

اثربخشی نمایش درمانی بر فراخنای توجه دانش آموزان پسر دارای ناتوانی هوشی تحولی

تاریخ دریافت: ۹۰/۱/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۱/۲۶

حمیده بیاتی*، معصومه پورمحمدرضای تجریشی**، علی زاده‌محمدی***

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی نمایش درمانی بر فراخنای توجه دانش آموزان پسر دارای ناتوانی هوشی تحولی دوره‌ی ابتدایی اجرا شد.

روش: در مطالعه شبه آزمایشی حاضر از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. بدین منظور، ۳۰ دانش آموز پسر از دو مدرسه استثنایی با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و نیمی از آنها به طور تصادفی در هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. فراخنای توجه دانش آموزان با استفاده از آزمون تولوز-پیرون و آزمون شناختی-تشخیصی کی اندازه‌گیری شد. گروه آزمایش در ۱۲ جلسه نمایش درمانی ۴۵ دقیقه‌ای به مدت ۶ هفته شرکت کردند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان جلسات درمانی مجدداً آزمون تولوز-پیرون و آزمون شناختی-تشخیصی کی روی هر دو گروه اجرا شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین میانگین فراخنای توجه حاصل از آزمون‌های شناختی-تشخیصی کی و تولوز-پیرون در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد.

نتیجه‌گیری: در مجموع، می‌توان نتیجه گرفت که نمایش درمانی موجب بهبود فراخنای توجه در کودکان آموزش‌پذیر دارای ناتوانی هوشی تحولی می‌شود.

واژه‌های کلیدی: نمایش درمانی، فراخنای توجه، ناتوانی هوشی تحولی، دوره‌ی ابتدایی

hamideh.bayati@gmail.com

farpourtajrishi@yahoo.com

info@drzaker.com

* کارشناس ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
** نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
*** استادیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

ناتوانی هوشی تحولی به دلیل اثرات جانبی و شیوع گسترده آن یکی از اختلالات رایج رشد محسوب می‌شود. شیوع ناتوانی هوشی تحولی در جمعیت کلی حدود ۳ درصد است. در کشور ما تقریباً ۱۲۰۰۰۰۰ نفر کم توان ذهنی وجود دارد. علاوه بر شیوع گسترده آن، این اختلال با ناهنجاری‌های رشدی در جنبه‌های مختلف فیزیکی، روانی، اجتماعی و آموزشی همراه است [۱]. بسیاری از محققان شیوع حواسپرتی در کودکان دارای ناتوانی هوشی تحولی را مورد تأیید قرار داده‌اند. میزان شیوع اختلال نارسایی توجه^۱ بر مبنای آمار «انجمن روان‌پزشکی آمریکا»^۲ در افراد دارای ناتوانی هوشی تحولی ۹ الی ۱۸ برابر بیشتر از جمعیت عادی است [۲]. توجه عامل مهمی برای عملکردهای شناختی به شمار می‌رود و برای یادگیری و اکتساب مهارت‌های شناختی- رفتاری- اجتماعی و زبان ضروری است. محدوده سنی ۸ تا ۱۳ سال به عنوان سنین حساسی در نظر گرفته شده است که آمادگی دریافت بحث‌های مقدماتی را دارند و توجه در این دوره عامل بسیار مهمی برای پیشرفت تحصیلی به شمار می‌رود. نشانگرهای اصلی کودکان دارای نارسایی هوشی تحولی عبارت است از سرعت درک پایین و دامنه توجه محدود که قبل از سن ۱۸ سالگی ایجاد شده باشد و بستر مناسبی را برای بروز اختلال در رفتار سازشی فرد فراهم کند. به خصوص محدودیت در فراخوانی توجه به عنوان فاکتور اساسی در درک محرک‌ها از محیط اطراف، میزان درک و یادگیری فرد را به شدت متأثر می‌سازد [۱]. نارسایی توجه در تکالیف محول شده، منجر به شکست و بازخورد منفی در حوزه‌های مختلف محیطی کودک می‌شود. ممکن است کودک احساس کند که هیچ کاری را نمی‌تواند درست انجام دهد، یا متوجه می‌شود که خانواده از بروز رفتارهای منفی وی به تنگ آمده‌اند و ناراضی هستند، بنابراین، ارتباط مثبت یک جانبه‌ای را تجربه می‌کند و امکان دارد که برای جبران موقعیت اخیر، احساس درماندگی نماید. کودکان دارای ناتوانی هوشی تحولی به سبب محدودیت در تمرکز و دقت، انگیزه‌ای برای یادگیری ندارند و این موضوع پیامد شکست‌های پیاپی است

که در جریان یادگیری با آن مواجه شده‌اند. کریمنز^۳ توجه کردن و توجه را ترکیبی از فرایندهای درونی در یادگیری تلقی می‌کند [۳]. بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که میزان توجه علاوه بر متأثر کردن رفتار سازگارانه [۴] می‌تواند پیشرفت تحصیلی فرد را تحت تأثیر قرار دهد [۵]. بسیاری از کودکان استثنایی می‌توانند ببینند و بشنوند، اما بسیاری از آنها نمی‌توانند کارهایی را که از آنها می‌خواهیم انجام دهند. بسیاری از این افراد ظرفیت نگهداری آنچه را که یاد می‌گیرند، دارند اما این کار را انجام نمی‌دهند، زیرا به اندازه کافی توجه نمی‌کنند [۳]. به منظور رفع نارسایی توجه در این گروه از افراد ضرورت استفاده از درمان‌های چند بعدی احساس می‌شود که معمولاً ترکیبی از دارو درمانی، مشاوره روان‌شناختی، آموزش، رفتار درمانی، مداخله مدرسه محور، خانواده درمانی و آموزش کیفیت اجتماعی است که با توجه به نیاز خانواده و فرد به کار گرفته می‌شود [۶]. در سال‌های اخیر فنون دیگری نیز در این خصوص مورد توجه قرار گرفته است که از جمله آنها می‌توان به آموزش مستقیم، ایفای نقش [۶] نمایش درمانی^۴ [۳]، مشاهده فیلم‌های مربوط به تعامل و تقابل موفق با همسالان، بازی‌های رایانه‌ای [۱] و به کارگیری روش‌های مختلف برای حل مشکلات [۶] اشاره نمود. به عقیده کریمنز، نمایش قسمتی از بازی است که به اعتماد به نفس، امیدواری، احساس امنیت، کشف همدردی و تمرکز کمک می‌کند. به اعتقاد وی، نمایش درمانی شیوه‌ای است که می‌تواند به کودک دارای ناتوانی هوشی تحولی این امکان را بدهد تا با توجه به سطح توانمندی‌های خود با موفقیت‌هایی مواجه شود که در وی انگیزه و در نهایت توجه و دقت بیشتر را ایجاد نماید. کودکان به هنگام بازی و یادگیری در حال درون سازی هستند، و درون سازی به معنای فرایندی است که بر توانایی فرد به هنگام «تمرکز، به خاطر آوردن و یادگیری» تأثیر می‌گذارد. در واقع، این سطح از درون سازی در جلسات نمایش درمانی استفاده می‌شود. نمایش درمانی به عنوان روش نزدیک به طبیعت کودکان، بدون پیامد جانبی و از همه مهمتر مورد پذیرش کودکان، در سال‌های اخیر به عنوان یکی از مؤثرترین

3- Crimmens
4- drama therapy

1- attention deficit
2- American Psychiatric Association

رشد هیجانی [۱۵] اشاره کرد. به طور کلی، با توجه به اینکه نمایش درمانی می‌تواند بسیاری از فعالیت‌های ذهنی را به صورت عینی درآورد، مهارت‌ها را آسان‌تر آموزش دهد، و به سبب جذابیت، آموزش غیر مستقیم و تقویت توجه از طریق اجرای نمایش مطلوب و لذت بخش، تسریع کننده یادگیری به شمار می‌رود، لذا کودک زمان بیشتری را برای توجه کردن به آن اختصاص می‌دهد [۹]. با توجه به مزایای نمایش درمانی و مورد غفلت قرار گرفتن آن در برطرف کردن مشکلات کودکان دارای ناتوانی هوشی تحولی، هدف مطالعه حاضر شناسایی و تعیین اثربخشی نمایش درمانی بر فراخوانی توجه کودکان دارای ناتوانی هوشی تحولی بود.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر در مقوله مطالعات شبه آزمایشی قرار دارد که با استفاده از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه به مقایسه فراخوانی توجه دانش آموزان پسر دارای ناتوانی هوشی تحولی پرداخته است.

آزمودنیها: جامعه آماری پژوهش در برگیرنده تمامی دانش آموزان پسر آموزش پذیر دارای ناتوانی هوشی تحولی ۸ تا ۱۲ سال بود که در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ در منطقه ۵ آموزش و پرورش مدارس استثنایی شهر تهران در مقطع ابتدایی مشغول به تحصیل بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی دو مدرسه از منطقه ۵ آموزش و پرورش، ۳۰ دانش آموز پسر (از هر مدرسه ۱۵ دانش آموز) که بر اساس پرونده تحصیلی، دامنه هوش‌بهر آنها بین ۵۰ تا ۷۵ بود، انتخاب شدند. دانش آموزان از دامنه سنی بین سنین ۸ تا ۱۲ سال که مشغول به تحصیل در مقطع ابتدایی بودند، انتخاب شدند. دامنه سنی ۸ تا ۱۲ سال دامنه سنی بسیار حساسی است که بسیاری از آموزش‌های مقدماتی در آن صورت می‌گیرد و اهمیت فراخوانی توجه در این سنین در مطالعات متعدد به تأیید رسیده است [۲۵]. با توجه به معیارهای ورود و خروج و به دلیل تعداد محدود دانش آموزان شاغل به تحصیل در یک مرکز آموزشی، و به منظور جلوگیری از انتشار برنامه مداخله‌ای، دو مدرسه از یک منطقه آموزشی انتخاب و هر یک از آنها به تصادف به عنوان گروه‌های آزمایش و گواه در نظر گرفته شدند. سپس آزمودنیهای هر دو گروه بر مبنای متغیرهای سن، هوش‌بهر،

شیوه‌های درمانی از سوی متخصصان بهداشت روان اعم از روان‌شناسان، روان‌پزشکان و روان‌درمانگران پذیرفته شده و در بیمارستان‌های روانی، کلینیک‌ها، مدارس، مهدکودک‌ها، پرورشگاه‌ها، مراکز اصلاح و تربیت، زندان‌ها با دو هدف درمان و آموزش، مورد استفاده قرار گرفته است. انجمن نمایش درمانگران بریتانیا^۱ در تعریفی که از نمایش درمانی ارائه داده است آن را عبارت از استفاده هدفمند از فرایندها و تولیدهای نمایشی/تئاتری برای رسیدن به هدف‌های خاص درمانی از قبیل رهایی از نشانه‌ها^۲، یکپارچگی جسمی و عاطفی^۳ و نیز رشد فردی^۴ می‌داند [۷]. 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. نتیجه این عمل فرایندی تجربی است که ظرفیت کودک را برای بازی کردن، استفاده از بازی برای دسترسی به احساس‌ها و بیان آنها، دست‌یابی به بینش و در نظر گرفتن موفقیت‌آمیز دیدگاه‌ها در موقعیت‌های مختلف افزایش می‌دهد [۸]. از دهه‌های ۶۰ و ۷۰ به بعد پژوهش‌هایی در قلمرو کاربرد نمایش درمانی در درمان مشکلات و اختلالات دوران کودکی و نوجوانی انجام شده است. جینگز^۵ [۲۲] کتاب «نمایش شفابخش» را تألیف نمود و در آن بخش‌هایی را به عناوین «نمایش و کودک عقب مانده» و «نمایش با کودکان بسیار کم هوش و چند معلولیتی» اختصاص داده است. کریمز^۶ [۳] بیان کرد که مبنای انجام نمایش درمانی به رفع مشکلات کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری باز می‌گردد. از این میان می‌توان به کاربرد نمایش درمانی در رفع مشکلات عاطفی و هیجانی [۹]، اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی [۱۰]، کم توجهی در کودکان دارای ناتوانی هوشی تحولی و افزایش مهارت‌های تسلط بر تمرکز و توجه [۳]، سازگاری با مشکلات تحصیلی در مدرسه [۱۱]، اختلالات یادگیری [۱۲]، نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی [۱۳]، مدیریت پرخاشگری در افراد ناشنوا [۱۴]، بهبود مشکلات رفتاری و

- 1- The British Association of Drama Therapists
- 2- symptom relief
- 3- emotional & physical integration
- 4- personal growth
- 5- Jennings
- 6- Crimmens

نمره مثبت و به ازاء هر انتخاب غلط یا فراموش شده ۰/۵ نمره منفی در نظر گرفته می‌شود و از جمع جبری آنها نمره فرد به دست می‌آید. عدد به دست آمده نشان دهنده میزان توجه یا کارآمدی توجه آزمودنی است [۱۶]. رضاییان و همکارانش [۱] این ابزار را برای افراد دارای ناتوانی هوشی تحولی از طریق روش بازآزمایی اعتبار یابی کرده‌اند. بدین ترتیب که آزمون را در مورد یک گروه ۱۰ نفری از آزمودنیها (دارای ناتوانی هوشی) اجرا کردند. ابزار فوق ۲ هفته بعد مجدداً در اختیار همین گروه قرار گرفت. ضریب همبستگی نمرات حاصل از اجرای مجدد آزمون ۰/۹۱ بوده است، بنابراین نمرات دو آزمون از همبستگی بالایی برخوردار بودند که نشان دهنده اعتبار مناسب ابزار است. به منظور بررسی روایی آزمون در اختیار ۱۰ نفر از اساتید (۴ پرستار، ۲ روان‌پزشک، ۲ نفر متخصص مغز و اعصاب، ۲ نفر متخصص کودکان) قرار داده شد و نتایج ارزیابی آنها بیانگر روایی محتوایی قابل قبول بود. این شکل از آزمون به این صورت است که یک مکعب دنباله دار در بالای صفحه به عنوان الگو معرفی می‌شود. آزمودنی ۵ دقیقه زمان در اختیار دارد تا از سمت چپ به راست صفحه آزمون شروع کرده و کلیه مکعب‌های که مشابه مکعب الگو هستند را انتخاب کرده و علامت بزند [۱].

۲- مجموعه آزمون‌های شناختی - تشخیصی کی^۳: مجموعه شناختی - تشخیصی کی به منظور برآورده ساختن نیاز به ارزیابی شناختی بیماران روانی و عقب مانده ذهنی تدوین شده است. پنج آزمون تشکیل دهنده این مجموعه زمینه‌هایی همچون سبک مفهومی، رشد تفکر اجتماعی، رشد ادراکی - حرکتی، فراخنای توجه و سرعت روانی - حرکتی را ارزیابی می‌کنند. خرده آزمون پنجم از آزمون شناختی - تشخیصی کی به ارزیابی فراخنای توجه، به ویژه آن جنبه از نارسایی توجه را که مربوط به تداوم آگاهانه تمرکز است می‌پردازد. این خرده آزمون شامل صفحه‌ای مشتمل بر ۵۰۰ نماد x است که آزمودنی باید دور نمادها خط بکشد. حداکثر زمان آزمون ۴۰۰ ثانیه است. زمان علامت زدن فرد نمره فراخنای توجه او محسوب می‌گردد. کی و سینگ^۴ [به نقل از ۱۸] اعتبار آزمون فراخنای توجه

سطح ناتوانی هوشی و پایگاه اقتصادی - اجتماعی خانواده‌ها همتا شدند و به این صورت دو گروه موازی تشکیل شد. همین طور بر مبنای ملاک‌های خروج، دانش آموزانی که داروی محرک استفاده می‌کردند، دارای اختلالاتی نظیر اوتیسم، نارسایی توجه/ فزون کنشی، ضعف شنوایی، ضعف بینایی و مشکلات حرکتی بودند و در جلسات درمانگری مشابه نمایش درمانی شرکت داشتند از مطالعه کنار گذاشته شدند. به دلیل مشکلات مربوط به کنترل کودکان، افراد گروه آزمایش به دو گروه ۷ و ۸ نفری تقسیم شدند و در جلسات نمایش درمانی که توسط یک درمانگر و دستیار وی اداره می‌شد به طور مجزا شرکت کردند. لازم به ذکر است که به دلیل جذابیت جلسات، تمامی آزمودنیها تا پایان جلسات درمانی، نمایش را همراهی کردند. اما افراد گروه کنترل، هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند و فقط در جلسات آموزشی مدرسه حضور یافتند.

ابزار:

اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی (پایگاه اقتصادی - اجتماعی خانواده، سطح در آمد والدین) از طریق مطالب مندرج در پرونده تحصیلی دانش آموزان به دست آمد. به منظور ارزیابی توجه آزمودنیها از ابزارهای ذیل استفاده شد.

۱- آزمون مربعات دنباله دار تولوز - پیرون^۱: آزمون تولوز - پیرون ابتدا توسط روان‌شناس فرانسوی هانری پیرون ابداع شد و بعدها مورد تجدید نظر قرار گرفت [به نقل از ۱۶]. این آزمون از جمله آزمون‌های عملکرد مداوم^۲ به شمار می‌رود که از تعدادی تصاویر مکعب‌های دنباله دار تشکیل شده است. این مکعب‌ها دارای چندین الگو هستند که به تناوب در جدول تکرار می‌شوند. آزمودنی باید طی مدت زمان مشخص، مکعب‌هایی را که مشابه مکعب الگو هستند انتخاب کند و علامت بزند [۱۷]. مطالعات متعدد با توجه به خصوصیات مد نظر پژوهشگر، اشکال تعدیل شده‌ای از این آزمون را استفاده کرده‌اند. در این پژوهش از فرم اصلاح شده توسط رضاییان و همکاران [۱] استفاده شد که در آن مکعب‌ها بزرگتر و تعداد آنها کمتر شده بود. به منظور نمره‌گذاری پاسخ آزمودنیها، به ازاء هر انتخاب درست ۱

3- Kay
4- Singh

1- Attention Test-Toulouse-Pieron
2- continuous performance test

صبح در یکی از کلاس‌های مدرسه توسط پژوهشگر و دستیار وی (که قبلاً در کارگاه‌های آموزشی نمایش درمانی شرکت کرده بود) و با نظارت متخصص هنر درمانی و کارشناس تئاتر اجرا شد. در این مدت گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد و تنها در جلسات آموزشی مدرسه حضور یافتند. پس از اتمام جلسات نمایش درمانی، هر دو گروه آزمایش و گروه کنترل، در جلسه‌ای جداگانه خرده آزمون فراخوانی توجه کی و آزمون تولوز-پیرون را مجدداً تکمیل کردند و داده‌های جمع‌آوری شده با تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

محتوای جلسات نمایش درمانی به شرح ذیل است:

جلسات اول تا سوم: به معارفه اعضای گروه، توزیع لباس‌های تهیه شده به اعضای گروه، اجرای نمایش همراه با دانش‌آموزان و صحبت در مورد احساس‌ها و افکار خود در ارتباط با نقش هر فرد.

جلسات چهارم و پنجم: اجرای نمایش مشتمل بر شخصیت اصلی و برادر بدجنس وی با استفاده از روش قصه‌گویی و به کار بردن نقاب و صحبت در مورد احساس‌ها و افکار.

جلسات ششم تا نهم: تمرین نمایشنامه مخصوص، تقسیم نقش‌ها، انتخاب کارگردان، طراحی دکور و صحنه به صورت گروهی و با هدایت درمانگر.

جلسه دهم: اجرای نمایش همراه با دکور و لباس با حضور اعضای خانواده.

جلسات یازدهم و دوازدهم: نمایش چوپان و ده گوسفند با استفاده از روش قصه‌گویی، به کار بردن نقاب و صحبت در مورد افکار و احساسات اعضای گروه. در پایان جلسه دوازدهم به هر یک از اعضای گروه تشویق‌نامه‌ای اعطا شد. کسب رضایت والدین و دانش‌آموزان، دادن آزادی به دانش‌آموزان جهت شرکت در جلسات درمانی و ترک آن و محرمانه ماندن هر گونه اطلاعات شخصی افراد شرکت‌کننده از جمله ملاحظات اخلاقی مورد توجه در این پژوهش به شمار می‌رود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی مربوط به سن و پایه تحصیلی دانش‌آموزان به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه در جدول ۱ ارائه شده است.

را با روش بازآزمایی ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند [۱۸]. همچنین، نعمت‌اله زاده و محیط [۱۹] به منظور بررسی کارآمدی مجموعه آزمون شناختی-تشخیصی کی، این آزمون را به ۳۰ بزرگسال بهنجار، ۵۰ کودک بهنجار، ۳۰ اسکیزوفرن و ۳۰ کودک عقب مانده ذهنی اجرا کردند و نتایج آنها بیانگر اعتبار قابل ملاحظه این آزمون در گروه بزرگسالان بهنجار بود. افزون بر آن، مجموعه آزمون مذکور در گروه‌های مورد مطالعه ارزش افتراقی داشت و برای غربالگری اولیه عقب ماندگی ذهنی در جمعیت ایرانی، کارآمد است. در پژوهش حاضر پس از ۴ هفته بازآزمایی ضریب اعتبار ۰/۸۶ به دست آمد.

جلسات نمایش درمانی: نمایش درمانی در پژوهش حاضر مشتمل بر ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (هر هفته ۲ جلسه) بود که با برنامه از پیش تعیین شده و در طی ۶ هفته اجرا شد. در این ۱۲ جلسه، جلسات نمایش درمانی بر مبنای تأکید بر تعاملات اجتماعی، حرکت، آوا و بر اساس کم‌توجهی کودکان دارای ناتوانی هوشی تحولی تنظیم شده بودند که به وسیله پژوهشگر و دستیار وی (که خود در این زمینه آموزش‌های لازم را دریافت کرده بودند) اجرا شد.

روند اجرای پژوهش: پس از کسب مجوز از آموزش و پرورش استثنایی شهر تهران و توجیه تشکیل جلسات نمایش درمانی برای مسئولین مدرسه، معلمان و والدین کودکان دارای ناتوانی هوشی تحولی، ۳۰ نفر از پسران واجد شرایط بر اساس معیارهای ورود و خروج پژوهش به طور تصادفی (از هر مدرسه ۱۵ دانش‌آموز) انتخاب شدند و دانش‌آموزان هر دو مدرسه با توجه به متغیرهای سن، هوشبهر، سطح ناتوانی هوشی و پایگاه اقتصادی-اجتماعی خانواده هم‌تا شدند. سپس آزمون توجه ارادی تولوز-پیرون و خرده آزمون فراخوانی توجه مجموعه شناختی-تشخیصی کی را تکمیل کردند و بدون توجه به نمره به دست آمده از آزمون‌ها، به تصادف یک مدرسه به عنوان گروه آزمایش و مدرسه دیگر به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد. به دلیل امکان کنترل بیشتر آزمودنی‌ها، افراد گروه آزمایش به دو گروه ۷ و ۸ نفری تقسیم شدند و افراد گروه آزمایش در ۱۲ جلسه نمایش درمانی به مدت ۶ هفته (هر جلسه ۴۵ دقیقه و هر هفته ۲ جلسه و در مجموع یک ماه و نیم) شرکت کردند. جلسات نمایش درمانی بین ساعت ۱۰ تا ۱۱

جدول ۱) تعداد دانش‌آموزان گروه‌های آزمایش و گواه به تفکیک سن و پایه تحصیلی

گروه گواه			گروه آزمایش		
تعداد	پایه تحصیلی	سن به سال	تعداد	پایه تحصیلی	سن به سال
۲	اول-جلد ۱	۸	۴	اول-جلد ۱	۸
۱	اول-جلد ۱	۹	۱	اول-جلد ۲	۸
۴	اول-جلد ۲	۹	۳	اول-جلد ۲	۹
۱	اول-جلد ۳	۹	۱	اول-جلد ۳	۹
۱	اول-جلد ۲	۸	۱	اول-جلد ۳	۱۰
۱	اول-جلد ۳	۱۰	۲	دوم	۱۰
۱	دوم	۱۰	۲	دوم	۱۱
۴	دوم	۱۱	۱	سوم	۱۲

میانگین سن گروه‌های آزمایش و گواه از آزمون t مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

با توجه به این نکته که گروه‌های مورد مطالعه از دانش‌آموزان سنین مختلف انتخاب شده بودند و در کلاس‌های متفاوت مشغول به تحصیل بودند به منظور بررسی همسانی

جدول ۲) نتایج آزمون t برای بررسی برابری میانگین سنی دو گروه

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	آماره t	مقدار احتمال
آزمایش	۱۵	۹/۳	۱/۲۹	۲۸	-۰/۳۰۲	۰/۷۶۵
کنترل	۱۵	۹/۴	۱/۱۲			

فراوانی سطوح ناتوانی هوشی در گروه‌های آزمایش و گواه از آزمون خی دو استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

با توجه به نتایج جدول ۲، مشاهده می‌شود که گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میانگین سنی با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند ($P > 0.05$). همچنین، به منظور مقایسه

جدول ۳) مقایسه فراوانی سطوح ناتوانی هوشی در گروه‌های آزمایش و گواه

گروه	آزمایش		گواه		کل		درجه آزادی	χ^2	مقدار احتمال
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد			
پایین	۵	۳۳/۳	۶	۴۰/۰	۱۱	۳۶/۶	۲	۰/۱۷۸	۰/۹۱۵
متوسط	۷	۴۶/۷	۶	۴۰/۰	۱۳	۴۳/۴			
بالا	۳	۲۰/۰	۳	۲۰/۰	۶	۲۰/۰			
کل	۱۵	۱۰۰/۰	۱۵	۱۰۰/۰	۳۰	۱۰۰/۰			

آزمون خی دو، بیانگر آن است که بین دو گروه آزمایش و گواه از لحاظ سطح ناتوانی هوشی تحولی تفاوت معنادار وجود ندارد. شاخص‌های توصیفی فراخانی توجه در آزمون تولوز-پیرون و مجموعه آزمون شناختی-تشخیصی کی برای هر دو گروه آزمایش و گواه در دو موقعیت پیش و پس آزمون در جدول ۴ نشان داده شده است.

با توجه به ارقام مندرج در جدول ۳، بیشترین فراوانی و درصد ناتوانی هوشی در گروه آزمایش مربوط به سطح ناتوانی هوشی متوسط و پایین است. همچنین، کمترین فراوانی و درصد ناتوانی هوشی در گروه‌های آزمایش و گواه مربوط به سطح ناتوانی هوشی بالا می‌باشد. نتایج حاصل از

جدول ۴) شاخص‌های توصیفی فراخوانی توجه گروه‌های آزمایش و گواه در آزمون تولوز- پیرون و مجموعه آزمون شناختی- تشخیصی کی

نوع آزمون	گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تولوز- پیرون	آزمایش	۲/۰۶	۶/۰۹	۱/۷۳	۳/۴۳
	گواه	-۰/۶۰	۴/۸۵	۰/۷۳	۴/۰۶
مجموعه شناختی کی	آزمایش	۲۱۸/۶	۱۰۴/۳۴	۲۶۵/۶	۹۰/۱۴
	گواه	۲۶۲/۵	۷۴/۴	۲۶۵/۷	۷۳/۳۴

متغیرهای پیوسته از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف استفاده شد. با توجه به مقادیر احتمال به دست آمده که از ۰/۳۶۶ تا ۰/۹۸۷ متغیر بوده است می‌توان نتیجه گرفت که توزیع تمام متغیرهای پژوهش نرمال می‌باشد. بنابراین به منظور مقایسه میانگین فراخوانی توجه در آزمون تولوز- پیرون و مجموعه آزمون شناختی- تشخیصی کی از تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج آن به ترتیب در جداول ۵ و ۶ منعکس شده است.

با توجه به نتایج جدول ۴، می‌توان مشاهده کرد که میانگین فراخوانی توجه در آزمون تولوز- پیرون در هر دو گروه آزمایش و گواه از موقعیت پیش آزمون به پس آزمون افزایش یافته است. همچنین، با توجه به نتایج ارائه شده، افزایش در میانگین فراخوانی توجه در مجموعه آزمون شناختی- تشخیصی کی در هر دو گروه آزمایش و گواه مشاهده می‌شود، اگر چه، این افزایش در مورد گروه گواه قابل توجه نیست. به منظور بررسی نرمال بودن توزیع

جدول ۵) نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگین فراخوانی توجه در آزمون تولوز- پیرون

منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجذور اتا
پیش آزمون	۲۴۵/۲۶	۱	۲۴۵/۲۶	۴۳/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶۲
گروه	۲۳/۵۳	۱	۲۳/۵۳	۴/۲۲	۰/۰۴۹	۰/۱۳
خطا	۱۵۰/۵۹	۲۷	۵/۵۷	-	-	-

که ۱۳ درصد از تغییرات فراخوانی توجه به وسیله شرکت در جلسات نمایش درمانی قابل تبیین است.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین فراخوانی توجه گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه معنادار است ($P < ۰/۰۵$). در واقع، با توجه به مجذور اتا می‌توان بیان کرد

جدول ۶) نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگین فراخوانی توجه در مجموعه آزمون شناختی- تشخیصی کی

منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجذور اتا
پیش آزمون	۱۶۵۹۲۹/۸۹	۱	۱۶۵۹۲۹/۸۹	۱۹۳/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۸۷
گروه	۹۷۲۹/۱۲	۱	۹۷۲۹/۱۲	۱۱/۳۴	۰/۰۰۲	۰/۲۹
خطا	۲۳۱۶۲/۶۴	۲۷	۸۵۷/۸۷	-	-	-

موجب افزایش فراخوانی توجه کودکان دارای ناتوانی هوشی تحولی شده است.

بحث

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که شرکت در جلسات نمایش درمانی فراخوانی توجه کودکان دارای ناتوانی هوشی تحولی را افزایش داده است.

نتایج جدول ۶ بیانگر آن است که بین میانگین فراخوانی توجه گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه تفاوت معنادار ($P < ۰/۰۱$) وجود دارد. با توجه به مجذور اتا می‌توان بیان کرد که ۲۹ درصد از تغییرات فراخوانی توجه از طریق شرکت در جلسات نمایش درمانی قابل تبیین است. با توجه به نتایج تحلیل کواریانس، می‌توان گفت که نمایش درمانی

این نتیجه با نتایج پژوهش‌های قبلی [۳، ۱۰] در مورد تأثیر نمایش درمانی بر افزایش توجه در کودکان تربیت پذیر دارای ناتوانی هوشی تحولی همسو است. منطقی به نظر می‌رسد که اثربخشی روش نمایش درمانی در پژوهش حاضر را می‌توان به شرح ذیل تبیین نمود:

برخی از نظریه پردازان [۲۰] معتقدند که نمایش تنه‌ها مکانی است که در آن ارتباط بین بخش هشیار و ناهشیار، تغییر بینش، شناخت خود، شکستن مقاومت‌ها و در نتیجه بهبود حاصل می‌شود. در داستان‌های ارائه شده در جلسات نمایش درمانی سعی شد تا این شناخت حاصل شود و کودک بتواند از نمایش به عنوان وسیله‌ای برای شکستن مقاومت در طول جلسات استفاده نماید. در نتیجه، کودک دارای ناتوانی هوشی می‌بایستی تمام توجه خود را بر ایفای نقش متمرکز می‌کرد [۲۰]. با آنکه در نمایش درمانی صحنه‌ها و اجراهای نمایشی با تجربه واقعی افراد گروه ارتباط مستقیم نداشتند، اما درگیر شدن با جهان باورهای ساخته شده و استعاره‌ها می‌توانست به کشف نقطه‌های تاریک خود، منجر شود [۲۱]. افراد با ایفا کردن نقش‌ها به برون‌ریزی هیجانات خود می‌پردازند و توجه کردن در آنها افزایش می‌یابد. در برخی از داستان‌های ارائه شده در جلسات نمایش درمانی، کودکان با ایفای نقش‌های خوب و بد داستان به برون‌ریزی هیجانات خود می‌پردازند و بینش و توجه در آنها افزایش می‌یابد [۲۲، ۲۳]. در واقع، درمانگر در فضای نمایشنامه‌ها سعی کرد تا با استفاده از الگوی نقش و آموزش مستقیم به دانش آموزان یاد دهد که چگونه از عهده یک نقش و دیالوگ‌های آن بر آیند. برخی از پژوهشگران عواملی را در درگیر ساختن دانش آموزان دارای ناتوانی هوشی تحولی در جلسات درمانی ضروری می‌دانند که در برگزیده ساختار کلاس، مدیریت زمان، مدیریت دانش آموزان، آموزش مستقیم و آموزش مشارکتی است. از آنجایی که، تمامی این موارد در همه جلسات نمایش درمانی رعایت شده بود، شرکت در این جلسات به میزان قابل ملاحظه‌ای به بهبود فراخانی توجه کودکان منجر شد. به سخن دیگر، تمامی جلسات از ساختار خاصی برخوردار بودند. یک داستان در طول چند جلسه تداوم می‌یافت، در ابتدای هر جلسه از کودکان پرسیده می‌شد که آیا به خاطر می‌آورند که در جلسه قبل چه اتفاقی افتاده است و کودکان

با شور و شوق فراوان سعی می‌کردند تا به سؤال درمانگر پاسخ دهند. همچنین، آنها در طول جلسات نیز تمام حواس خود را به داستان و ایفای نقش معطوف می‌نمودند و از دستورات درمانگر پیروی می‌کردند [۲۴]. استفاده از تکالیف ساده و تعاملی در نمایش درمانی، موفقیت دانش آموزان در اجرای این تکالیف در مقابل دانش آموزان دیگر، ارائه تشویق از سوی درمانگر به دانش آموز متناسب با سطح مشارکت یا موفقیت وی در انجام یک تکلیف خاص، از مواردی است که در طی جلسات نمایش درمانی موجب کاهش اضطراب و حواس پرتی دانش آموزان می‌شود و متعاقب آن فضای مشوقی را برای موفقیت آنها فراهم می‌کند [۲۵]. استفاده از پس‌خوراندهای کلامی در جلسات نمایش درمانی، موجب افزایش بینش و خودآگاهی کودکان و متعاقب آن تغییراتی در توجه آنها می‌شود [۲۶]. نمایش درمانی فراهم کننده شیوه‌ای مناسب و رشد یافته برای کودکان و نوجوانانی به شمار می‌رود که روش‌های کلامی تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر آنها ندارد. نمایش درمانی از گرایش طبیعی کودک برای انجام فعالیت استفاده می‌کند. بنابراین، می‌تواند به راحتی فعالیت‌ها، رفتار و احساسات کودک را مورد بررسی موشکافانه قرار دهد. کودکی که به دلیل ناتوانی در بیان درست کلمات از توجه کردن و پاسخ دادن امتناع می‌ورزد، با استفاده از نمایش، اشتیاق و رغبت بیشتری به توجه کردن نشان می‌دهد و در برخی موارد برای این کار داوطلب می‌شود [۸]. داستان‌ها نیز خود عاملی تأثیر گذار در این روند محسوب می‌شوند [۳]. به عنوان مثال در نمایش کرم خالی خالی بچه‌ها به کرم خالی که دل درد داشت کمک می‌کردند تا برگ‌ها یا بوته‌های خاصی را از میان سایر چیزها پیدا کند، آنها را بخورد تا حالش بهتر شود، یا در نمایش حسنی و ده گوسفند هر کدام از کودکان به نوبت به ایفای نقش حسنی می‌پرداختند تا گوسفندهای بازیگوش را دنبال کنند و مراقب باشند تا تعداد آنها کم نشود. در فضای نمایش‌ها کودکان توانستند در ارتباط با تصمیم‌گیری‌ها و راه‌حل‌های مختلف، توجه خود را به ایفای نقش معطوف نمایند. هر یک از این نقش‌ها به دلیل جذابیت توجه کودک را به خود جلب می‌کرد و کودک را در قالب کاراکتر خود فعال نگه می‌داشت. فضای زیبایی‌شناسانه نقش‌ها، تأثیر فوق

می‌دهد، توجه کنند یا بایستی در مقابل تماشاگران (دیگر افراد گروه)، به درستی به ایفای نقش بپردازند. داستان‌ها در برگیرنده فعالیت‌های حسی- حرکتی همچون بالا پریدن و انجام اعمالی بود که در آن از اثاثیه صحنه نمایش، ماسک و لباس‌های مخصوص استفاده شده است. دلیل استفاده از وسایل مورد اشاره برای دانش آموزان خاصیت سهولت آنها در رنگ پذیری و جذابیت آنها بود که می‌توان آنها را به راحتی دستکاری کرد، به تن کرد و با احساس خود آنها را تجربه نمود [۳، ۱۵]. از آنجایی که داستان به شیوه تعاملی و به صورت سرگرمی تنظیم شده بود و در هر جلسه بر اهمیت همکاری، پافشاری و رضایت از پیشرفت در دستیابی به هدف‌ها و همین طور مهارت‌های اجتماعی دانش آموزان تأکید می‌شد و گروه آزمایش، تمرین‌های لازم را در این خصوص دریافت می‌کرد، فضای مفرح و مشوقی ایجاد شده بود که تداوم نمایش را تضمین می‌کرد. استفاده درمانگر از صدا، صورت و بدن به منظور مشخص کردن لحن هیجانی و عاطفی برای داستان‌ها، به دانش آموزان کمک می‌کرد تا بتوانند به سطح بالاتری از تمرکز و متعاقب آن فهم موضوع نمایش نائل گردند. نشستن دانش آموزان به صورت نیم دایره و مقابل درمانگر از عوامل محیطی اثرگذار بر کیفیت توجه آنها به شمار می‌رود. در واقع، قرار گرفتن هدفمند دانش آموزان در مقابل شخص حمایت کننده (درمانگر) یا دانش آموزی که به وی شباهت دارد یکی از عوامل محیطی مؤثر در کاهش حواس پرتی معرفی شده است. به سخن دیگر، روش‌های تعاملی می‌توانند با فراهم کردن ساختار مناسب، میزان مسئولیت پذیری، انتخاب و ابتکار کودک را افزایش دهند و دانش آموزان بی علاقه را به درگیر شدن در مباحث گروهی ترغیب و توجه کودک را به آموزش جلب نمایند. بدین ترتیب میزان یادگیری مشاهده‌ای در دانش آموزان افزایش خواهد یافت [۳]. با توجه به یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که نمایش درمانی یکی از شیوه‌های درمانگری مناسب و پایا برای کودکان با نیازهای خاص، محسوب می‌شود و از این طریق می‌توان به روان‌شناسان، معلمان آموزش ویژه و به والدین این کودکان رهنمودهای عملی ارائه داد تا بتوانند با کمک به کودک کم توان ذهنی، توجه او را به فعالیت‌های آموزشی و تکالیف مدرسه

العاده‌ای در جذب توجه و تمرکز خیال پردازی‌های کودک به وجود می‌آورد. تنظیم و طرح ریزی جلسات نمایش درمانی حول یک داستان مخصوص و عامیانه که در طول چند جلسه تداوم می‌یافت- با توجه به ماهیت عامیانه بودن داستان‌ها- یکی دیگر از عوامل افزایش میزان توجه به شمار می‌رود. داستان‌های عامیانه ساختاری برای قدرت تشخیص دانش آموزان تدارک می‌بینند، زیرا این قبیل داستان‌ها دارای یک شروع، وسط و پایان، یک شخصیت اصلی یا گروه اصلی و شخصیت‌های کهن الگویی (همچون: قهرمان، هیولا و شیاد) هستند که به راحتی قابل شناسایی می‌باشند. جلب توجه کودکان به شروع و پایان آهنگ‌ها و تشریفات داستان موجب شد تا توجه کودک کم توان ذهنی به راحتی به نمایش جلب شود. موضوع‌های ساده نیکی در مقابل بدی، اهمیت کمک کردن و آسیب نرساندن به دیگران اغلب در داستان‌های عامیانه یافت می‌شود. بسیاری از دانش آموزان دارای ناتوانی هوشی تحولی ممکن است در محیط‌های فاقد ساختار مضطرب شوند و حواس آنها به زودی از موضوع اصلی منحرف گردد [۷]. عامل دیگر در جلب توجه کودک به داستان‌های عامیانه، به موارد موجود در دانش آموز ارتباط پیدا می‌کند. داستان‌ها در بر گیرنده ایده‌هایی بود که از لحاظ رشدی به دانش آموزان ارتباط می‌یافت و ممکن بود که منعکس کننده زندگی این گروه از کودکان باشد. در این مورد می‌توان به ویژگی‌های پهلوانان غیر جذاب، کوتوله، مخلوقات یا شخصیت‌های کم اهمیتی اشاره نمود که از سوی جامعه بی‌ارزش جلوه داده شده‌اند. این شخصیت‌ها در سراسر داستان پیروز می‌شدند و افراد دیگر به ارزش واقعی آنها پی می‌بردند. این داستان‌ها برای دانش آموزانی که به دلیل ناتوانی خود احساس بی‌قدرتی و تحقیر می‌کردند، بسیار جذاب است [۳]. داستان‌های عامیانه مورد استفاده در جلسات نمایش درمانی فرصت‌هایی را برای بازی تعاملی از طریق نمایش فراهم می‌کند. این فرصت‌ها به عنوان وظایف و مسئولیت‌های قابل دست یابی است که درمانگر با استفاده از ابزارهای کلامی ساده و محدود (که با تشویق و تحسین دنبال می‌شوند) آنها را طراحی می‌کند. با استفاده از ویژگی‌های قابل پیش بینی در هر جلسه، دانش آموزان به سرعت یاد گرفتند که باید به سرمشق‌هایی که درمانگر

Drama Therapists; [Updated 2005 September 5]. Available from: <http://www.badth.org.uk>.

8- Drama Therapy with Children & Adolescents [homepage on the internet]. Ashburn VA: National Association for Drama Therapy; [updated 2010 June 6]. Available from: <http://www.nadt.org>.

9- Chang WL, Liu WM. A Study of the Application of the Drama Therapy on ADHD Students Social Abilities at Resource Class of the Elementary School. *Int J Arts Edu*. 2006; 4: 36-60.

10- Walsh RT, Kosidoy M, Swanson L. Promoting Social-emotional development through creative drama for students with special needs. *Can J Commun Ment Health*. 1991; 10(1): 153-166.

11- Revelation of family secrets of a child with learning disabilities through drama therapy [homepage on the internet]. Learning Disability site; [Updated 2010 March 6]. Available from: <http://www.Badth.Org.uk/Research/>. www.ldworldwide.org.

12- Iravani M. [Experimental psychology (Persian)]. 2nd ed. Tehran: Avije Arvin Publishing; 2001. P. 283-284. [Persian].

13- Dadsetan P, Anari A, Sedghpour B. [Social anxiety disorder and drama therapy (Persian)]. *J Iran Psychol*. 2007; 14: 115-123. [Persian].

14- Khalatbari G, Rahmani MA, Khalatbari J. [Drama therapy and aggression management with drama-motor model approach in deaf people (Persian)]. Paper presented at 2nd Art Therapy National Congress. Tehran: Iran; 2009. [Persian].

15- Moneta RC. Emotional Expression and regulation in a school-based drama workshop for immigrant adolescents with behavioral and learning difficulties. *Art Psychother*. 2008; 35: 329-340.

16- Ganji H. Applied experimental psychology. 1st ed. Tehran: Beasat Publishing Institute; 2006. P. 46. [Persian].

17- Kay S. Kay's Diagnostic and cognitive test. Neamatollah-Zademahani K. (Persian translator). Tehran: Sina Behavioral Sciences Research Institute (Ravan Tajhiz); 2005. [Persian].

18- Orbell M. Traditional Maori Stories. (1st Ed). Auckland: Reed publishing; 1992. P. 1124.

19- Neamatollah-Zademahani K, Mohit A. [The investigation of the efficacy of Kay's diagnostic and cognitive test in Iranian population: To compare normal children and adults, mentally retarded and schizophrenic people (Persian)]. Thesis for Master of Science in clinical psychology. [M.A. Dissertation]. Kerman: Medical Sciences University; 1999. P. 73. [Persian].

20- Jones P. Drama as Therapy Theatre as Living. (1st Ed). London: Routledge; 1996. P. 123.

21- Emunah R. Dramatherapy and Psychodrama: An integrated model. *Inter J Act Meth*. 1997; 50(3): 108-123.

جلب نمایند و وضعیت یادگیری آنها را از طریق مشاهده سرمشق‌ها و عمل به آنها بهبود بخشند. در واقع، با استفاده از فنون به کار رفته در نمایش درمانی از جمله ارائه ایفای نقش، وسایل صحنه نمایش و آموزش مهارت‌ها می‌توان موضوع‌های درسی را برای کودکان به صورت جذاب و عینی درآورد و از این طریق بر توجه آنها تأثیر گذاشت و مهارت‌های یادگیری آنها را در دوران تحصیل افزایش داد. محدود بودن تعداد افراد شرکت کننده، آموزش پذیر بودن گروه مورد مطالعه، منحصر بودن پژوهش به پسران منطقه آموزش و پرورش شهر تهران، نامناسب بودن فضا و مکان اجرای نمایش‌ها، ساده بودن وسایل مورد استفاده در صحنه نمایش، عدم پیگیری نتایج در فاصله زمانی پس از خاتمه جلسات نمایش درمانی، عدم برگزاری جلسات آموزشی والدین و آموزش خانواده به عنوان روش‌های ترکیبی با نمایش درمانی و فقدان آزمون استاندارد شده ویژه این گروه از کودکان از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر به شمار می‌آید. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی با لحاظ کردن این موارد بر توان تعمیم پذیری و غنای اطلاعات به دست آمده افزوده شود.

منابع

- 1- Rezaian A, Mohammadi E, Fallah P. Effect of computer game intervention on the attention capacity of mentally retarded children. *Inter J Nurs Practice*. 2007; 13: 248-288.
- 2- Lemlentyre L. Behavior-Mental health problems in young children with intellectual disability: the impact of families (1st Ed.). USA: University of California; 2000. P. 58-59.
- 3- Crimmens P. Drama Therapy and Story making in Special Education (1st Ed.) London: Jessica Kingsley; 2006. P. 49.
- 4- Huguenin NH. Assessing visual attention in young children and adolescents with severe mental retardation utilizing conditional-discrimination tasks and multiple testing procedures. *Res Dev Disabil*. 2004; 25: 155-181.
- 5- Akiyama K, Maeda K, Kimura I, Ohde H, Mashima Y, Oguchi Y. The effect of attention on visual evoked potentials by a newly designed stereogram. *Jpn J Ophthalmol*. 2001; 45: 318-319.
- 6- Vervisch S, Potgieter J, Lagae L. Event related potentials during attention tasks in VLBW children with and without attention deficit disorder. *Clin Neurophysiol*. 2003; 114(10): 1841-1849.
- 7- The Standards of Ethical Practice for Registered Supervisors of Drama therapy [homepage on the internet]. London: The British Association of

- 22- Jennings S. Drama Therapy: Theory and practice for teacher and clinicians. (1st Ed). London: Croom Helm; 1987. P. 223.
- 23- Grotfleski Y. Towards nothing theater. Nazaran K. (Persian translator). 1st ed. Tehran: Ghatre Publisher; 2003. P. 29. [Persian].
- 24- Wood J, Lazari A. Exceeding the Boundaries. (1st Ed). London: Jessica Kingsley; 1997. P. 207.
- 25- Weber AM, Haen C. Clinical application of drama therapy in child and adolescent treatment (1st Ed). New York: Brunner-Rutledge; 2005. P. 139.
- 26- Gersie A. Reflections on Therapeutic Story making. (2nd Ed). London: Jessica Kingsley Publishers; 1997. P. 39.





پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی