات نشان داده‌اند هنردرمانی به شکل‌های مختلف مانند نقاشی‌درمانی،

تشکر و قدردانی

در پایان از مساعدت‌های تمامی عوامل به‌ویژه مسئولان محترم دانشگاه لرستان، مدیریت محترم آموزش و پرورش، مدارس شهر خرم‌آباد و تمامی دانش‌آموزان عزیزی که بی‌دریغ در روند این پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

پی‌نوشت‌ها

1. Mentally retarded
2. Social skills
3. Negative self-concept
4. Behavioral disorders
5. Social isolation
6. Antisocial behavior
7. Learning
8. Conduct disorder
9. Aggression
10. Anxiety-Depression
11. Social maladjustment
12. Attention deficit hyperactivity disorder
13. American psychiatric association
14. Behavior therapy
15. Cognitive therapy
16. Pharmaco therapy
17. Group therapy
18. Puppet show
19. Questionnaire behavioral disorders

منابع

- افروز، غ. (۱۳۸۰). کودکان استثنایی کیستند؟ آموزش و پرورش چیست؟ پیوند ۲۶۸، ۲۸۰-۲۹۲.
- افروز، غ. (۱۳۸۳). مقدمه‌ای بر روان‌شناسی و آموزش و پرورش کودکان/استثنایی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- اکبری، م. (۱۳۸۴). مقایسه پیشرفت تحصیلی و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان پایه اول دیرآموز استفاده‌کننده از کلاس‌های ضمیمه و عادی شهرستان همدان. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد) دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- خمسه، ع. (۱۳۸۱). آموزش تثاتر کودکان. نشریه داخلی نامه مربی. شماره ۲۲.
- دلاور، ع. (۱۳۸۶). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی. تهران: نشر ویرایش.
- رستمی، ر. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی نمایش عروسکی بر افزایش مهارت‌های اجتماعی دختران کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر ۸-۱۲ سال. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- فخری، ف. (۱۳۸۰). نمایش‌درمانی و تأثیر آن بر روی کودکان و معلولین. (پایان‌نامه کارشناسی) دانشگاه آزاد تهران مرکز.
- کاپلان، س. (۱۳۷۵). خلاصه روان‌پزشکی. ترجمه: نصرت‌الله پورافکاری. تبریز.
- کاکاوند، ع. (۱۳۸۵). روان‌شناسی و آموزش کودکان/استثنایی. تهران: انتشارات روان.
- کشاورزی، ا. (۱۳۸۴). نمایش برای کودکان. فصلنامه هنر. سال پانزدهم.

نمایش‌درمانی، نمایش عروسکی و حرکات موزون برای درمان و کنترل ناسازگاری اجتماعی کاربرد دارند (کریمنس، ۲۰۰۶). تأثیر نمایش عروسکی بر کودکان حواس‌پرت، کم‌توان ذهنی و معلولین جسمی-حرکتی اعجاب‌انگیز است، زیرا علاوه بر آن که به کودکان امکان می‌دهد که قدرت و قابلیت خود را بشناسند، در پیوند با جامعه نیز نقش مهمی را می‌تواند ایفا کند و وسیله‌ای برای ابراز درون، رشد تعادل جسمی، توانایی ایجاد ارتباط با دیگران و کمک به تکامل فکری و روانی آنان است (فخری، ۱۳۸۰).

در پایان، در زمینه محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم وجود مرحله پیگیری و همچنین محدود کردن جامعه آماری به دانش‌آموزان پسر شهر خرم‌آباد اشاره نمود که تعمیم یافته‌های فوق را با احتیاط همراه می‌سازد. نتیجه عمده‌ای که از پژوهش حاضر و پژوهش‌های پیشین می‌توان استنباط کرد، این است که کودک همان‌طور که به غذا و هوا نیاز دارد به بازی نیز به عنوان عاملی برای رشد جسمی و ذهنی نیازمند است، آشنایی کودکان کم‌توان ذهنی با عروسک‌ها می‌تواند به تأثیر این هنر در جذب علاقه و کاهش نشانه‌های رفتاری منجر شود لذا به معلمان و مشاوران مراکز کودکان استثنایی پیشنهاد می‌شود از برنامه نمایش عروسکی در کاهش اختلالات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی استفاده کنند. چون ممکن است تأثیرات نمایش عروسکی بعد از مرحله پس‌آزمون فقط مدت کمی تداوم داشته باشد، بنابراین پیشنهاد می‌شود جلسات اجرای نمایش عروسکی در برنامه درسی مراکز گنجانده شود. همچنین محتوای نمایشنامه‌ها متناسب با رشد جسمی و ذهنی کودکان استثنایی تدوین شود، ضمناً می‌توان برای آموزش مفاهیم مختلف مانند مهارت‌های اجتماعی یا آموزش بهداشت، نمایش عروسکی طراحی شود تا عینیت آموزش بتواند یادگیری بادوام‌تری ایجاد نماید.

- Davis DD. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. Translation: Shams G. New York: Guilford Press.
- Gómez-Romero, M., Jiménez-Palomares, Rodríguez-Mansilla, M., J., Flores-Nieto, A., Garrido-Ardila, E.M., González-López-Arza, M.V. (2016). Benefits of play therapy on behaviour in subjects diagnosed with dementia: A systematic review. *Neurología (English Edition)*, In Press, Corrected Proof, Available online.
- Hashemi, M., Mirzamani, S. M., Davarmanesh, A., Salehi, M, Nazadikashani, Gh. (2010). Effect Puppet Show Aggression in Female Students in Educable Mentally Retarded Children. *Journal of Neurological Rehabilitation*, 11(15).
- Johnston, C. (2012). Parenting in adults with attention-deficit/hyper activity disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review*, 32(4), 215-228.
- Kazdin, A. E. (1997). Practitioner review Psychological treatments for conduct Disorder in Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 161-178.
- Kaplan & Sadock. V.A.. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder: new findings suggest partial specificity of effects. *Journal American Academy Child Adolescents Psychiatry*, 48(1), 146-154.
- Kirsten Davison, April Bowling, Jeanette Garcia, Brian Wood, Robert Hermes, James Prince, Amanda Hayes, Richard Kow, Sami Newlan, James Slavet (2016). A cybercycling intervention to improve regulation and classroom functioning among children with behavioral health disorders: Pragmatic randomized trial design for *Manville Moves*. *Contemporary Clinical Trials*, 49, 40-46.
- Lewis Ben, Nicholls Dasha (2016). Behavioural eating disorders. *Paediatrics and Child Health*, 26, 12, 519-526.
- McDonough L, Stahmer A, Schreibman L, Thompson SJ. (1997). Deficits, Delays, and Distractions: evaluation of symbolic play and memory in children with autism. *Developmental Psychopathology*, 9, 17- 41.
- McEvoy J, McConkey R. (1983). Play activities of mentally handicapped children at home and mothers' perception of play. *Int Journal of Rehabilitation Research*, 6(2), 51-143.
- Miller, R.B., Green, B.A., Montalvo, G.P., Ravindran, B., Nichols, J.D. (1998). *Educational programming in simulated environments for seriously emotionally handicapped high school students*. Washington D.C. Bureau of research, office of education.
- Ng Qin Xiang, Ho Collin Yih Xian, Koh Shawn Shao Hong, Wei Chuan Tan, Hwei Wuen Chan. (2017). Doll therapy for dementia sufferers: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 26, 42-46.
- مللی، ا. (۱۳۸۵). اثر آموزش مهارت‌های اجتماعی با استفاده از داستان در کاهش اختلالات رفتاری در آموزش‌پذیر کم‌توان ذهنی دانش‌آموزان دختر ۱۳-۱۹ ساله. (پایان نامه کارشناسی ارشد) دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- محمودی‌قرائی، ج؛ بینا، م؛ یاسمی، م؛ امامی، آ و نادری، ف. (۱۳۸۵). اثر بازی‌درمانی گروهی بر نشانه‌های مرتبط با سوگ و آسیب ناشی از واقعه زلزله در کودکان ۳ تا ۶ سال به. *مجله بیماری‌های ایران*. ۱۶، ۲، ۱۳۷-۱۴۲.
- میلانی‌فر، ب. (۱۳۷۲). روان‌شناسی کودکان و نوجوانان استثنایی. تهران: نشر قومس.
- Aldemir Ozgur, Aldemir Rahime, Sahin Y., Ihsan Ustun, Cumali Gokce. (2016). Unbalanced karyotype with X;11 translocation associated with SHOX duplication and 11q partial deletion in a girl with amenorrhea and ld mental retardation detected by array CGH: Case Report. *Gene Reports*, Volume 4, September 2016, Pages 194-197
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington American Psychiatric, 169-70.
- Asgharinekeh SM, Afruoz GA, Bazargan A, Shokohiyekta M. (2011). Puppet Play Therapy for Children Intervened Impact on Communication Skills. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 13(1):44-55.
- Balestrino Roberta, Martinez-Martin Pablo. (2017). Neuropsychiatric symptoms, behavioural disorders, and quality of life in Parkinson's disease. *Journal of the Neurological Sciences*, Volume 373, 15 February 2017, Pages 173-178.
- Brown I, Percy, M. (2007). *A Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental*. London, Powl. H. brookes.
- Bussing, R., Zima, B., Mason, D., & Meyer, J. (2012). ADHD Knowledge, Perceptions, and Information Sources: Perspectives from a Community Sample of Adolescents and their Parents. *Journal of Adolescent Health*, 51(6), 593 – 600.
- Chemielewski, W. X., & Beste, C. (2015). Action control processes in autism spectrum disorder – Insights and Puppet show from a neurobiological and neuroanatomical perspective. *Progress in Neurobiology*, 124, 49-83
- Coolhart, D., & Shipman, D. L. (2017). Working Toward Family Attunement: Family Therapy with Transgender and Gender-Nonconforming Children and Adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 40, 1, , 112-13
- Da Silva, R. D. M., Austregésilo, S. C., Ithamar, L., & De Lima, L. S. (2017). Therapeutic play to prepare children behavioral disorder for invasive procedures: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, 93, 1 6-16

- Nissimov-Nahum, E. (2009). Use of drawing task to study art therapists' personal experiences in treating aggressive children. *The Arts in Psychotherapy*; 36,140-147.
- Pones, Martinez. (2004). use op puppet in classroom. www.sciencedirect.com.
- Quay H.c & Peterson, D.R. (1987). *Manual for the revised Behavior Problem checklist*. Coval Gables. FL: Author.
- Ravaghie, K., Shahgholian, N., Mehralian, H. (2000). Prevalence Of Behavioral Disorders In Children At Primary Schools Of Shahr- Kord. *Iran Journal of Nursing*, 27(13): 35-41.
- Rutter, M. (1967). A children's behavior questionnaire for completion by teachers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8, 27-3.
- Reis, R. (1999). Self-Regulated Strategy Development for Written Expression with Students with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder, *Exceptional Children*,. 73 (1), 53-68.
- Shams EsfandAbadi H, EmamiPour, S., Sadrol Sadat SJ. (2003). a study on prevalence of behavioral disorders in primary school students in Abhar *journal of rehabilitation*, 12(3): 34-41.
- Shawky Rabah, M., Gamal Radwa (2017). Syndrom with skeletal anormalies, mental retardation, eyelid chalazion, Bitot's spots and agenesis of the corpus callosum in an Egyptian child. *Egyptian Journal of Medical Human Genetics*, 18, (1) 93-97.
- Shubina, I. (2016). Counseling and Therapy of Patients with Behavioural Disorders Using the Cognitive-behavioural Approach. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 217 (5) 1008-1018
- Smith, D.D. (2001). *Introduction to special education: Teaching in an age of opportunity* (4 Th Ed.).
- Stavropoulos, Katherine, Kuhl-Meltzoff. (2017). using neuroscience as an outcome measure for behavioral interventions in Autism spectrum disorders (ASD): A review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 35, 62-73
- Tahmasbi S. (2011). *Second National Seminar on Education and Health in Preschool Children. Tehran*. University of Welfare Sciences and Rehabilitation:23-4.
- The Role of Puppet Therapy on Children's Mental Health. (2013). (Home page on the internet). Available from: <http://vista.ir>.
- Tolin, David F., Amber L. Billingsley, Lauren S. Hallion, Gretchen J. Diefenbach. (2017). Low pre-treatment end-tidal CO₂ predicts dropout from cognitive-behavioral therapy for anxiety and related . *Behaviour Research and Therapy*, 90, 32-40.