

## Efficacy of Puppet Play Therapy on the Inferiority Feeling of Students with Stuttering: A Single-Subject Study

Somayeh Gholami<sup>1</sup>, Ph. D.,  
Hamed Sabouri<sup>2</sup>, Ph.D.,  
Sharareh Shemshad<sup>3</sup>, M.A, Sara Nadimi<sup>4</sup>, M.A.

Received: 11. 22.2020

Revised: 03.15.2021

Accepted: 06. 17.2021

## اثربخشی بازی درمانی عروسی بر احساس کهنتری دانش آموزان دارای لکنت زبان: یک مطالعه تک آزمودنی

دکتر سمیه غلامی<sup>۱</sup>، دکتر حامد صبوری<sup>۲</sup>،  
شراره شمشاد<sup>۳</sup>، سارا ندیمی<sup>۴</sup>

تجدیدنظر: ۱۳۹۹/۱۲/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۹/۲

پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۳/۲۷

### Abstract

**Objective:** Stuttering is a disorder that affects speech or speech fluency. Stuttering begins in childhood and negatively affects a person's social relationships and self-esteem. The purpose of the present study was to investigate the interventional effect of puppet play therapy on the inferiority of students with stuttering in Sari. **Method:** This is a quasi-experimental research with a single-subject design structure using a multi-step baseline design. The sample group was selected by convenience sampling method. The subjects included three boys and one girl who used to stutter with a feeling of inferiority. The tool for measuring the improvement (or reduction) of feeling inferior was the Feeling of Inferiority Questionnaire. The questionnaire was completed by the subjects in three stages of baseline, intervention and follow-up. To analyze the data, visual review of graphs (ups and downs of the dependent variable), indicators of recovery percentage, reduction percentage of scores, variability and effect size were used. **Results:** Visual review, charts, trend change indicators, gradient, and effect size indicated a decrease in the stuttering students' inferiority. **Conclusion:** Puppet play therapy intervention can be effective in reducing the feeling of inferiority of students who have stuttering and can be used as an effective and desirable strategy in this field.

**Keywords:** *Puppet Play Therapy, Inferiority Feeling, Stuttering Language, Single Subject Study.*

### چکیده

**هدف:** لکنت زبان اختلالی است که بر صحبت کردن یا روانی کلام تأثیر می گذارد. لکنت زبان در دوران کودکی شروع می شود و در روابط اجتماعی فرد و عزت نفسش تأثیر منفی می گذارد. هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر مداخله ای بازی درمانی عروسی بر احساس کهنتری دانش آموزان دارای لکنت زبان در شهر ساری بود. **روش:** این پژوهش در چارچوب روش پژوهش این مطالعه شبه آزمایشی با ساختار طرح تک آزمودنی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی است. گروه نمونه به روش دسترس انتخاب شدند. آزمودنی ها سه پسر و یک دختر دارای لکنت همراه با احساس کهنتری بودند. ابزار سنجش بهبود (یا کاهش) احساس کهنتری، پرسشنامه احساس کهنتری بود. این پرسشنامه در سه مرحله خط پایه (۴ مرتبه)، خط مداخله (۸ مرتبه) و خط پیگیری (۳ مرتبه) به وسیله آزمودنی ها تکمیل شد. **یافته ها:** برای تجزیه و تحلیل داده ها از بازبینی دیداری نمودارها (فراز و فرود متغیر وابسته)، شاخص های درصد بهبودی، درصد کاهش نمره ها، تغییرپذیری و اندازه اثر استفاده شد. بازبینی دیداری، نمودارها، شاخص های تغییر روند، شیب و اندازه اثر بیانگر کاهش احساس کهنتری دانش آموزان دارای لکنت بود. **نتیجه گیری:** مداخله بازی درمانی عروسی می تواند به کاهش احساس کهنتری دانش آموزانی که دارای لکنت زبان هستند، مؤثر واقع شود و به عنوان یک راهبرد مؤثر و مطلوب در این زمینه قرار گیرد.

**واژه های کلیدی:** *احساس کهنتری، بازی درمانی عروسی، تک آزمودنی، لکنت زبان.*

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Larestan Higher Education Complex, Iran. Email: Somayeg@yahoo.com
2. PhD in Philosophy of Education, Faculty Member, Azad University, Bandar Lengeh Branch, Iran
3. Master of Psychology. Azad University, Bandar Lengeh Branch, Iran
4. Master of Educational Psychology, Hormozgan University, Bandar Abbas, Iran

۱. نویسنده مسئول: استادیار و عضو هیئت علمی گروه روان شناسی مجتمع آموزش عالی لارستان، ایران
۲. دکترای تخصصی فلسفه تعلیم و تربیت، عضو هیات علمی دانشگاه آزاد، بندر لنگه، ایران
۳. کارشناسی ارشد روان شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد، بندر لنگه، ایران
۴. کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه هرمزگان، بندر عباس، ایران

## مقدمه

لکنت پایدار در طول رشد، یک اختلال گفتاری است که بر توانایی فرد در تولید روان گفتار تأثیر می‌گذارد (کرانفلد دونیس و همکاران، ۲۰۱۶). لکنت زبان منجر به وقفه‌های حرکتی بی‌اختیار برای به‌جریان‌انداختن تولید گفتار روان می‌شود و بر ارسال موفقیت‌آمیز پیام‌های ارتباطی اثر می‌گذارد (دراکر، مازوکچلی و بیلبی، ۲۰۱۹). نتایج پژوهش‌های متعددی نشان‌دهنده تأثیر عوامل ژنتیکی در لکنت زبان می‌باشند (فریگریو دامینگو و همکاران، ۲۰۱۹؛ راتا کاسکی و همکاران، ۲۰۱۲؛ فگنانی، فیبیگر، اسکایت و جلمبورگ، ۲۰۱۱؛ وان بجزترولدت، فلسفند و بومسما، ۲۰۱۰). شروع لکنت در حال رشد به‌طور معمول بین ۲ تا ۵ سالگی رخ می‌دهد که ۵ تا ۸ درصد کودکان پیش‌دبستانی در معرض آن هستند (سینگر، والدن و جانز، ۲۰۱۹). این یک اختلال چندعاملی است که شامل طیفی از عوامل زبانی، حرکتی، محیطی، روانی- اجتماعی و شخصی است که بر شروع، پیش‌آگهی و شدت تأثیر می‌گذارد (بیلبی، ۲۰۱۴؛ دراکر، مازوکچلی و بیلبی، ۲۰۱۹).

لکنت با عواطف گوناگونی همچون خجالت و احساس کهرتی<sup>۱</sup>، ناامیدی و هراس از ارزیابی اجتماعی منفی مرتبط است. احساس کهرتی یا باور عمیق در مورد پایین‌بودن توانایی‌های عقلی و جسمی است که به کاهش سطح ارزش‌ها و نازل‌سازی فرد منجر می‌شود (واینر و موهل، ۱۹۹۶). احساس کهرتی همواره مورد توجه دانشمندانی چون اریکسون و آدلر بوده است و بر این باور بودند که تجربه‌های اجتماعی تأثیر چشمگیری در تکامل افراد دارند (کلک و ارگان، ۲۰۱۶). فرد دارای لکنت به دلیل اختلال زبانی و در پی آن شکست در تجربه اجتماعی موفق، ممکن است افکاری منفی در سر بپروراند مانند اینکه «من مسخره به نظر می‌رسم» یا «من فرد بی‌ارزشی هستم» که این خودسنجی‌های منفی منجر به احساس کهرتی بیشتری می‌شود. احساس کهرتی که در اثر تجربه‌ها و

موقعیت‌های منفی زندگی روزانه از قبیل غفلت، سوءاستفاده و سایر رفتارهای معیوب پدر و مادر یا ناتوانی‌های خاص افزایش یافته و این خود باعث بروز مشکلاتی بیشتر برای این افراد در روابط اجتماعی و بین فردی می‌شود و خود این چرخه احساس کهرتی را افزایش داده و در نتیجه افرادی که احساس کهرتی بالاتری دارند به احتمال زیاد از پیامدهای روان‌شناختی منفی از قبیل افسردگی، روابط بین‌فردی ضعیف و رضایت از زندگی پایین رنج می‌برند (آکدوگان و سمسر، ۲۰۱۹).

براساس نظریه روان‌شناختی اریکسون که رشد انسان را در هشت مرحله متوالی رشد روانی - اجتماعی مفهوم‌سازی کرد، احساس کهرتی می‌تواند به‌عنوان یک مسئله با عنوان «کوشایی در برابر حقارت» در مرحله چهارم رشد به وجود آید. در این مرحله، دانش‌آموزی دارای لکنت‌زبان که نتواند تکالیف رشدی را انجام دهد، ممکن است احساس کهرتی را تجربه کند؛ به این معنا که عدم توانایی در توسعه حس کوشایی در مرحله چهارم رشد روانی اجتماعی، منجر به احساس بی‌کفایتی و کهرتی می‌شود (کلک و ارگان، ۲۰۱۶؛ آکدوگان و سمسر، ۲۰۱۹). در نتیجه، افراد شاید نشانه‌هایی از افسردگی و اضطراب را در زندگی بزرگسالی خود نشان دهند (آکدوگان و سمسر، ۲۰۱۹). احساس کهرتی بالاتر با کمال‌گرایی عصبی (آشبی و کاتمن، ۱۹۹۶)، افسردگی، خصومت و افکار خودکشی (لی، ۲۰۰۸)، احساس ناکامی در نوجوانان (کنچاپنور، ۲۰۱۲) و دلبستگی ناایمن، احساس تنهایی (آکدوگان، ۲۰۱۷) در ارتباط است. به‌علاوه احساس کهرتی شادکامی را کاهش می‌دهد (آکدوگان و سمسر، ۲۰۱۹). از آنجا که احساس کهرتی همیشه ناشی از مقایسه با دیگران است، داشتن چنین احساساتی همراه با احساس انزوای اجتماعی و تعلق‌نداشتن است (هاسپر، ۲۰۱۳). یکی از درمان‌های مؤثر در حوزه علوم رفتاری و مؤثر برای دانش‌آموزان دارای لکنت‌زبان، بازی درمانی است.

بازی درمانی با فراهم کردن محیطی امن، باعث تخلیه هیجانی، کاهش تنش و بیان آزاد عواطف و احساسات می شود (هادی پور و اکبری، ۱۳۹۶). همچنین پژوهش‌ها، اثربخشی بازی درمانی بر پرخاشگری، مهارت‌های اجتماعی، اضطراب، بی‌اختیاری ادرار و مدفوع و بسیاری از اختلال‌های دیگر را نشان داده‌اند (آزادی‌منش، حسین‌خانزاده، حکیم جواد و وطن‌خواه، ۱۳۹۵؛ رنگانی، همتی علمدارلو، شجاعی و اصغری نکاح، ۱۳۹۴؛ قرائی و فتح آبادی، ۱۳۹۲).

بازی درمانی کودک محور به عنوان محبوب‌ترین دیدگاه نظری برای بازی درمانی شناخته شده است (استالمیکر و ری، ۲۰۱۵). به علاوه مطالعه‌های فراتحلیل، اثرهای مثبت و معناداری برای کودکانی که در بازی درمانی کودک محور شرکت می‌کنند، گزارش کرده است (لاین و براتون، ۲۰۱۵؛ ری، آرم‌استرانگ، بالکین، جاین، ۲۰۱۵؛ استالمیکر و ری، ۲۰۱۵). بازی درمانی یک روش درمانی است که در آن بازی عامل اصلی درمان است. از آنجایی که بازی یک محیط طبیعی ارتباط کودک است، بازی درمانی یک روش ایدئال است که در آن به کودکان امکان می‌دهد احساسات خود را ابراز کنند و با مشکلات عاطفی خود کنار بیایند (پیدگون و همکاران، ۲۰۱۵). در فرایند بازی درمانی یک رابطه و محیط درمانی مداوم و قابل پیش‌بینی در اختیار کودک قرار می‌گیرد که در آن می‌تواند ترس‌ها، مشکلات، مبارزات، درد و همچنین امیدها، رویاها و خیال‌های خود را کشف کند. فرض اساسی بازی درمانی این است که با توجه به این رابطه و محیط، کودک از منابع درونی برای رشد کردن و تغییر در زندگی خود برخوردار است (پیدگون و همکاران، ۲۰۱۵). شواهد نشان از تأثیر این نوع درمان در رفع مشکلاتی از قبیل مسائل روانی- اجتماعی، اختلال‌های رفتاری، بیماری مزمن، آسیب، سوءاستفاده، اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی، اضطراب، استرس، افسردگی، اندوه و فقدان هستند (پیدگون و همکاران، ۲۰۱۵).

بازی درمانی به شیوه‌های متفاوتی وجود دارد که عبارتند از لوگودرمانی و عروسک درمانی. استفاده از عروسک گردانی، روشی قدیمی در درمان کودکان است (باتلر، گاترمن و رادس، ۲۰۰۹).

نمایش عروسکی حالتی از بازی درمانی است که فرد با امکانات و شرایط مختلف سازگار می‌شود (لندرث، ۲۰۱۲). استفاده از روش بازی درمانی به عنوان شیوه‌ای مناسب برای بهبود اضطراب اجتماعی و خودپنداره تحصیلی دانش‌آموزان دارای لکنت زبان پیشنهاد می‌شود (عزآبادی، ۱۳۹۸). همسو با این یافته‌ها، حسین‌خانزاده (۱۳۹۶) به این نتیجه رسید که بازی درمانی کودک محور بر احساس خودکارآمدپنداری در تعامل‌های بین فردی دانش‌آموزان مبتلا نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای نقش مؤثری دارد. همچنین بازی درمانی شناختی رفتاری موجب افزایش خودکارآمدی و کاهش احساس تنهایی دانش‌آموزان ابتدایی دارای مشکلات یادگیری شده است (هادی پور و اکبری، ۱۳۹۶). استفاده از روش بازی درمانی عروسکی به عنوان شیوه‌ای مناسب برای ارتقای کیفیت مهارت‌های اجتماعی کودکان دچار نشانگان داون در محیط‌های آموزشی پیشنهاد می‌شود (قرائی و فتح‌آبادی، ۱۳۹۲). بازی درمانی عروسکی روشی مؤثر در تقویت مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای سازگاران در نظر گرفته شده است (گلد و همکاران، ۲۰۱۴). بازی درمانی عروسکی می‌تواند از راه اثرگذاری بر عملکردهای اجرایی و تنظیم هیجان منجر به کاهش رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی- نارسایی توجه شود (آزادی‌منش، حسین‌خانزاده، حکیم جواد و وطن‌خواه، ۱۳۹۵). عروسک‌ها برای کودکان با نیازهای خاص می‌توانند مفید باشند. وقتی کودک با یک عروسک خاص و شخصیتش احساس راحتی کند، آن عروسک می‌تواند در نقش یک مربی چیزهای زیادی به کودک بیاموزد (پرونسلیک، ۲۰۰۵). مطالعه‌های تجربی زیادی بیان

می کنند که از کار با عروسک تا حدودی می توان مشکلات کودکان و حتی بزرگسالان را بر طرف کرد (مالهوترا، ۲۰۱۹؛ کانترلا، بورلا، فاگیان، نوزی و دی بنی، ۲۰۱۸؛ اصغری نکاح، ۱۳۹۱؛ عبداللهی بقرآبادی، ۱۳۸۷؛ حسینی نسب، ۱۳۸۷). البته بیشتر این پژوهش ها متوجه کودکان دارای اختلال های روانی چون پر خاشگری، اختلال سلوک، اضطراب و بیش فعالی است و کمتر به کودکان دارای لکنت پرداخته اند و با توجه به اینکه پژوهشی در زمینه احساس کهرتی انجام نشده است، ضرورت این پژوهش بیش از پیش احساس می شود. استفاده از عروسک هایی با یک نقص و خلق داستان هایی که قهرمان داستان نقص خود را پذیرفته و احساس کهرتی نمی کند، می تواند مداخله مؤثری در کاهش احساس کهرتی باشد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی درمانی عروسی بر بهبود احساس کهرتی دانش آموزان دارای لکنت زبان بود.

## روش

این پژوهش جزء طرح های آزمایشی با ساختار تک آزمودنی با خطوط پایه چندگانه پلکانی است. طرح های تک آزمودنی، طرح های پژوهشی شبه آزمایشی هستند که در آنها تغییر در متغیر وابسته در یک آزمودنی سنجش می شود. در این طرح ها متغیر وابسته در طی مرحله خط پایه و یک یا چند مرحله درمان، یعنی زمانی که متغیر مستقل ارائه می شود، چندین بار اندازه گیری می شود. جامعه آماری پژوهش تعدادی از دانش آموزان دارای لکنت زبان همراه با احساس کهرتی در شهر ساری بودند که به وسیله سازمان بهزیستی به پژوهشگر معرفی شدند که از نظر ملاک های ورود و خروج بررسی شدند و در نهایت از این میان ۴ نفر (۱ دختر ۹ ساله، ۱ پسر ۱۰ ساله و ۲ پسر ۱۲ ساله) به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. در فرایند نمونه گیری نخست تعدادی از معرفی شدگان مقیاس احساس کهرتی را تکمیل کردند و افرادی که بیشترین احساس کهرتی

را داشتند، به عنوان گروه اولیه انتخاب شدند. سپس ملاک های ورود به پژوهش به واسطه پرسش هایی که از مادر پرسیده شد و به وسیله ابزارهای روان شناختی ارزیابی شد. ملاک ورود عبارت بودند از پدر، مادر و خود کودک که یک اختلال روان شناختی براساس معیارهای DSM-V نداشته باشد. پدر و مادر طلاق نگرفته باشند و مشکلات زناشویی شدید نداشته باشند، بیماری مزمن در خانواده نباشد و وضع تحصیلی کودک متوسط رو به بالا باشد. ملاک خروج از پژوهش، همکاری نکردن والدین برای حضور کودک در جلسه ها بود. لازم به ذکر است وضعیت تحصیلی ضعیف می تواند از اختلال یادگیری ناشی شود و جدا از لکنت احساس کهرتی ایجاد کند و بر همین مبنا ملاک خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. در آغاز داده های خط پایه در زمینه شدت احساس کهرتی برای هر چهار آزمودنی در یک دوره هفته ای (آزمون در هفته ۱ بار) به وسیله مقیاس کهرتی سنجش شد. سپس آزمودنی ها به مدت ۱۰ جلسه (هفته ای ۱ جلسه) ۳۰ تا ۴۵ دقیقه ای تحت مداخله بازی درمانی عروسی قرار گرفتند. در این پژوهش آزمودنی ها در سه مرحله خط پایه (۴ مرتبه)، خط مداخله (۸ مرتبه) و خط پیگیری (۳ مرتبه) به پرسشنامه احساس کهرتی یائو و همکاران (۱۹۹۷) پاسخ دادند.

ابزار مقیاس کهرتی<sup>۲</sup>: یک مقیاس خودگزارشی برای کودکان به وسیله پژوهشگران ساخته شد. این مقیاس با اقتباس از مقیاس کهرتی یائو و همکاران (۱۹۹۷) ساخته و اعتباریابی شد. مقیاس اقتباسی طراحی شده، براساس با پرسشنامه اصلی، ۳۴ گویه ای خود گزارش دهی دارد که جمله ها در سطح فهم کودکان بازنویسی شد. ۱۷ گویه آن کهرتی مرتبط با قضاوت های دیگران و ۱۷ گویه ارزیابی فرد از احساس کهرتی خویشان را می سنجد. از لحاظ محتوایی، از ۳۴ گویه مقیاس ۱۵ گویه آن با رویدادهای منفی نظیر ضعف<sup>۳</sup>، خستگی<sup>۴</sup>، اشتباه<sup>۵</sup> و انتقاد<sup>۶</sup> و ۱۵ گویه دیگر با رویدادهای مثبت نظیر ارزشمندی، موفقیت<sup>۷</sup>،

تحسین<sup>۸</sup> مرتبطند و ۴ گویه دیگر منعکس کننده اصول موضوعه بی قید و شرط هستند. این پرسشنامه بر درجه بندی پنج گانه لیکرت صورت بندی شده است (اصلاً درست نیست: ۱، کمی درست است: ۲، نسبتاً درست است: ۳، غالباً درست است: ۴ و کاملاً درست است: ۵). برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه گویه های پرسشنامه را با هم جمع کنید. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۳۴ تا ۱۷۰ خواهد بود. هرچه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان دهنده میزان بیشتر احساس کهنتری خواهد بود و برعکس.

تعداد ۳۴ گویه که مورد توافق سه نفر از متخصصان به لحاظ روایی صوری قرار گرفت؛ قبل از اجرای مداخله برای محاسبه ضریب پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. به این صورت که پرسشنامه در بین شصت آزمودنی با شرایط مشابه اجرا شد و بعد از اجرا در بین آزمودنی ها، میزان ضریب پایایی ۰/۸۱ به دست آمد و با توجه به اینکه ضریب به دست آمده از ۰/۷۰ بیشتر می باشد؛ در نتیجه پرسشنامه مذکور از پایایی مطلوب برخوردار بوده است. در نتیجه می توان از بابت همسنگی درونی سؤال ها مطمئن بود. ضریب اعتبار مقیاس کهنتری از روش باز آزمایی  $r = 0/78$  و آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

در گام بعدی برای بررسی روایی پرسشنامه، از روایی سازه و تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. با توجه به اینکه سؤال های این پرسشنامه براساس مقیاس کهنتری یائو طراحی شد و عامل ها از قبل مشخص شده بودند، از تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم برای بررسی روایی این پرسشنامه استفاده شد؛ به عبارتی، در تحلیل عاملی تأییدی پیش فرض اساسی پژوهشگر آن است که هر عاملی با زیرمجموعه خاصی از متغیرها ارتباط دارد. شرط لازم برای تحلیل عاملی تأییدی این است که پژوهشگر در مورد تعداد عامل های مدل، قبل از انجام تحلیل پیش فرض معینی

دارد. به طور کلی برای آزمون فرض های مربوط به مدل های اندازه گیری فقط باید از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شود. قبل از انجام تحلیل عاملی تأییدی نیز همه سؤال ها از نظر پیش فرض ها کنترل شدند که تخطی از مفروضه ها وجود نداشت. لازم به ذکر است که سؤال های اول هر عامل به عنوان متغیر مرجع برای تعیین مقیاس متغیرهای مکنون (عامل ها) استفاده شد. بنابراین مقدار پارامتر مربوط به این سؤال ها برابر با ۱ ثابت شد. بعد از تحلیل عاملی تأییدی مدل از برازش مطلوب با شاخص های مطلوبی برخوردار بود و گویه ها بارهای عاملی بین ۰/۴ تا ۰/۹ داشتند و مطلوب بود. با توجه به نقش مهم همبستگی بین عامل ها و نمره کل، ماتریس همبستگی عامل ها و معناداری آنها بین ۰/۴ تا ۰/۶۸ است. براساس نتایج به دست آمده بین عوامل با یکدیگر و نمره کل، همبستگی معنادار در سطح ( $P < 0/01$ ) وجود دارد که نشان دهنده روایی بالای سؤال های پرسشنامه بعد از انجام تحلیل عاملی است. شاخص برازش تطبیقی (CFI)، ۰/۹۱ و شاخص برازش هنجار نشده (NNFI)، ۰/۹۱ نزدیک به یک و شاخص RMSEA که مقدار ۰/۰۵ را نشان می دهد، همگی تأیید کننده این نتیجه است که مدل تدوین شده تا حدود زیادی قابل قبول تلقی می شود.

مد/خله: برنامه عملی این پژوهش شامل ۱۰ جلسه بود. تعداد ۹ داستان به وسیله فردی که در نویسندگی داستان مهارت داشت، نوشته شد. شخصیت مرکزی هر داستان، نقصی داشت که در نهایت آن را می پذیرفت. داستان ها در اختیار ۸ نفر دکترای روان شناسی که درمانگری کودک انجام می دادند، قرار گرفت. برای بررسی روایی محتوایی بسته مداخله ای، از شاخص نسبت روایی محتوایی<sup>۹</sup> و شاخص روایی محتوایی<sup>۱۰</sup> استفاده شد. برای محاسبه شاخص CVR، از نظرات ۸ تن از کارشناسان متخصص در زمینه محتوای مورد نظر استفاده شد و با توضیح اهداف مطالعه، از آنها خواسته شد تا میزان تناسب هریک از

اهداف قصه را با محتوای داستان ارزیابی کنند. سپس براساس فرمول CVR، نسبت روایی محتوایی محاسبه شد. براساس تعداد ۸ نفر کارشناس که اهداف برنامه و محتوا را ارزیابی کرده بودند، مقدار CVR قابل قبول برابر با ۰/۷۵ است که در این پژوهش میزان نسبت

روایی محتوا برای تمامی هدف‌ها در پروتکل آموزشی بین ۰/۸ تا ۱ به دست آمد. در این پژوهش میزان شاخص روایی محتوا برای تمامی قصه‌ها در بسته درمانی بین ۰/۹ تا ۱ به دست آمد (جدول ۱).

جدول ۱ خلاصه جلسه‌های مداخله بازی درمانی

|            |                                                                                                                                                                                                                      |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه اول   | هدف: ایجاد فضای صمیمی و توأم با دوستی<br>محتوا: آشنایی مقدماتی با درمانگر، عروسک‌ها و برقراری اعتماد بین کودک و درمانگر نیز در این جلسه انجام شد.                                                                    |
| جلسه دوم   | هدف: گفتگو با کودک در جهت بهبود احساس کهنتری<br>محتوا: درمانگر با خواندن یک مطلب ساده نظر او را درباره قصه‌ای که می‌خواهد تعریف کند، می‌پرسد؛ برای مثال نظرش را در مورد قصه مورچه عجول که چطور داستانی است، می‌پرسد. |
| جلسه سوم   | هدف: کمک به شکل‌گیری و تقویت قوای خلاقانه کودک<br>محتوا: قصه‌ی لاک‌پشت بدون لاک                                                                                                                                      |
| جلسه چهارم | هدف: دقت به احساس غم و شادی و حقارت کودک با استفاده از حواس پنجگانه در مسیر تقویت حواس و احساس‌های مختلف<br>محتوا: قصه‌ی گل رز سفید تنها                                                                             |
| جلسه پنجم  | هدف: قوه بداهه‌پردازی (فرد بتواند با استفاده از عروسک موردنظر داستانی را بگوید)<br>محتوا: شش‌انگشتی                                                                                                                  |
| جلسه ششم   | هدف: توجه به نقش‌آفرینی و بازنمایی (فرد موضوع دلخواه موردنظر خود را در جمع بازی کند و حضوری محوری داشته باشد).<br>محتوا: قصه حسنی فقط یه مو داشت.                                                                    |
| جلسه هفتم  | هدف: فرد در شرایط بازی قرار می‌گیرد تا در فضای موجود و تعریف‌شده به دلخواه خود موقعیت نمایشی را درک کند و خود را در آن فضا یا مکان تعریف‌شده مجسم سازد.<br>محتوا: قصه خاریشتی که هیچ دوستی نداشت.                    |
| جلسه هشتم  | هدف: پرداختن به رؤیت‌گری نمایشی، نقل کوی خاطرات، داستان‌گویی نقادانه<br>محتوا: داستان عینک خانم موش کوره                                                                                                             |
| جلسه نهم   | هدف: بازی نمایشی، نمایش اعمال ساده روزمره، بازی کلامی، قصه‌گویی و ایمايي<br>محتوا: داستان جغد سفید زشت                                                                                                               |
| جلسه دهم   | هدف: سفر رویایی، تقویت خیال‌پردازی<br>محتوا: داستان مسواک بی‌دندون                                                                                                                                                   |

#### یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری نمودارها<sup>۱۱</sup>، شاخص روند<sup>۱۲</sup> و شاخص ثبات<sup>۱۳</sup>، درصد داده‌های غیرهمپوش<sup>۱۴</sup> و درصد داده‌های همپوش<sup>۱۵</sup> استفاده شده است.

نمره‌های احساس کهنتری در موقعیت خط پایه (۴ جلسه) به ترتیب برای آزمودنی شماره ۱ (۸۱-۸۱-)، ۸۲-۸۲)، آزمودنی شماره ۲ (۸۸-۸۹-۸۹-۸۹)، آزمودنی شماره ۳ (۵۹-۵۹-۵۹-۵۹) و آزمودنی شماره ۴ (۷۴-۷۴-۷۳-۷۴) به دست آمد. همچنین

نمره‌ها در جلسه‌های مداخله (۸ جلسه) به ترتیب برای آزمودنی شماره ۱ (۸۱-۷۴-۷۳-۷۲-۷۰-۶۸-۶۶-۶۲)، آزمودنی شماره ۲ (۸۵-۸۰-۸۱-۷۹-۷۴-۷۷-۷۲-۷۳)، آزمودنی شماره ۳ (۵۷-۵۵-۵۰-۵۱-۴۹-۴۳-۴۴-۴۸) و آزمودنی شماره ۴ (۷۰-۶۵-۶۳-۶۰-۵۰-۵۲-۵۴-۵۸) و نمره‌های احساس کهنتری در جلسه‌های پیگیری به ترتیب برای آزمودنی شماره ۱ (۶۲-۶۳-۶۰)، آزمودنی شماره ۲ (۷۲-۷۱-۷۰)، آزمودنی شماره ۳ (۴۰-۳۸-۳۲) و آزمودنی شماره ۴ (۵۲-۵۱-۵۱) به دست آمد. براساس این تفاسیر

مشخص شد که نمره‌های احساس کهتری در هر چهار آزمودنی با گذشت جلسه‌ها رو به کاهش بوده است و تأثیرات درمانی در دوره پیگیری نیز باقی مانده‌اند.

برای تحلیل دیداری نمودار داده‌ها، پس از رسم نمودار برای هر آزمودنی، در مرحله اول با استفاده از میانه داده‌های موقعیت خط پایه و مداخله، خط میانه داده‌ها موازی با محور X کشیده شد و یک محفظه ثبات<sup>۱۶</sup> روی خط میانه قرار گرفت. محفظه ثبات، یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم شود. فاصله و دامنه بین دو خط، میزان بیرون افتادگی یا تغییر پذیری سری داده‌ها را نشان می‌دهد. اندازه محفظه ثبات ۲۰ یا ۲۵ درصد از میانه داده‌ها است. ۲۰ درصد میانه داده‌ها به میانه اضافه و از آن کم می‌شود تا اندازه محفظه ثبات در بالا و پایین خط میانه مشخص شود و سپس روی نمودار رسم می‌شود. بعد از رسم میانه به صورت موازی با محور X و محفظه ثبات در بالا و پایین خط میانه در هر موقعیت، باید درصد داده‌هایی که در این محفظه قرار می‌گیرند، نیز مشخص شود. فاصله و

دامنه بین دو خط، میزان بیرون افتادگی یا تغییر پذیری سری داده‌ها را نشان می‌دهد. با استفاده از معیار ۸۰-۲۰ درصدی (لین و گاست، ۲۰۱۴)، اگر ۸۰ درصد نقاط داده‌ها زیر یا درون ۲۰ درصدی مقدار میانه (محفظه ثبات) قرار گیرند، گفته می‌شود داده‌ها ثبات دارند. در غیر این صورت داده‌ها متغیرند.

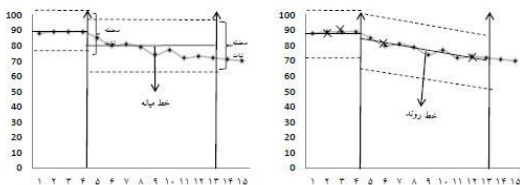
پس از آن برای بررسی روند داده‌ها، از روش دونیم کردن<sup>۱۷</sup> استفاده شد و محفظه ثبات خط روند براساس معیار ۲۰-۸۰ درصدی رسم شد. پس از رسم خط میانه و خط روند و محفظه ثبات آنها، شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانه و میانگین و شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی مانند تغییر سطح و روند و PND محاسبه شد. هرچه PND بین دو موقعیت مجاور بالاتر باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را اثربخش دانست. جدول ۲ نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی را برای نمودار داده‌های آزمودنی‌ها براساس فرم تحلیل دیداری نشان می‌دهد.

جدول ۲ متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و میان موقعیتی برای آزمودنی‌ها

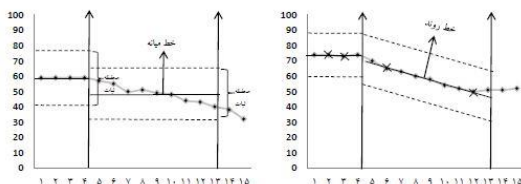
| میان موقعیتی                           |                 |                 |                 | درون موقعیتی   |                 |         |                 |         |                 |         |                 |         |
|----------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|-----------------|---------|-----------------|---------|-----------------|---------|-----------------|---------|
| آزمودنی شماره ۱                        | آزمودنی شماره ۲ | آزمودنی شماره ۳ | آزمودنی شماره ۴ | آزمودنی‌ها     | آزمودنی شماره ۴ |         | آزمودنی شماره ۳ |         | آزمودنی شماره ۲ |         | آزمودنی شماره ۱ |         |
| A ۱B                                   | A ۲B            | A ۳B            | A ۴B            | مقایسه موقعیت  | B               | A       | B               | A       | B               | A       | B               | A       |
| .....                                  | .....           | .....           | .....           | تغییرات روند   | ۸               | ۴       | ۸               | ۴       | ۸               | ۴       | ۸               | ۴       |
| .....                                  | .....           | .....           | .....           | سطح            | .....           | .....   | .....           | .....   | .....           | .....   | .....           | .....   |
| ۸۱/۵۰                                  | ۷۱              | ۵۹              | ۶۱/۵۰           | تغییر میانه    | ۶۱/۵۰           | ۷۳/۵۰   | ۵۰              | ۵۹      | ۷۶/۵۰           | ۸۹      | ۷۱              | ۸۱/۵۰   |
| ۸۱/۵۰                                  | ۷۰/۷۵           | ۸۸/۷۵           | ۷۳/۷۵           | تغییر میانگین  | ۵۹              | ۷۳/۷۵   | ۴۹/۶۲           | ۵۹      | ۷۷/۶۲           | ۸۸/۷۵   | ۷۰/۷۵           | ۸۱/۵۰   |
| ۸۲-۸۱                                  | ۸۱/۶۲           | ۸۹-۸۸           | ۷۴-۵۰           | دامنه تغییرات  | ۵۰-۷۰           | ۷۳-۷۴   | ۵۷-۴۳           | ۵۹-۵۹   | ۸۵-۷۲           | ۸۹-۸۸   | ۸۱/۶۲           | ۸۲-۸۱   |
| دامنه تغییرات                          |                 |                 |                 | تغییر ثبات     | بائثات          | بائثات  | بائثات          | بائثات  | بائثات          | بائثات  | بائثات          | بائثات  |
| محفظه ثبات، ۲۰ درصد از میانه هر موقعیت |                 |                 |                 |                |                 |         |                 |         |                 |         |                 |         |
| تغییر سطح                              |                 |                 |                 | تغییر سطح      | .....           | .....   | .....           | .....   | .....           | .....   | .....           | .....   |
| ۸۲-۸۱                                  | ۶۷              | ۸۹              | ۷۳/۵۰           | تغییر نسبی     | ۵۳-۶۴           | ۷۳/۵۰   | ۴۶              | ۵۹-۵۹   | ۷۴/۵۰           | ۸۹      | ۶۷              | ۷۳/۵۰   |
| ۸۲-۸۱                                  | ۶۲-۸۱           | ۸۹-۸۸           | ۷۳-۸۵           | تغییر مطلق     | ۵۰-۷۰           | ۷۴-۷۴   | ۴۳-۵۷           | ۵۹-۵۹   | ۷۳-۸۵           | ۸۹-۸۸   | ۶۲-۸۱           | ۸۲-۸۱   |
| روند                                   |                 |                 |                 | همپوشی داده‌ها | .....           | .....   | .....           | .....   | .....           | .....   | .....           | .....   |
| جهت                                    | شیب صفر         | شیب صفر         | شیب صفر         | PND *          | نزولی           | شیب صفر | نزولی           | شیب صفر | نزولی           | شیب صفر | نزولی           | شیب صفر |
| ثبات                                   | بائثات          | بائثات          | بائثات          | POD**          | بائثات          | بائثات  | بائثات          | بائثات  | بائثات          | بائثات  | بائثات          | بائثات  |

موقعیت A: نمرات احساس کهتری بدون مداخله درمانی؛ موقعیت B: تأثیر مداخله عروسک درمانی؛ \* درصد داده‌های غیرهمپوش؛ \*\* درصد داده‌های همپوش.

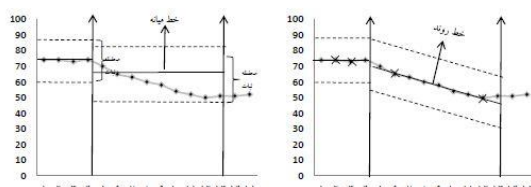
براساس نمودار ۱، آزمودنی شماره یک طی ۴ نقطه خط پایه روندی صعودی و ثابت در نمره‌های خود نشان داده است؛ با مداخله درمانی تغییراتی در سطح و روند (براساس شاخص تغییر سطح) نمره‌های ایجادشده و روند نمره‌ها از صعودی به نزولی تغییر یافته است که این نشان‌دهنده اثربخشی مداخله بوده است (نمودار ۱).



نمودار ۲ ترسیم خط میانه، خط روند و محفظه ثبات برای آزمودنی شماره ۲ در موقعیت خط پایه و مداخله و پیگیری در مورد آزمودنی شماره دو نمره‌های خط پایه در نمودار ۲ نشان می‌دهد که در ۴ جلسه خط پایه، داده‌ها روندی ثابت و صعودی داشته است. اما بعد از مداخله نمره‌ها احساس کهرتی روندی نزولی داشته که نشان‌دهنده اثربخشی درمان است (نمودار ۳).



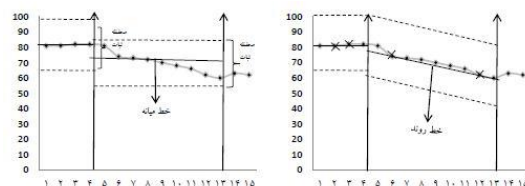
نمودار ۳ ترسیم خط میانه، خط روند و محفظه ثبات برای آزمودنی شماره ۳ در موقعیت خط پایه و مداخله و پیگیری در آزمودنی شماره سه در خط پایه، روندی ثابت در داده‌ها دیده می‌شود. در این آزمودنی نیز با مداخله تغییر و روند نزولی در نمره‌ها رخ داده است که نشان‌دهنده مداخله مؤثر است (نمودار ۴).



نمودار ۴ ترسیم خط میانه، خط روند و محفظه ثبات برای آزمودنی شماره ۴ در موقعیت خط پایه و مداخله و پیگیری در مورد آزمودنی شماره چهار نمره‌های خط پایه در نمودار ۴ نشان می‌دهد که در ۴ جلسه خط پایه،

همان‌گونه که در جدول ۲ نشان داده شده است، میانگین نمره‌های احساس کهرتی آزمودنی شماره ۱ از ۸۱/۵۰ در خط پایه به ۷۰/۷۵ در مداخله رسیده است که نشان‌دهنده بهبود عملکرد در آزمودنی موردنظر است؛ همچنین شاخص PND برای آزمودنی شماره ۱ نشان می‌دهد که میزان همپوشی بین نقاط خط پایه و مداخله با ۸۷/۵۰ درصد اطمینان مؤثر بوده است. برای آزمودنی شماره ۲ پس از آغاز مداخله در سطح نمره‌ها تغییراتی ایجاد شده است (براساس شاخص تغییر سطح) و به‌طور کلی میانگین نمره‌ها از ۸۸/۷۵ در خط پایه به ۷۷/۶۲ در مداخله رسیده است. همپوشی داده‌ها صفر بود؛ یعنی براساس شاخص PND درمان با ۱۰۰ درصد اطمینان اثربخش بوده است. میانگین نمره‌های آزمودنی شماره سه از ۵۹ در موقعیت خط پایه به ۴۹/۶۲ در موقعیت مداخله رسیده است که تغییری قابل قبول است؛ درصد همپوشی صفر بوده و همچنین براساس شاخص PND با ۱۰۰ درصد اطمینان می‌توان گفت که مداخله مؤثر بوده است. در آزمودنی شماره ۴ نمره‌های خط پایه نشان می‌دهد که پس از آغاز مداخله در سطح نمرات تغییراتی ایجاد شده است (براساس شاخص تغییر سطح) و به‌طور کلی میانگین نمره‌ها از ۷۳/۷۵ در خط پایه به ۵۹ در مداخله رسیده است. درصد همپوشی داده‌ها صفر بود؛ یعنی براساس شاخص PND درمان با ۱۰۰ درصد اطمینان اثربخش بوده است.

براساس تحلیل دیداری نمودار داده‌های آزمودنی‌ها، نمودار خط میانه و محفظه ثبات آنها به شرح زیر به دست آمد (نمودار ۱).



نمودار ۱ ترسیم خط میانه، خط روند و محفظه ثبات برای آزمودنی شماره ۱ در موقعیت خط پایه و مداخله و پیگیری

داده‌ها روندی ثابت داشته است. اما بعد از مداخله نمره‌ها احساس کهتری روندی نزولی داشته که نشان‌دهنده اثربخشی درمان است.

### بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش تلاش شد تا تأثیر بازی درمانی عروسکی بر کاهش احساس کهتری دانش‌آموزان دارای لکنت‌زبان بررسی شود. در مجموع، یافته‌های حاصل از تحلیل نمودارهای ۴ آزمودنی نشان‌دهنده اثربخشی بازی درمانی عروسکی بر کاهش احساس کهتری دانش‌آموزان دارای لکنت‌زبان بود. به این ترتیب مقایسه و تحلیل نتایج این پژوهش با پژوهش‌های پیشین نیازمند ارتباط بین نتایج پژوهش‌های مرتبط با اثربخشی عروسک‌درمانی است، برای مثال ولچ (۲۰۰۴) در مطالعه خود دریافت که عروسک‌ها کمک می‌کنند کودکان دارای مشکل در موقعیت‌های زندگی برخورد مناسبی بروز دهند و هیجان مثبت بیشتری را تجربه کنند. اصغری نکاح، افروز، بازرگان و شکوهی یکتا (۱۳۹۰) نیز بر مؤثر بودن عروسک‌درمانی بر مهارت‌های ارتباطی کودکان در خودمانده اذعان داشتند.

کودکان دارای لکنت به دلیل دشواری در تولید گفتار دچار اضطراب می‌شوند و نمی‌توانند روابط اجتماعی خوبی برقرار کنند. دل‌مشغولی این کودکان به مشکل خود، وجود افکار منفی پیرامون بی‌ارزشی و مسخره‌بودن خود، احساس ناراحتی از نحوه صحبت کردن و خجالت از دیگران، احساس کهتری را در آنها برمی‌انگیزد. این احساس نیز به تدریج باعث ایجاد زمینه آسیب‌های بیشتر در جنبه‌های مختلف روانی، اجتماعی و آموزشی آنها می‌شود. باید گفت که احساس کهتری یک باور عمیق و دائم در مورد پایین بودن توانایی‌های عقلانی و جسمانی است که منجر به کاهش ارزش‌ها و ناززنده‌سازی می‌شود. کودکان در مداخله حاضر با استفاده از عروسک‌ها در قالب پروتکل ۱۰ جلسه‌ای که به روایت چگونگی غلبه عروسک بر احساس کهتری ناشی از خود را ناقص‌تر از

دیگران دانستن و مورد تمسخر واقع شدن می‌پردازد، به حس موفق شدن در کارهای روزمره و پذیرش محدودیت‌ها بدون کاهش عزت‌نفس دست پیدا می‌کنند. این تغییر در پی قصه‌ها و روایت‌های عروسک‌های دارای نقص بود. در تبیین این پدیده می‌توان به دیدگاه هایلز (۲۰۰۲) در خصوص زبان اشاره کرد. درواقع، زبان وسیله‌ای است که مغز با استفاده از آن جهان درونی و برونی را می‌شناسد. با زبان می‌توان مفاهیم روان‌شناختی و فرهنگی را انتقال داد و تجربه‌های فرد را معنی و سازمان داد. از قرن پیش هم کانت (۱۷۲۴-۱۸۴۰) بر قابل تغییر بودن ذهن تأکید کرد. او معتقد بود ذهن انسان تحت تأثیر وضعیت سبب‌شناختی، فضایی، زمانی و پدیده‌های تجربی است.

درواقع کودکان با اجرا و دیدن نمایش عروسکی و الگوبرداری از عروسک‌ها یاد گرفتند که چطور از خودارزیابی بهتری داشته باشند. علاوه بر این همسو با نتایج وتینگتون و همکاران (۲۰۰۸)، در این فرصتی که برای کودکان فراهم شد، آنها نگرانی‌ها، احساسات و ایده‌های خود را با درمانگر در میان گذاشتند که این سهولت در بیان نقاط ضعف باعث شد تا درمانگر بهتر بتواند به درمان آنها کمک کند. به علاوه تأثیر مثبت عروسک‌ها به نحوی است که کودک از تجربه آنها بهره می‌گیرد و احساس حمایت می‌کند. کودک با دیدن عروسک‌های دارای نقص که چگونه راه‌های صحیح مقابله با نگرانی را بلد هستند و خود را ارزشمند می‌دانند، یاد می‌گیرد چگونه افکار خودخوارکننده را اصلاح کند. درواقع روش جدیدی برای فکرکردن می‌آموزد. تمایل به مقایسه خود با دیگران، احساس بدبختی به خاطر کاستی‌ها و خودپنداره منفی کاهش پیدا می‌کند و در نتیجه احساس کهتری کمتر می‌شود.

در تبیین احتمال دیگر، با پیروی از نظریه گفتگو براساس داستان‌ها، الگوی روایت درمانی را به وجود آوردند که هدف از این مداخله‌ها کمک به مراجعان

با عروسک درمانی چگونه فرایند احساس کهری را تحت تأثیر قرار می دهد. همچنین پژوهش پیرامون جنبه های روانی کودکان دارای لکنت نیز در پژوهش ها بسیار کم است. با توجه به اثربخش بودن داستان های عروسی پیشنهاد می شود این بسته مداخلاتی در اختیار مراکز توانبخشی و مشاوره با کودکان دارای احساس کهری قرار گیرد.

#### پی نوشت ها

1. Feelings of inferiority
2. Inferiority scale
3. Weakness
4. Tiredness
5. Error
6. Criticism
7. Success
8. Compliment
9. Ratio validity content
10. Index validity content
11. Visual analysis
12. Trending
13. Stability
14. Percentage of Non-Overlapping Data (PND)
15. Percentage of Overlapping Data (POD)
16. Stability Envelope
17. Split-middle

#### منابع

- آزادی منش پ.، حسین خانزاده، ع.، حکیم جواد م.، وطن خواه م. (۱۳۹۵) «اثربخشی بازی درمانی عروسی بر پر خاشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نارسیایی توجه»، *مجله پزشکی / رومی، ۲۸ (۲): ۸۳-۹۰*.
- اصغری نکاح س. م.، افروز غ.، بازرگان ع.، شکوهی یکتا م. (۱۳۹۰) «تأثیر مداخله ای بازی درمانی عروسی بر مهارت های ارتباطی کودکان در خودمانده»، *مجله اصول بهداشت روانی، ۱ (۱): ۴۲-۵۸*.
- جعفری ع. (۱۳۹۱) «تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری مایکنام بر کمرویی کودکان دبستانی»، *فصلنامه روان شناسی تربیتی، ۳ (۱): ۱۵-۳۰*.
- حسین خانزاده ع. (۱۳۹۶) «تأثیر بازی درمانی کودک محور بر احساس خودکارآمدپنداری در تعاملات بین فردی دانش آموزان مبتلا به نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای»، *سلامت روان کودک، ۴ (۳): ۴۹-۵۹*.
- حسینی نسب ا. (۱۳۸۷) *بررسی تأثیر کار با عروسک های نمایشی بر میزان مهارت های اجتماعی کودکان پیش دبستانی (۴-۶) شهر کرمان*. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی.

برای برونی کردن یک مشکل توان فرسا است (وایت و اپستون، ۱۹۸۹). بازی درمانی با ایجاد محیطی امن در درجه اول باعث تخلیه هیجانی و بیان آزاد عواطف می شود. در واقع فرد با این بیان به اکتشاف افکار، نگرانی ها و احساساتی که در شرایط عادی بازداری کرده است، می پردازد. در این پژوهش عروسک درمانی محور اصلی مداخله درمانی بود. عروسک در فرایند بازی درمانی نقش اساسی برعهده دارد. اغلب کودکان احساسات خود را از راه عروسک ها منعکس می کنند. به این وسیله عروسک ها به کودکان اجازه می دهند تا خلأ ارتباطی موجود بین خود و دیگران را پر کنند. اغلب کودکان به طور طبیعی احساسات خود را از راه عروسک ها انعکاس می دهند؛ اما برخی از آنان نیز که منزوی ترند، در جنبه های مختلف درمان به طور طبیعی درگیر نمی شوند. بنابراین درمانگر با استفاده از عروسک به عنوان یک مرجع نمادین قادر خواهد بود کودک را درگیر برنامه درمانی کند (ماسترنگل، ۲۰۰۹). این برون ریزی عناصر عاطفی، رفتاری و شناختی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد و در نهایت عزت نفس فرد را افزایش می دهد.

در مجموع با توجه به نتیجه به دست آمده از این پژوهش به نظر می رسد که بتوان از مزیت بازی درمانی عروسی به عنوان یکی از مداخله های اثربخش در احساس کهری افراد دارای نقص بهره برد. بنابراین پیشنهاد می شود که در مداخله های گفتار درمانی افراد دارای لکنت، احساس کهری آنها نیز بررسی شده و برای بهبود آن از مداخله های عروسک درمانی استفاده شود. این پژوهش نیز مانند هر پژوهشی دچار محدودیت هایی بود. محدودیت اصلی در دسترسی نداشتن به سوابق پژوهشی و نبود پروتکل های تأیید شده بازی درمانی عروسی بود. به علاوه پژوهش حاضر به صورت تک آزمودنی است و تعداد حجم نمونه کم است. در اینجا پیشنهاد می شود تا در پژوهش های بعدی، عروسک درمانی گروهی بررسی شده و مشخص شود که تأثیر حضور در گروه با مشکلات مشابه همراه

- Fagnani, C., Fibiger, S., Skytthe, A., & Hjelmberg, J. V. (2011). Heritability and environmental effects for self-reported periods with stuttering: a twin study from Denmark. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 36(3), 114-120.
- Frigerio-Domingues, C. E., Gkalitsiou, Z., Zezinka, A., Sainz, E., Gutierrez, J., Byrd, C., & Drayna, D. (2019). Genetic factors and therapy outcomes in persistent developmental stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 80, 11-17.
- Glazier, T. (1997). Play therapy for children in the emergency department. *Australian Emergency Nursing Journal*, 1(2), 52-53.
- Gold, K., Grothues, D., Jossberger, H., Gruber, H., & Melter, M. (2014). Parents' perceptions of play-therapeutic interventions to improve coping strategies of liver-transplanted children: A qualitative study. *International Journal of Play Therapy*, 23(3), 146.
- Hasper, J. (2013). Management of inferior feelings and addictive behaviors. The Degree of Masters of Arts in Adlerian Counseling and Psychotherapy, 1-33.
- Hiles, D. (2002). Narrative and heuristic approaches to transpersonal research and practices. Paper presented to CCPE, London
- Kenchappanavar, R. N. (2012). Relationship between inferiority complex and frustration in adolescents. *IOSR Journal of Humanities and Social Science*, (Online), 2(2), 1-5.
- Khodabakhshi-koolaei, A., Falsafinejad, M. R., & Rezaei, S. (2018). Effectiveness puppet play therapy on adaptive behavior and social skills in boy children with intellectual disability. *Caspian Journal of Pediatrics*, 4(1), 271-277.
- Koo, J., Thomas, E. (2019). Art Therapy for Children with Autism Spectrum Disorder in India. *Journal of the American Art Therapy Association*, 36(4), 209-214.
- Kronfeld-Duenias, V., Amir, O., Ezrati-Vinacour, R., Civier, O., & Ben-Shachar, M. (2016). Dorsal and ventral language pathways in persistent developmental stuttering. *Cortex*, 81, 79-92.
- Landreth, G.L. (2012). *Play Therapy: The Art Of The Relationship*. New York: Routledge.
- Lane, J. D., & Gast, D. L. (2014). Visual analysis in single case experimental design studies: Brief review and guidelines. *Neuropsychological Rehabilitation*, 24(3-4), 445-463.
- Lee, M. B. (2008). The five-item Brief-Symptom Rating Scale as a suicide ideation screening instrument for psychiatric inpatients and community residents. *BMC Psychiatry*, 8(1), 53.
- Lin, Y. W., & Bratton, S. C. (2015). A meta-analytic review of child-centered play therapy approaches. *Journal of Counseling & Development*, 93(1), 45-58.
- رنگانی ا.، همتی علمدارلو ق.، شجاعی س.، اصغری نکاح، س. م. (۱۳۹۴) «اثربخشی مداخله بازی درمانی عروسکی بر مهارت های اجتماعی دانش آموزان پسر با اختلال اتیسم». فصلنامه افراد استثنایی، ۵ (۲۰): ۱-۳۳.
- عبداللهی بقرآبادی ق. (۱۳۸۷) بررسی تأثیر بازی درمانی با استفاده از ماسه بر کاهش پرخاشگری دانش آموزان پسر ناشنوا ۸ تا ۱۱ ساله شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی.
- عزآبادی ز. (۱۳۹۸) اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب اجتماعی و خودپنداره تحصیلی دانش آموزان مقطع ابتدایی دارای لکنت زبان، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اردکان.
- قرائی ن.، فتح آبادی ج. (۱۳۹۲) «اثربخشی بازی درمانی عروسکی بر ارتقای مهارت های اجتماعی کودکان پیش دبستانی دچار نشانگان داون». فصلنامه روان شناسی کاربردی، ۷ (۲): ۲۵-۴۰.
- هادی پور س.، اکبری ب. (۱۳۹۶) «اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر شناختی رفتاری بر خودکارآمدی و احساس تنهایی در دانش آموزان ابتدایی دارای مشکلات یادگیری». مجله مطالعات ناتوانی، ۷: ۱-۶.
- Akdoğan, R. (2017). A model proposal on the relationships between loneliness, insecure attachment, and inferiority feelings. *Personality and Individual Differences*, 111, 19-24.
- Akdoğan, R., & Çimsir, E. (2019). Linking inferiority feelings to subjective happiness: Self-concealment and loneliness as serial mediators. *Personality and Individual Differences*, 149, 14-20.
- Ashby, J. S., & Kottman, T. (1996). Inferiority as a distinction between normal and neurotic perfectionism. *Individual Psychology*, 52(3), 237.
- Beilby, J. (2014). Psychosocial impact of living with a stuttering disorder: Knowing is not enough. In *Seminars in speech and language* (Vol. 35, No. 02, pp. 132-143). Thieme Medical Publishers.
- Butler, S., Guterman, J. T., & Rudes, J. (2009). Using puppets with children in narrative therapy to externalize the problem. *Journal of Mental Health Counseling*, 31(3).
- Cantarella, A., Borella, E., Faggian, S., Navuzzi, A., De Beni, R. (2018). Using dolls for therapeutic purposes: A study on nursing home residents with severe dementia. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 33(7):915-925.
- Çelik, B., & Ergün, E. (2016). An integrated approach of Erikson's psychosocial theory and adlerian counseling. *The International Journal of Human and Behavioral Science*, 2(1), 20-26.
- Druker, K. C., Mazzucchelli, T. G., & Beilby, J. M. (2019). An evaluation of an integrated fluency and resilience program for early developmental stuttering disorders. *Journal of Communication Disorders*, 78, 69-83.

- Malhotra, B. (2019). Art Therapy with Puppet Making to Promote Emotional Empathy for an Adolescent with Autism. *Journal of the American Art Therapy Association*, 36 (4), 183-191.
- Mastrangelo, S. (2009). Play and the child with autism spectrum disorder: From possibilities to practice. *International Journal of Play Therapy*, 18(1), 13.
- Pezeshkian, N. (1996). *Oriental stories as tools in psychotherapy*. New Delhi: Sterling Publishers Pvt. Ltd.
- Pidgeon, K., Parson, J., Mora, L., Anderson, J., Stagnitti, K., & Mountain, V. (2015). Play therapy. *Psychotherapy and Counselling: Reflections on Practice*, 155-172.
- Rautakoski, P., Hannus, T., Simberg, S., Sandnabba, N. K., & Santtila, P. (2012). Genetic and environmental effects on stuttering: a twin study from Finland. *Journal of Fluency Disorders*, 37(3), 202-210.
- Ray, D. C., Armstrong, S. A., Balkin, R. S., & Jayne, K. M. (2015). Child-centered play therapy in the schools: Review and meta-analysis. *Psychology in the Schools*, 52(2), 107-123.
- SHoaakazemi, M., Javid, M. M., Tazekand, F. E., Rad, Z. S., & Gholami, N. (2012). The effect of group play therapy on reduction of separation anxiety disorder in primitive school children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 69, 95-103.
- Singer, C. M., Walden, T. A., & Jones, R. M. (2019). Differences in the relation between temperament and vocabulary based on children's stuttering trajectories. *Journal of Communication Disorders*, 78, 57-68.
- Stulmaker, H. L., & Ray, D. C. (2015). Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Children and Youth Services Review*, 57, 127-133.
- Van Beijsterveldt, C. E. M., Felsenfeld, S., & Boomsma, D. I. (2010). Bivariate genetic analyses of stuttering and nonfluency in a large sample of 5-year-old twins. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 53, 609-619.
- Weiner, M. F., & Mohl, P. C. (1996). *Comprehensive textbook of psychiatry* (6th ed). Baltimore: Williams & Williams.
- Welch, J. (2004). *The playful healer. The newsletter of the Florida Association for Play Therapy*. 2004, V10, N4. [Cited 2004]. Available from: URL; <http://www.floridaPlaytherapy.org> 23.
- McLeod J. Qualitative research in counselling and psychotherapy. London: Sage; 2001: 102.
- Wethington, H. R., Hahn, R. A., Fuqua-Whitley, D. S., Sipe, T. A., Crosby, A. E., Johnson, R. L., ... & Task Force on Community Preventive Services. (2008). The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(3), 287-313.
- White, M. & Epston, D. (1989). *Literate Means to Therapeutic Ends*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Yao, S. N., Cottraux, J., Martin, R., Mollard, E., Guerin, J., Hanauer, M. T., & Ladouceur, R. (1997). Inferiority, guilt and responsibility in OCD, social phobics and controls. *Psychotherapies Cognitive Compartmental*, 3 (2), 210-211.
- Yousefi, R., & Mazaheri, M. A. (2008). Inferiority Feeling in Social Phobia and Obsessive Compulsive Disorder Patients. *Quarterly Journal of Developmental Psychology*, 5(17), 63-8.