

اثربخشی روان‌نمایشگری (سایکودراما) بر خودگردانی هیجانی و سلامت روان دانش‌آموزان دختر مدارس دوره راهنمایی ناحیه یک کرج

Effectiveness of Psychodrama in Emotional Self-regulation and Mental Health of Female Students of Junior High Schools in Area 1 of Karaj

A. kianynezhad, M.A. ✉

عاطفه کیانی‌نژاد ✉

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران

M. Zare, Ph.D.

دکتر مهدی زارع

استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک

F. Bagheri, Ph.D.

دکتر فریبرز باقری

استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران

دریافت مقاله: ۸۸/۱۱/۱۶

دریافت نسخه اصلاح شده: ۸۹/۳/۱۴

پذیرش مقاله: ۸۹/۷/۱۶

Abstract

This study examined the effect of psychodrama on emotional self-regulation and mental health of female students of junior-high school in Karaj. The sample was chosen after completing "General Health Questionnaire" (Goldberg, 1927) and "Emotional Intelligence Scale" (Schutte, 1998) which were administered junior high school students. 20 of them who achieved a score higher than the cut-off score

چکیده:

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روان‌نمایشگری بر خودگردانی هیجانی و سلامت روان دختران دوره راهنمایی شهرستان کرج است. گروه نمونه از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای و از بین کلیه دانش‌آموزان سوم راهنمایی این شهرستان انتخاب شدند. از این تعداد، ۲۰ نفر شرایط لازم (شامل نمره برش مورد نظر در پرسشنامه‌های تحقیق) را برای ورود به پژوهش احراز کردند که به طور تصادفی در دو گروه (ده نفره) آزمایش و گواه جایگزین شدند.

✉Corresponding author: Research & Science University, Tehran, Iran
Tel: +9809195053180
Email: kianynezhad@yahoo.com

✉ نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم و تحقیقات
تلفن: ۰۹۱۹۵۰۵۳۱۸۰
پست الکترونیکی: kianynezhad@yahoo.com

were chosen through cluster sampling and were randomly divided into experimental and control groups (each consisted of 10 students). The experimental group was exposed to 10 sessions of psychodrama techniques and control group receive no intervention. The data was analyzed based on statistical method for analysis of co-variance. The post-test results revealed significant differences between the two groups in terms of emotional self-regulation & the level of anxiety among adolescents. The results also revealed that psychodrama has a meaningful effect on the increase of emotional self-regulation, and the decrease of anxiety among adolescents. However, this method had no significant influence on general mental health of either experimental or control groups.

Keyword: Psychodrama, Emotional self-regulation, Mental health.

این دانش‌آموزان به وسیله پرسشنامه خودگردانی هیجانی (برگرفته از آزمون هوش هیجانی شات) و آزمون سلامت عمومی (GHQ-28) در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه یک و نیم‌ساعته که هفته‌ای ۲ بار تشکیل می‌شد به‌طور گروهی تحت شیوه روان‌نمایشگری قرار داده شد و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های پژوهش با استفاده از آزمون کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان دادند که روان‌نمایشگری در افزایش خودگردانی هیجانی و کاهش اضطراب دانش‌آموزان مؤثر بود. اما در این پژوهش تأثیری بر سلامت روان کلی شرکت‌کنندگان نداشت.

کلیدواژه‌ها: سایکودرام، خودگردانی هیجانی، سلامت روان

مقدمه

نوجوانی دوره‌ای است که با تغییرات جسمانی، هیجانی و روان‌شناختی متعددی همراه است. نوجوانی با بلوغ جنسی مشخص می‌شود و توانایی تفکر انتزاعی را به همراه دارد که زمینه جدیدی را برای یادگیری آماده می‌سازد (برک، ۲۰۰۱؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۴). در این دوره انتظار می‌رود که نوجوان علی‌رغم فشارهای درونی و انتظارات اجتماعی به ثبات شخصیتی و هیجانی رسیده، رفتارهای بچه‌گانه را کنار گذاشته، روابط میان‌فردی جدیدی برقرار کند و مسئولیت بیشتری را بپذیرد. عقیده عموم این است که بلوغ جنسی با دمدمی بودن نوجوانان و میل به جدایی جسمانی و روانی بیشتر از والدین ارتباط دارد. هم‌چنین توانایی جدید استدلال کردن نوجوانان نیز می‌تواند در افزایش تنش خانوادگی دخالت کند. این فشارهای درونی و انتظارات اجتماعی همراه با آن در همه

نوجوانان موجب لحظه‌های بلا تکلیفی، خودناباوری و ناامیدی می‌شود. در عین حال درخواست فرزندان از والدین برای این‌که مانند یک بزرگسال با آن‌ها رفتار شود، می‌تواند دوره‌های موقتی تعارض را به بار آورد (برک، ۲۰۰۱؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۴).

بخش قابل توجهی از جمعیت کشور ما را جوانان و نوجوانان تشکیل داده‌اند. با توجه به این حجم عظیم، سلامت این جمعیت نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت کشور خواهد داشت. به‌رغم اقدامات گسترده‌ای که برای این نسل انجام می‌شود مشکلات مختلفی می‌تواند این گروه را آسیب‌پذیر کند و جامعه را مورد تهدید قرار دهد. از طرفی پیروی از همسالان در نوجوانی بیشتر از کودکی است و نوجوانان به احتمال بیشتری تسلیم فشار همسالان برای رفتارهای ضداجتماعی می‌شوند. لذا درمان و پیشگیری مناسب از اختلالات روانی نوجوانان می‌تواند از بروز مشکلات آینده آنان جلوگیری کند. شناسایی، پیشگیری و درمان مشکلات عاطفی و هیجانی نوجوانان اهمیت ویژه‌ای در این دوره دارد.

یکی از موضوعاتی که در این مرحله می‌تواند مسئله‌ساز شود توانایی مهار هیجان‌های منفی، یافتن راه‌هایی برای کنترل هیجان‌ها و تنظیم کردن حالات هیجانی خود و رساندن آن به سطح شدت مطلوب است که فرد بتواند به هدف‌هایش برسد. خودگردانی هیجانی مهارت‌هایی هم‌چون مهار احساسات، کنترل تکانه‌ها، به تأخیر انداختن کامیابی، کنار آمدن با فشار روانی و اضطراب را شامل می‌شود، این مهارت‌ها در زمره‌ی اصلی‌ترین مهارت‌های عاطفی و اجتماعی در زندگی هستند و می‌توانند حداقل تا حدودی مشکلات هیجانی را رفع کنند. خودگردانی هیجانی در واقع یکی از مؤلفه‌های هوش هیجانی است که شامل مهارت‌ها و تحمل فشار روانی است (شریفی و آقایار، ۱۳۸۷). به عبارتی خودگردانی هیجانی شامل مهارت‌هایی چون استفاده از گفتگو با خود برای یافتن پیام‌های منفی مانند انتقادهای درونی مخرب، درک آن‌چه که در پس هر احساس نهفته است (مانند رنجی که برانگیزاننده خشم است) و یافتن راه‌هایی برای مقابله با ترس، اضطراب، خشم و اندوه می‌باشد (گلمن، ۱۹۹۶؛ ترجمه پارسا، ۱۳۸۳).

با توجه به نقش خودگردانی هیجانی در ارتقاء سلامت روان، این مقوله همیشه مورد توجه متخصصان بهداشت روان بوده و درمانگران با توجه به رویکرد خود روش‌های متفاوتی را در افزایش خودگردانی هیجانی و در پی آن سلامت روانی افراد پیشنهاد داده‌اند.

یکی از روش‌هایی که برای کنترل هیجان‌ها و افزایش سلامت روان پیشنهاد شده روان‌نمایشگری است که توأم با ایفای نقش می‌باشد که در آن فرد می‌آموزد از طریق ایفای نقش هیجان‌ها خود را ابراز و تعدیل کند. این روش یک روش روان‌درمانی گروهی است که در آن از طریق روش‌های دراماتیک خاص، ساختمان شخصیتی، روابط بین فردی، تعارض‌ها و مسائل هیجانی تفتیش می‌شود (پورافکاری، ۱۳۸۵)

توانایی کنار گذاشتن خود مرکزبینی و تکانه‌های ناشی از آن، منافع اجتماعی زیادی را به دنبال دارد، این توانایی راه همدلی کردن، گوش کردن واقعی و احترام گذاشتن به دیدگاه دیگران را هموار می‌کند. دیدن مسائل از نظر دیگران، تفکرات قالبی متعصبانه را در هم می‌شکند و به این ترتیب، راه برای شکیبایی و پذیرش تفاوت‌ها باز می‌شود. در جامعه ما این توانایی بیشتر از هر وقت دیگری مورد نیاز است، زیرا به افراد امکان می‌دهد با احترام متقابل با یکدیگر برخورد کنند و تبدلات اجتماعی پرثمری را امکان‌پذیر سازند. این‌ها پایه‌ای‌ترین هنرهای دموکراسی‌اند. مدارس از طریق پرورش خویش‌تننداری و همدلی، در پرورش منش، نقش مرکزی دارند و تعهد واقعی به ارزش‌های مدنی نیز از همین طریق میسر می‌گردد. برای انجام این کار کافی نیست که برای نوجوانان درباره ارزش‌ها سخنرانی کنیم، آن‌ها نیاز دارند که خود، این ارزش‌ها را به عمل در آورند که این کار می‌تواند هنگام پایه‌ریزی مهارت‌های هیجانی و اجتماعی از طریق فنون روان‌نمایشگری که خود رویکردی عملگرا است، میسر گردد. روان‌نمایشگری در واقع نوعی گروه‌درمانی است که شکلی از نقش بازی کردن است. بیماران مثل این‌که واقعاً در وضعیت مربوطه قرار دارند به ایفای نقش می‌پردازند. این نقش بازی کردن تا حدودی تخلیه هیجانی (کاتارسیس) و خودانگیختگی در پی دارد و بینش و خودشناسی افراد را بالا می‌برد. بیماران باید نقش خودشان یا نقش دیگری را بازی کنند. گاهی نیز باید در وسط نمایش، نقش خود را عوض کنند. نمایش می‌تواند در مورد واقعه‌ای مربوط به گذشته بیماران یا رویداد قریب‌الوقوعی باشد که نگران آن هستند. به طور کلی در روان‌نمایشگری این افراد وجود دارند: بیماری که روی صحنه می‌رود که پروتاگونیست یا شخص اول نامیده می‌شود، کارگردان یا درمانگر، «ایگوهای کمکی» (بیماران دیگر، دستیاران درمانگر و این‌گونه افراد) و مخاطبان (در قالب تماشاگران). کارگردان به بیمار نقش می‌دهد و ایگوهای کمکی به حمایت از او می‌پردازند. مخاطبان نیز پذیرش و درک لازم را فراهم می‌آورند و حتی گاهی در نمایش شرکت می‌کنند (فیرس، ۲۰۰۲؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۳۸۲). در روان‌نمایشگری امروزه، مایه‌هایی از گروه‌درمانی، گشتالت‌درمانی، روش تحلیل متقابل، رفتاردرمانی، عقلانی - عاطفی، واقعیت‌درمانی و برخی روش‌های دیگر درمان که اساس کار آن‌ها بر «این‌جا و اکنون» می‌باشد به‌کار گرفته شده است (کوری، ۱۹۹۴). روان‌نمایشگری یکی از کاراترین ابزارهای واری‌گزاره‌های ذهنی است. مراجع در صحنه روان‌نمایشگری، یک بازیگر نیست، بلکه کسی است که تلاش می‌کند خودش باشد. بنابراین صحنه، محل ایفای نقش نیست بلکه مکان خود بودن و خود شدن و خودیابی است (فتحی، ۱۳۸۰).

روان‌نمایشگری موجب می‌شود ویژگی خودانگیختگی و آفرینندگی به بهترین صورت متجلی شود و صحنه مکانی است روان‌شناختی که اجازه می‌دهد تخیلات و گرایش‌های درونی، تجسم بیرونی یابند، از حالت انتزاعی خارج و شکل عینی و انضمامی پیدا کنند و نهایتاً در صحنه، اجرا شوند. در روان‌نمایشگری همه چیز امکان‌پذیر می‌شود. فراواقعیت ناشی از صحنه به شخص اول

اجازه می‌دهد تا آن‌چه را که در زندگی واقعی اتفاق نیفتاده، در صحنه اجرا کند و در نتیجه، واقعیت‌های جدیدی خلق کند. اکثر مشکلات انسان ناشی از نفی واقعیت است. بنابراین سعی گروه بر این است که دوباره رابطه فرد را با واقعیت برقرار کند. اعضا ممکن است برای روبه‌رو شدن با واقعیت مقاومت کنند. لذا هم فرد و هم گروه به حمایت از فرد ممکن است به نفی یا مسخ واقعیت دست بزنند. در این صورت رهبر گروه مجبور است در مقابل اعضا بایستد و آن‌ها را به واقع‌بینی وادارد (ثنایی، ۱۳۷۹).

نمایش اصولاً کنشی فراتر از زبان و گفتار دارد، به سوی عمل و هیجان پیش می‌رود و این امکان را فراهم می‌آورد که شخص، هم بازیگر شود و هم تماشاگر (این فرآیند از طریق روش آینه صورت می‌گیرد). نمایش بازتاب تجربیات بازیگران و تماشاگران است و در نتیجه به تقویت من مشاهده‌گر می‌انجامد. من، بخش هشیار شخصیت است و در هر اجرای نمایشی با توجه به پالایش ناشی از برون‌ریزی، بازیگر، امکان روشن‌بینی یافته‌ها و شناخت ژرف‌تر را کسب می‌کند. هم‌چنین نمایش، تماشاگران را وامی‌دارد تا از خلال مشارکت و بر اساس اصل همانندسازی، برون‌فکنی کنند و در نتیجه با بازیگران ارتباط برقرار نمایند. خمیرمایه این فرایند عمیق روان‌شناختی، مواد درونی خود مشاهده‌گر است. علاوه بر تأثیرات فراوان روان‌شناختی، عصب‌شناسان نیز حضور در صحنه را مؤثر می‌دانند. بخش راست مغز انسان، مرکز آگاهی فضایی و حافظه هیجانی است. نمایش، این بخش از مغز را تحریک می‌کند، در نتیجه شناخت فضایی بازیگر تقویت می‌گردد و توانمندی‌های حافظه هیجانی او افزایش می‌یابد. فضا و نمادهای فراوان نمایش، زمینه‌ساز این تحول عصب‌شناختی است (فتیحی، ۱۳۸۰).

مورنو خود معتقد بود در تمام اختلالات روان‌شناختی می‌توان از اصول روان‌نمایشگری استفاده کرد. او حتی این روش را در مورد بزهکاران، مجرمان، افراد عادی، جمعیت‌ها و مؤسسه‌ها و موقعیت‌های مختلف به‌کار گرفت. مطالعات مختلفی در رابطه با اثربخشی روان‌نمایشگری (سایکودرام) پیرامون موضوعات مختلف در حیطه بهداشت روان صورت گرفته است چنان‌که اثربخشی این رویکرد عمل‌گرا در ارتباط با موضوعاتی چون کاهش افسردگی (رضائیان‌پور، آرون، مازومدار، ۱۹۹۶؛ کاربونل، ۱۹۹۹؛ همامسی^۱، ۲۰۰۶؛ به‌نقل از زارع، ۱۳۸۶)، اضطراب (دادجو، ۱۳۷۶؛ کاربونل، ۱۹۹۹؛ اینسر و اورگن^۲، ۲۰۰۵؛ به‌نقل از زارع، ۱۳۸۶)، پرخاشگری (زابلی، ۱۳۸۳؛ مایکل^۳، ۲۰۰۰؛ به‌نقل از زارع، ۱۳۸۶؛ جینی، ۲۰۰۵)، تمایلات بزهکارانه افراد (کارپنتر و ساندبرگ، ۱۹۸۷؛ استالون، ۱۹۹۳؛ لاگلین، ۱۹۹۲)، روی پناهندگان و مهاجران (سیسیل، ماریس، ماری فرانس، لوپس، نومی، موسوک، آلجاندریو، دامینیک، ۲۰۰۷)، واکنش‌پذیری عاطفی (اسکیان، ۱۳۸۴)، افزایش سازگاری و اعتماد به نفس (کاربونل، ۱۹۹۹؛ بانیستر^۴، ۱۹۷۷؛ به‌نقل از زارع، ۱۳۸۶)، افزایش ابرازگری در بیان هیجانات منفی و مثبت (آلتمن، ۲۰۰۳؛ زارع، ۱۳۸۶)، کاهش دوسوگرایی در ابراز هیجان و کنترل هیجانی (زارع، ۱۳۸۶) نشان داده شده است.

هم‌چنین مروری بر پژوهش‌های انجام شده پیرامون خودگردانی هیجانی و سلامت روان نشان می‌دهد که این مقوله نقش مهمی در سلامت روان نوجوانان بازی می‌کند. در رابطه با خودگردانی هیجانی و رابطه آن با مؤلفه‌های سلامت روان و نیز سایر متغیرها، پژوهش‌های متعددی صورت گرفته است که می‌توان به مطالعه رابطه راهبردهای تنظیم هیجان و علائم افسردگی (یاب، آلن و لادوسر، ۲۰۰۸)، ارتباط رفتار جرح خویشتن با خودگردانی هیجانی (کروئل، بیچاین، مک‌کالی، سیندی، ۲۰۰۵)، ارتباط سن و جنسیت در فراگیری قابلیت‌های هیجانی (وان‌بیک و سیمون داباس، ۲۰۰۸)، زبان هیجانی در نوجوانان مبتلا به اختلالات درون‌سوی و برون‌سوی (اوکرنی و دادس، ۲۰۰۵)، تهیه آزمون خودگردانی هیجانی (فیلیپس و پاور، ۲۰۰۷)، ارتقاء خودگردانی هیجانی و کیفیت ارتباط بین همشیرها (کندی و کرامر، ۲۰۰۸)، رشد خودگردانی هیجانی در کودکان زود متولد شده (کلارک، وود وارد، هاروود، مور، ۲۰۰۸)، رابطه بین خودگردانی هیجانی و سطح کورتیزول (کلایور، ریدکونیون، شیلدز، فوتز، ۲۰۰۹)، اثربخشی سوادآموزی هیجانی بر کودکان (بیرمن، دامیتروویچ، نیکس، جست، اسکات، ۲۰۰۸)، تأثیر خشونت‌های خانوادگی بر مهارت‌های هیجانی و سازگاری کودکان (کیتز، هسلر، آنست، ۲۰۰۷) و ارتباط بین افسردگی مادران با خودگردانی هیجانی کودکان (موگان، سیچتی، توث، روجاش، ۲۰۰۷) اشاره کرد.

با توجه به موارد ذکر شده، این پژوهش به دنبال بررسی این موضوع است که آیا شرکت کردن دختران محصل در پایه سوم راهنمایی در گروه روان‌نمایشگری بر خودگردانی هیجانی و سلامت روان آن‌ها مؤثر است یا خیر. در این راستا محقق به دنبال آزمون دو فرضیه تنظیم شده به شرح ذیل می‌باشد: روان‌نمایشگری بر خودگردانی هیجانی دانش‌آموزان مؤثر است. روان‌نمایشگری بر سلامت روان دانش‌آموزان مؤثر است.

روش

طرح مورد استفاده در این پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. متغیر مستقل در آن به‌کارگیری روش روان‌نمایشگری و متغیرهای وابسته خودگردانی هیجانی و سلامت روان هستند.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان کلاس سوم راهنمایی مدارس راهنمایی دخترانه ناحیه یک کرج می‌شد که از این جمع نهایتاً نمونه‌ای ۲۰ نفری از بین ۷۳ دانش‌آموزان کلاس سوم راهنمایی مدرسه دخترانه عفاف ناحیه یک کرج از طریق روش خوشه‌ای یک مرحله‌ای انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

به منظور گردآوری اطلاعات مورد نیاز در سطح متغیر وابسته از مقیاس خودسنجی هوش هیجانی شات (SSRI)^۶ که در سال ۱۳۸۱ توسط مهناز خسروجوید در ایران روی نوجوانان هنجاریابی شد و آزمون سلامت عمومی (GHQ-۲۸) استفاده شد.

پرسشنامه سلامت روانی: توسط گلدبرگ (۱۹۲۷) هم‌چنین گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۹۸) معرفی شد و از آن برای شناسایی اختلال‌های روانی غیرپسیکوتیک در شرایط گوناگون در سطح گسترده‌ای به کار گرفته شده است. نسخه اصلی آن دارای ۶۰ سؤال بوده اما تحلیل‌های خوشه‌ای و عاملی نسخه‌های کوتاه‌تر ۱۲، ۲۸ و ۳۰ ماده‌ای آن نیز تهیه شده است. این تحلیل‌ها مطرح کردند که GHQ به میزان زیادی در مقابل پریشانی روان‌پزشکی به عنوان یک متغیر آن و در برابر اضطراب، افسردگی و شکایات جسمانی نظیر سردردها حساس است. گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۹۸) مؤلفه‌های دیگری مثل کارکرد اجتماعی و اختلال خواب را نیز به آن افزودند (نائینیان، ۱۳۷۵؛ به نقل از گنجعلی، ۱۳۸۴).

فرم ۲۸ سؤالی GHQ شامل ۴ مقیاس فرعی به شرح زیر می‌باشد که هر مقیاس دارای ۷ پرسش است: علائم جسمانی، علائم اضطرابی، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی. مدت زمان اجرای آزمون به طور متوسط ۸ دقیقه است. این آزمون علائم مرضی و حالات مثبت فرد را از یک ماه قبل تا زمان اجرای آزمون مورد بررسی قرار می‌دهد.

ویژگی‌های روان‌سنجی: بررسی‌های انجام شده در مورد اعتبار GHQ در زبان‌های غیرانگلیسی نشان داده است که ضریب‌های همبستگی در مورد اعتبار آن با ضریب‌های همبستگی نسخه انگلیسی قابل مقایسه است (گلدبرگ و ویلیامز، ۱۹۸۵؛ به نقل از گنجعلی، ۱۳۸۴؛ ویلیامز، گلدبرگ و ماری، ۱۹۸۹). در تحلیل ۴۳ بررسی حساسیت آن را ۰/۸۴ و ویژگی آن را ۰/۸۲ گزارش نموده‌اند. یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) و حسینی (۱۳۷۴) به نقل از گنجعلی، (۱۳۸۴) حساسیت آن را برابر ۰/۸۵/۵ و ویژگی آن را برابر ۰/۸۴ و ضریب پایایی بازآزمایی و آلفای کرونباخ را برابر ۰/۸۴ گزارش نموده‌اند. پالاهنگ و همکاران (۱۳۷۵) به نقل از گنجعلی، (۱۳۸۱) پایایی فرم ۲۸ سؤالی این پرسشنامه را ۰/۹۱ محاسبه کردند. هم‌چنین آن‌ها ویژگی و میزان کلی اشتباه را به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۷۹ و ۰/۱۶ گزارش نموده‌اند.

مطالعات مختلف دیگری حاکی از پایایی^۸ بالای پرسشنامه GHQ می‌باشد برای مثال حیونگ و اسپریز (۱۹۹۴) به نقل از گنجعلی، (۱۳۸۴) در مطالعه‌ای بر روی ۲۲۳ نفر از افراد به این نتیجه رسیدند که ضریب پایایی بازآزمایی این پرسشنامه برابر با ۰/۵۵ و ضریب پایایی با روش بازآزمایی برای خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۴۲ تا ۰/۴۷ است. علاوه بر این ضریب آلفا برای کل مقیاس برابر ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۵ بدست آمد. در تحقیقی که توسط موسوی (۱۳۸۴)

در ایران انجام شد، پایایی پرسشنامه سلامت عمومی در نوجوانان با دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه گردید که نتایج آن به صورت زیر می‌باشد: سلامت عمومی (آلفای کرونباخ ۰/۹۴، تنصیف ۰/۸۹)، نشانگان جسمی (آلفای کرونباخ ۰/۸۳، تنصیف ۰/۸۱)، اضطراب (آلفای کرونباخ ۰/۸۵، تنصیف ۰/۸۷)، اختلال در کارکرد جسمی (آلفای کرونباخ ۰/۷۴، تنصیف ۰/۷۸) و افسردگی (آلفای کرونباخ ۰/۸۶، تنصیف ۰/۸۷).

شیوه نمره‌گذاری: این پرسشنامه به شیوه لیکرت (۰-۱-۲-۳) نمره‌گذاری می‌شود. به این صورت که برای گزینه‌های هیچ، نمره صفر؛ کمی، نمره یک؛ زیاد، نمره دو و خیلی زیاد، نمره سه در نظر گرفته می‌شود. دامنه نمرات از صفر تا ۸۴ متغیر است.

مقیاس خودسنجی هوش هیجانی شات (SSRI): در سال ۱۹۹۸ شات و همکاران مقیاسی را بر اساس مدل نظری سالووی و مایر (۱۹۹۰) از هوش هیجانی ساختند. هر یک از مواد این آزمون، نشان‌دهنده گرایش انطباقی به سوی مفهوم هوش هیجانی در چارچوب مدل نظری موردنظر بود. مواد آزمون بر اساس ارتباط مناسب، واضح و دقیق با سازه هوش هیجانی، ارزیابی گردید و در طی آن برخی مواد، انتخاب، برخی اضافه و برخی نیز حذف شدند و بدین ترتیب نمونه مقدماتی ماده‌ها توسط پاسخ گروهی از آزمودنی‌ها، ارزیابی و عناصر نامشخص و مبهم آن مشخص شد (امیر ناصری، ۱۳۸۲؛ به نقل از خسرو جاوید، ۱۳۸۱).

این پرسشنامه، مقیاس ۳۳ ماده‌ای دارد که هر سه مؤلفه هوش هیجانی را که عبارتند از: ارزیابی و ابراز هیجانی، تنظیم یا خودگردانی هیجانی و بهره‌برداری از هیجان ارزیابی می‌کند. از آنجایی که هدف پژوهش حاضر بررسی خودگردانی هیجانی می‌باشد نه هوش هیجانی، لذا فقط مؤلفه خودگردانی هیجانی در این آزمون مورد بررسی قرار گرفته نه مؤلفه‌های دیگر هوش هیجانی مثل ابراز هیجانی و بهره‌برداری از هیجان.

در این سه مقیاس با روش تحلیل عامل و تحلیل مؤلفه‌های اصلی، پاسخ ۳۱۶ آزمودنی به ۶۲ ماده مقیاس، با استفاده از آزمون اسکری^۱ و ارزش ویژه، چهار عامل بدست آمد که هر یک از عوامل، بار عاملی ۴۰٪ و بالاتر را نشان دادند. عامل اول، شامل ۳۳ ماده، نشان‌دهنده مدل مفهومی سالودی گردیدند: ارزیابی و ابراز هیجان (۱۳ ماده)، تنظیم هیجان (۱۰ ماده) و بهره‌برداری از هیجان (۱۰ ماده) علاوه بر این خرده مؤلفه‌های هر طبقه نیز مشخص گردید، نظیر تنظیم هیجان در خود و دیگران. قدرت عامل اول و اصل صرفه‌جویی مفهومی مواد این عامل، منجر به انتخاب ۳۳ ماده برای مقیاس نهایی گردید (خسرو جاوید، ۱۳۸۱).

روایی و پایایی: تحقیقی تحت عنوان «بررسی اعتبار و روایی سازه مقیاس هوش هیجانی شات در نوجوانان» توسط مهناز خسرو جاوید در سال ۱۳۸۱ در دانشگاه تربیت مدرس، انجام شده است. وی به منظور محاسبه اعتبار مقیاس، از ضریب آلفای کرونباخ و جهت محاسبه روایی سازه و همبستگی

درونی خرده‌مقیاس هوش هیجانی از روش تحلیل عامل استفاده کرده است. در این تحقیق ضریب آلفای کرونباخ، اعتبار مقیاس هوش هیجانی کل را ($\alpha = 0/61$) نشان داد. در مرحله بعدی به منظور بررسی اعتبار روایی سازه مقیاس هوش هیجانی شات در نوجوانان، از میان کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع تحصیلی دوم و سوم راهنمایی شهر تهران که در سال تحصیلی ۸۰-۸۱ مشغول به تحصیل بودند، تعداد ۲۳۴ نفر (۱۱۶ دختر و ۱۱۸ پسر) به شیوه تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. یافته‌ها نشان می‌دهند که مقیاس هوش هیجانی شات در میان نوجوانان از اعتبار بالایی برخوردار است ($\alpha = 0/81$). در ضمن تحلیل عامل مقیاس با استفاده از تحلیل مؤلفه‌های اصلی، سه عامل تنظیم هیجان ($\alpha = 0/78$)، ابراز و ارزیابی هیجان ($\alpha = 0/67$) و بهره‌برداری از هیجان ($\alpha = 0/5$) را پیشنهاد می‌دهد (خسروجلوید، ۱۳۸۱).

شیوه نمره‌گذاری: در این پرسشنامه که یک پرسشنامه خود توصیفی است، آزمودنی حدی از توافق و مخالفت خود را با هر یک از جملات، در یک مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت (۱= کاملاً مخالف تا ۵= کاملاً موافق) نشان می‌دهد. در ضمن نمره‌گذاری موارد (۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱) در آزمون، سوالاتی هستند که خودگردانی هیجانی را می‌سنجند.

روش اجرا

ابتدا از بین مدارس ناحیه یک آموزش و پرورش شهر کرج یک مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شد و تمامی دانش‌آموزان کلاس سوم راهنمایی آن مدرسه که شامل ۷۰ نفر بودند، به وسیله پرسشنامه خودگردانی هیجانی (برگرفته از مقیاس خودسنجی هوش هیجانی شات) و آزمون سلامت عمومی به عنوان پیش‌آزمون ارزیابی شدند. سپس از میان کسانی که نمره پایین‌تر از نمره برش را در مقیاس خودسنجی هوش هیجانی شات (مقیاس خودگردانی) و آزمون سلامت عمومی (GHQ-28) کسب کردند، هم‌چنین خود را مایل به شرکت در گروه‌درمانی توصیف کرده بودند، ۲۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. در مرحله بعد، از بین این ۲۰ نفر، ۱۰ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۱۰ نفر به عنوان گروه کنترل به صورت تصادفی برگزیده شدند. بر همین اساس برای اعضای گروه آزمایشی روان‌نمایشگری، در طی ۱۰ جلسه گروه‌درمانی که زمان هر جلسه یک ساعت و نیم بود، فنون و روش‌های روان‌نمایشگری با تأکید بر نحوه خودگردانی هیجانی آن‌ها به کار گرفته شد. گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و صرفاً در رابطه با آن‌ها پیش‌آزمون و پس‌آزمون صورت گرفت. هم‌چنین جهت بررسی مناسب بودن اعضا برای شرکت در گروه، قبل از ورود اعضا به گروه، مصاحبه تشخیصی صورت گرفت و اعضا از نظر عدم داشتن اختلال جدی جسمی و روانی خاص، داشتن توانایی در برقراری ارتباط و میزان خودافشایی، مورد بررسی قرار گرفتند. برای انجام این عمل از

متون مربوط به این تکنیک، تجارب حرفه‌ای و توصیه‌های عملی اساتید راهنما و مشاور استفاده شد و فهرست اهداف، فنون و نحوه انجام این گروه‌درمانی تنظیم گردید.

یافته‌ها

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره‌های متغیرهای وابسته پژوهش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه‌ها	آزمون	شاخص آماری	متغیرها			
			سلامت روان	علائم جسمانی	اضطراب	کارکرد اجتماعی
کنترل	پیش‌آزمون	میانگین	۴۵	۸/۷	۱۲	۱۲/۲
		انحراف استاندارد	۲/۴۹	۱/۱۶	۰/۹۴	۰/۷۹
	پس‌آزمون	میانگین	۴۳/۶	۹/۲	۱۱/۵	۱۱/۸
		انحراف استاندارد	۲/۸۴	۱/۹۳	۱/۴۶	۱/۱۷
آزمایش	پیش‌آزمون	میانگین	۴۵/۳	۹/۴	۱۲/۸	۱۲/۴
		انحراف استاندارد	۰/۹۱	۱/۶۲	۱/۲۲	۰/۸۲
	پس‌آزمون	میانگین	۴۴/۱	۱۰/۸	۱۰/۲	۱۲/۱
		انحراف استاندارد	۱/۴۵	۰/۷۴	۱/۳۹	۰/۷۰

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین هر یک از متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش متفاوت است، در حالی که این میانگین‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل تفاوت چندانی ندارد.

با توجه به رعایت پیش‌فرض‌های کوواریانس، به مقایسه میانگین‌های تعدیل شده متغیرهای وابسته در پس‌آزمون از طریق آزمون کوواریانس پرداخته می‌شود (جدول ۲).

چنان‌چه در جدول (۲) مشاهده می‌شود میانگین تعدیل شده برخی از متغیرهای وابسته مثل اضطراب و خودگردانی هیجانی در گروه‌ها بیانگر تفاوت معنادار است و بین میانگین نمرات خودگردانی هیجانی در گروه روان‌نمایشگری و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/000$, $F=18/18$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت روش روان‌نمایشگری بر افزایش خودگردانی هیجانی دختران مدارس راهنمایی مؤثر است. میزان این تأثیر ۵۰٪ است. بدین معنا که ۵۰٪ واریانس تبیین شده موجود در میانگین تعدیل شده خودگردانی هیجانی در مرحله پس‌آزمون ناشی از اعمال روش روان‌نمایشگری است. هم‌چنین بین میانگین نمرات سلامت روان در گروه روان‌نمایشگری و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد ($P=0/626$, $F=0/246$), بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که روش روان‌نمایشگری بر افزایش سلامت روان دختران مدارس راهنمایی مؤثر نمی‌باشد.

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر روش‌های درمانگری بر خودگردانی هیجانی و سلامت روان در مرحله پس‌آزمون

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	Sig.	مجدور Eta	قدرت مشاهده شده
گروه‌ها	سلامت روان	۱/۲۵۰	۱	۱/۲۵۰	۰/۲۴۶	۰/۶۲۶	۰/۰۱۴	۰/۰۷۶
	علائم جسمانی	۰/۴۵۰	۱	۰/۴۵۰	۰/۲۱۰	۰/۶۵۲	۰/۰۱۲	۰/۰۷۲
	اضطراب	۸/۴۵۰	۱	۸/۴۵۰	۴/۷۳۸	۰/۰۴۳	۰/۲۰۸	۰/۵۴۰
	عملکرد اجتماعی	۰/۸۰۰	۱	۰/۸۰۰	۰/۴۳	۰/۰۵۱	۰/۰۲۴	۰/۰۹۶
	افسردگی	۱۰۲۵	۱	۱۰۲۵	۰/۴۰	۰/۵۳	۰/۲۲	۰/۰۹۲
	خودگردانی هیجانی	۲۰/۰۰۰	۱	۲۰/۰۰۰	۱۸/۱۸	۰/۰۰۰	۰/۵۰۳	۰/۹۸۱

چنانچه از جدول ۲ می‌توان مشاهده کرد، بین میانگین نمرات اضطراب در گروه روان‌نمایشگری و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($F=۴/۷۳۸, P=۰/۰۴۳$) و $F=۰/۲۰$ نمراتی که در مقیاس اضطراب در گروه آزمایش کاهش یافته تابعی از تفاوت بین گروه آزمایش و گروه کنترل است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که روش روان‌نمایشگری بر کاهش اضطراب دختران مدارس راهنمایی مؤثر است. میزان این تأثیر $F=۰/۲۰$ است. بدین معنا که $F=۰/۲۰$ واریانس تبیین شده موجود در میانگین تعدیل شده اضطراب در مرحله پس‌آزمون ناشی از اعمال روش روان‌نمایشگری است.

هم‌چنین از جدول ۲ می‌توان مشاهده کرد که بین میانگین نمرات افسردگی در گروه روان‌نمایشگری و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد ($F=۰/۴۰, P=۰/۵۳$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که روش روان‌نمایشگری بر کاهش افسردگی دختران مدارس راهنمایی مؤثر نبوده است. چنانچه از جدول ۲ می‌توان مشاهده کرد، بین میانگین نمرات عملکرد اجتماعی در گروه روان‌نمایشگری و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد ($F=۰/۴۳, P=۰/۵۱$) بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که روش روان‌نمایشگری بر کاهش نقص در کارکردهای عملکرد اجتماعی دختران مدارس راهنمایی مؤثر نبوده است.

هم‌چنین داده‌ها نشان دادند که بین میانگین نمرات علائم جسمانی در گروه روان‌نمایشگری و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد ($F=۰/۲۱, P=۰/۶۵۲$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که روش روان‌نمایشگری بر کاهش علائم جسمانی دختران مدارس راهنمایی مؤثر نبوده است.

بحث

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی روان‌نمایشگری (سایکو درام) بر خودگردانی هیجانی و سلامت روان دانش‌آموزان دختر مدارس دوره راهنمایی ناحیه یک کرج بود. نتایج حاصل از آزمون فرضیه اول پژوهش نشان داد که روان‌نمایشگری بر خودگردانی هیجانی دانش‌آموزان مؤثر است

($F=18/18, P=0/000$) به عبارت دیگر این روش توانسته است موجب افزایش خودگردانی هیجانی دانش‌آموزان گروه آزمایش شود. نتیجه حاضر با اهداف درمانی نظریه روان‌نمایشگری مبتنی بر تسهیل رها کردن احساسات حبس شده به منظور انجام تخلیه هیجانی و در نتیجه کسب احساس آرامش هماهنگی دارد. مورو در این روش معتقد بود که باید به فرد اجازه داد تا از طریق حرکات نمایشی و در عمل، افکار، انگیزه‌های پنهانی و حالات هیجانی خود، از قبیل خشم، ناراحتی، خوشحالی را از درون خود آزاد کرده و در جلسه مشاوره ابراز نماید. به نظر او اگر مراجع بداند که بیرون ریختن افکار درونی و انگیزه‌های وی به هر شکلی که باشد، به وسیله درمانگر تحمل خواهد شد، وی با رغبت آن‌ها را ابراز خواهد کرد (بلاتر^۱، ۲۰۰۰؛ به نقل از زارع). ابراز و نمایش این هیجانات و دریافت بازتاب درمانگر و تماشاگران، بیرونی و عینی شدن تخیلات مراجع در روان‌نمایشگری و خلق واقعیت‌های جدید در درمان موجب تقویت «من» مراجع و تعدیل و خودگردانی هیجانی او می‌گردد. برای مثال برخی از فنون روان‌نمایشگری مانند فنون آینه و نقش معکوس موجب می‌شود تا فرد نسبت به رفتارها و عواطف و هیجان‌هایش آگاهی بیشتری داشته باشد و در نتیجه بتواند هیجان‌هایش را تحت کنترل در آورد. هم‌چنین روان‌نمایشگری موجب می‌شود تا ویژگی خودانگیختگی و آفرینندگی به بهترین صورت متجلی شود. این مورد از آن جهت اهمیت دارد که موجب می‌شود فرد از شیوه‌های تکراری و قدیمی خود دست کشیده و شیوه‌های جدیدی را کشف کرده و به کارگیرد. از سوی دیگر نمایش که بازتاب تجربیات بازیگران و تماشاگران است و به تقویت من مشاهده‌گر می‌انجامد، امکان روشن‌بینی به تجربیات و شناخت ژرف‌تری نسبت به رفتارها و هیجانات می‌دهد. هم‌چنین تأثیرات عصب‌شناختی که به علت حضور در صحنه ایجاد می‌شود می‌تواند در تأیید این فرضیه مؤثر باشد. از آنجایی که بخش راست مغز انسان، مرکز آگاهی فضایی و حافظه هیجانی است، نمایش، این بخش از مغز را تحریک می‌کند و در نتیجه شناخت فضایی بازیگر تقویت می‌گردد و توانمندی‌های هیجانی او افزایش می‌یابد. فضا و نمادهای فراوان نمایش، زمینه‌ساز این تحول عصب‌شناختی هستند (فتحی، ۱۳۸۰).

نتیجه حاصل از فرضیه اول با سایر پژوهش‌های انجام شده در ارتباط با روان‌نمایشگری هماهنگی دارد. برای مثال زابلی (۱۳۸۳) در پژوهش خود با عنوان «سنجش سودمندی روان‌نمایشگری در بهبود مهارت‌های رفع تعارض دختران با مادران دانش‌آموز سال اول دبیرستان‌های منطقه ۲ تهران» تفاوت معناداری را در بهبود مهارت‌های رفع تعارض شرکت‌کنندگان در جلسات روان‌نمایشگری مشاهده کرد. او پس از انجام جلسات روان‌نمایشگری دریافت که اعضای گروه آزمایش (گروه روان‌نمایشگری) در خرده‌مقیاس‌های آزمون تعارض والد - فرزند تفاوت‌های معناداری را نسبت به اعضای گروه کنترل نشان دادند به نحوی که شرکت‌کنندگان در گروه روان‌نمایشگری از میزان پرخاشگری کلامی و فیزیکی کمتر برخوردار بوده و به نسبت بیشتری از میزان راهبردهای

استدلالی استفاده کرده بودند. کنترل هیجان‌های منفی و به‌کارگیری راهبردهای استدلالی، در واقع یکی از نتایجی است که با افزایش خودگردانی هیجانی شاهد آن هستیم. هم‌چنین در تحقیقی دیگر توانیز (۱۹۹۴) با هدف درمان گروهی و توسعه سازش اجتماعی و آموزش مهارت کنار آمدن با موقعیت‌های خشم‌زا به آموزش مهارت‌های اجتماعی از طریق فنون الگوسازی و ایفای نقش پرداخت. نتایج نشان دادند که آموزش مهارت‌های اجتماعی در موقعیت‌های کنار آمدن با موقعیت‌های خشم‌زا مؤثر بوده است و گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری نشان دادند (نقل از زارع، ۱۳۸۶).

نتایج حاصل از آزمون فرضیه دوم نشان داد که روان‌نمایشگری بر اضطراب دانش‌آموزان (از جمله مؤلفه‌های سلامت روان) مؤثر است ($F=4/738, P=0/043$). به عبارت دیگر این روش توانسته است موجب کاهش اضطراب دانش‌آموزان گروه آزمایش شود. این نتیجه با تحقیقات قبلی در این زمینه همسو می‌باشد. نتایج پژوهش دادجو (۱۳۷۶) تحت عنوان «علل مؤثر بر پیدایش اضطراب مدرسه دانش‌آموزان و اثربخشی روش روان‌نمایشگری در درمان حالات اضطرابی آن‌ها» حاکی از این بود که میزان اضطراب مدرسه دانش‌آموزانی که با روش روان‌نمایشگری آموزش دیده بودند، کمتر از میزان اضطراب مدرسه دانش‌آموزانی بود که با این روش آموزش ندیده بودند.

کاربونل (۱۹۹۹) نیز در پژوهشی با عنوان «بررسی تأثیر گروه‌های روان‌نمایشگری برای دختران در سازگاری با بحران» به ارزیابی تأثیر گروه‌های روان‌نمایشگری بر روی دختران دانش‌آموز بحران دیده پرداخت. در پژوهش او مقایسه‌های انجام شده از طریق مصاحبه‌های قبل و بعد از درمان در گروه‌های آزمایش و کنترل، کاهش معناداری را در مشکلات گزارش شده نشان داد به نحوی که رفتارهای گوشه‌گیرانه و میزان اضطراب و افسردگی شرکت‌کنندگان در گروه‌های روان‌نمایشگری کاهش و در مقابل میزان ارتباط‌های بین فردی و رفتارهای ابرازگرانه آن‌ها افزایش یافته به طوری که اعضا در گروه به راحتی از هیجان‌ات خود (تجارب آسیب‌زا) صحبت می‌کردند. آلتمن (۲۰۰۳) در بررسی نشانگان مرضی پس از سوءاستفاده‌گری در زنان مورد سوءاستفاده قرار گرفته شده، دریافت که شرکت در گروه‌های روان‌نمایشگری در تسکین نشانه‌های اضطراب و افسردگی این دسته از بیماران کمک کرده، در حالی که از میزان احساس گناه و بازداری عاطفی آن‌ها کاسته می‌شود توانایی ابرازگری آن‌ها در بیان عواطف و رفتارهای جسارت‌آمیز آن‌ها افزوده می‌شود.

سایر نتایج این پژوهش بیانگر آن بود که روان‌نمایشگری بر سایر مؤلفه‌های سلامت روان شامل علائم جسمانی، عملکرد اجتماعی، افسردگی و نیز مقیاس کلی سلامت روان ($F=0/246, P=0/626$) مؤثر نبود. این در حالیست که این یافته با یافته‌های پژوهش قبلی هم‌چون آلتمن (۲۰۰۳)، کاربونل (۱۹۹۹)، رضائیان‌پور و همکاران (۱۹۹۶) همسو نمی‌باشد. برای مثال در پژوهشی که توسط

رضائیان‌پور و همکاران (۱۹۹۶) انجام گرفت، مفید بودن روش روان‌نمایشگری در درمان بیماران افسرده در مقایسه با درمان روان‌پزشکی مورد بررسی قرار گرفت. پژوهش بر روی ۵۴ زن افسرده (که سایکوتیک و دو قطبی نبودند) انجام گرفت. در این پژوهش اعضای گروه نمونه به سه گروه ۱۸ نفری تقسیم شدند. نتایج نشان دادند که گروه روان‌نمایشگری در کاهش افسردگی بیماران افسرده به طور معناداری مؤثرتر از درمان روان‌پزشکی و همچنین بهتر از ترکیب روان‌نمایشگری و درمان روان‌پزشکی بود.

اگرچه مشاهده میانگین نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای مورد نظر (به جز علائم جسمانی) در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون کاهش جزئی را نشان می‌دهد اما این کاهش از نظر آماری معنادار نیست، بنابراین می‌توان در تبیین این یافته‌ها به ذکر موارد مختلفی اشاره کرد. اگرچه محتوای از قبل طراحی شده (پروتکل جلسات) در این پژوهش با هدف افزایش خودگردانی هیجانی و سلامت روانی دانش‌آموزان تدارک دیده شده است اما در عمل و در حین اجرا با توجه به تعداد محدود جلسات برگزار شده (۱۰ جلسه) محقق به موضوع تعدیل و تنظیم هیجانات (بنا به اقتضای جلسات) در مقایسه با موضوع سلامت روان توجه و تأکید بیشتری داشته است.

از سوی دیگر هرچند پیش‌آزمون انجام شده در متغیرهای مورد تحقیق بیانگر کسب نمره برش مورد نظر در متغیرهای سلامت روان را دارد اما به نظر، شرکت در جلسات روان‌نمایشگری نه تنها کاهش محسوس و معناداری را (از نظر آماری) نداشته است که حتی در مقیاس علائم جسمانی نیز موجب افزایش ناچیزی در مرحله پس‌آزمون شده است. در تبیین این یافته می‌توان به موضوع احتمال وقوع خطای پیش‌آزمون در رابطه با نقص و محدودیت ابزار سنجش سلامت روانی در تشخیص دقیق مؤلفه‌های سلامت روان اشاره کرد، چرا که مقیاس سلامت عمومی (GHQ) عمدتاً یک ابزار غربال‌گری اولیه و بیشتر در جهت پژوهش و تحقیق استفاده می‌شود تا تشخیص‌های دقیق بالینی. بنابراین احتمالاً این ابزار نتوانسته است شاخص‌های سلامت روانی را به طور دقیق مورد سنجش قرار دهد به نحوی که با شرکت اعضای گروه آزمایش و افزایش خودآگاهی آن‌ها در رابطه با سلامت روانی خود در گروه نتایج پس‌آزمون نه تنها کاهش محسوسی نداشته که در مقیاس علائم جسمانی نیز افزایش صورت گرفته است که حاکی از ناتوانی آزمون در سنجش دقیق آن در مرحله پیش‌آزمون است. اما نتایج کیفی تحقیق در قالب مشاهده محقق از وضعیت بالینی هر یک از شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در قبل و بعد از مداخله در قالب مصاحبه تشخیصی و مشاهده بالینی بیانگر آن بود که هیچ یک از شرکت‌کنندگان دارای اختلال بالینی خاصی نبوده و ایجاد تغییر محسوسی نیز در سطح انگیزه و خلق مثبت اعضای گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون مشهود نبود.

بنابراین در یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت که روان‌نمایشگری در افزایش خودگردانی هیجانی و کاهش اضطراب دانش‌آموزان مؤثر است. در واقع روان‌نمایشگری به عنوان یکی از روش‌های روان‌درمانگری با بهره‌گیری از هنر نمایش در درمان و با به‌کارگیری و ایجاد تغییراتی هم‌چون متجلی ساختن خودانگیختگی و آفرینندگی، بیرونی و عینی ساختن تخیلات و گرایش‌های درونی، خلق واقعیت‌های جدید، فرارفتن از زبان و گفتار و پیش رفتن به سوی عمل و هیجان، موجب تقویت «من» در مراجع، برون‌ریزی و پالایش روانی او و در نتیجه افزایش خودگردانی هیجانی و کاهش نشانگان اضطرابی و آشفتگی می‌شود.

پی‌نوشت‌ها

1. Hamamci
2. Inceer, B. and Urgen, S.
3. Micheal, B.
4. Bannister, A.
5. Internalizing
6. Externalizing
7. Schutte self-report inventory
8. Reliability.
9. System checklist 90 revised
10. Blatner, A.

منابع

- اسکیان، پ. (۱۳۸۴). بررسی تأثیر سایکو درام (روان‌نمایشگری) بر افزایش تمایز یافتگی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی منطقه ۵ تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم، تهران.
- برک، ل. (۱۳۸۲). روان‌شناسی رشد (ترجمه ی. سیدمحمدی، جلد اول). تهران: انتشارات رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۱)
- پورافکاری، ن. (۱۳۸۵). فرهنگ جامع روان‌شناسی - روان‌پزشکی. تهران: فرهنگ معاصر.
- ثنایی، ب. (۱۳۷۹). روان‌درمانی و مشاوره گروهی. تهران: انتشارات چهر.
- خسروجوید، م. (۱۳۸۱). بررسی اعتبار و روایی سازه مقیاس هوش هیجانی شات در نوجوانان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.
- دادجو، ز. (۱۳۷۶). علل مؤثر بر پیدایش اضطراب مدرسه دانش‌آموزان و اثربخشی روش روان‌نمایشگری در درمان حالات اضطرابی آن‌ها. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- زابلی، پ. (۱۳۸۳). سنجش سودمندی روان‌نمایشگری در بهبود مهارت‌های رفع تعارض دختران با مادران دانش‌آموز سال اول دبیرستان‌های منطقه ۲ تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه غیرانتفاعی خاتم، تهران.
- زارع، م. (۱۳۸۶). مقایسه اثربخشی روش‌های مشاوره گروهی به سبک روان‌نمایشگری و عقلانی، عاطفی و رفتاری در تغییر سبک‌های ابراز هیجان مراجعین مراکز بهزیستی شهر تهران. پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علوم و تحقیقات، تهران.
- شریفی‌درآمدی، پ. و آقایار، س. (۱۳۸۷). هوش هیجانی و بهبود رابطه با خود و دیگران. تهران: نشر سپاهان.
- فتحی، ط. (۱۳۸۰). سایکودرام. تهران: انتشارات سپند هنر.

فیرس، ت.، و جری، ت. (۱۳۸۲). *روان‌شناسی بالینی* (ترجمه م. فیروزخت). تهران: رشد (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۲)

گلن، د. (۱۳۸۳). *هوش هیجانی* (ترجمه ن. پارسا). تهران: انتشارات رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۶)
گنجعلی، ع. (۱۳۸۴). *بررسی اثربخشی مداخلات روانی - تربیتی بر هوش هیجانی و سلامت روان دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر زاهدان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران.
موسوی، م. (۱۳۸۴). *بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی و عزت نفس دانش‌آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران، اهواز.

- Altman, K. A. (2003). Psychodrama in treatment of post-abuse syndromes. *Treating Abuse Today*, 12, 27-37.
- Bierman, K., Domitrovich, C., Nix, R., Gest, E., & Scott, D. (2008). Promoting academic and social-emotional school readiness: The head start REDI program. *Child Development*, 79(6), 1802.
- Carnobell, D. (1999). Psychodrama groups for girls coping with trauma. *Interventional Journal of Group psychotherapy*, 40(3), 285-306.
- Carpenter, P., & Sandbberg, S. (1985). Future psychodrama with delinquent adolescent. *Adolescence*, 79, 599-604
- Cécile, R., Maryse, B., Marie-France, G., Louise, L., Néomé, A., Musuk, V., Alejandro, M., & Dominique, B. (2007). Classroom drama therapy program for immigrant and refugee adolescents: A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(3), 451-465.
- Clark, C., Woodward, L., Horwood, L., & Moor, S. (2007). Development of emotional and behavioral regulation in children born extremely preterm and very preterm: Biological and social influences. *Child Development*, 79(5), 1444.
- Corey, G. (1994). *Theory and practice of group counseling*. Brooks/Cole: publishing company.
- Crowel, S., Beauchaine, T., McCauley, E., & Cindy, E. (2005). Psychological, autonomic, and serotonergic correlates of parasuicide among adolescent girls. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1105
- Jinnie, J. (2005). Psychodrama: Working through action: 'My thank you is for your concern'. *Group Analysis*, 38(3), 371-379.
- Katz, L., Hessler, D. M., & Annet, A. (2007). Domestic violence, emotional competence, and child adjustment. *Social Development*, 16(3), 513.
- Kennedy, D. E., & Kramer, L. (2008). Improving emotion regulation and sibling relationship quality: The more fun with sisters and brothers program. *Family Relations*, 57(5), 567.
- Kliwer, W., Reid-Quíñones, K., Shields, B. J., & Foutz, L. (2009). Multiple risks, emotion regulation skill, and cortisol in low-income African American youth: A prospective study. *Journal of Black Psychology*, 35(1), 24.
- Longline, N. (1992). A trail of use of psychodrama for woman with alcoholic problems. *Journal of Nursing practice*, 5(3), 9-14.
- Maughan, A., Cicchetti, D., Toth, S. L., & Rogosch, F. A. (2007) Early-occurring maternal depression and maternal negativity in predicting young children's emotion

- regulation and socioemotional difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(5), 685.
- O'kearney, R., & Dadds, M. R. (2005). Language for emotions in adolescents with externalizing and internalizing disorders. *Development and Psychopathology*, 17(2), 529.
- Phillips, K. F. V., & Power, M. J. (2007). A new self-report measure of emotion regulation in adolescents: The regulation of emotions questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14(2), 145.
- Rezaeian pour, M., Arun, K. S., & Mazumdar, D. P. (1996). The usefulness of psychodrama in treatment of depressed potention. *Indean Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 82-92.
- Stallone, T. M. (1993). The effect of psychodrama on infants on within a structured residential behavior modification program. *Journal of Group psychotherapy-psychodrama*, 46(1), 24-31.
- Van Beek, Y., & Semon, D. J. (2008). Age and gender differences in decoding basic and non-basic facial expressions in late childhood and early adolescence. *Journal of Nonverbal Behavior*, 32(1), 37.
- Yap, M. B. H., Allen, N. B., & Laodicea, C. D. (2008). Maternal socialization of positive affect: The impact of invalidation on adolescent emotion regulation and depressive symptomatology. *Child Development*, 79(5), 1415.