

اثربخشی سایکودرام بر سلامت روان و شادکامی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه اول شهر شیراز^۱

اعظم خدري^۱، علیرضا فیلی^۲

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور واحد شیراز، شیراز، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور واحد شیراز، شیراز، ایران

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روش نمایش‌گری بر سلامت روانی و شادکامی دانش آموزان مقطع متوسطه اول شهر شیراز انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دختر دوره متوسطه اول پایه هشتم ناحیه ۴ شهر شیراز در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بود. برای تعیین حجم نمونه ۳۰ نفر دانش آموزان مدرسه پسرانه «اوریاد»، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب، و به صورت تصادفی در گروه‌های گواه و آزمایشی گمارده شدند (گروه آزمایش: ۱۵ نفر/ گروه گواه: ۱۵ نفر). ابزار پژوهش پرسشنامه‌های پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ، ۱۹۷۲) و پرسشنامه شادکامی آکسفورد هیلز و آرجیل (۲۰۰۲، فرم کودک) بود. برای تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری و چند متغیری استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که نمایش درمانی (سایکودرام) بر سلامت روان و شادکامی دانش آموزان مقطع متوسطه اول مؤثر بوده است ($p < ۰/۰۱$)؛ به عبارت دیگر نمایش درمانی باعث افزایش میزان سلامت روانی و شادکامی دانش آموزان شده است. میزان تأثیر درمان بر بر سلامت روانی ۰/۷۸ و شادکامی ۰/۸۸ بود.

واژه‌های کلیدی: نمایش درمانی (سایکودرام)، سلامت روان، شادکامی، دانش آموزان

^۱ این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور واحد شیراز می باشد

مقدمه

از جمله مفاهیم بنیادی دنیای پیچیده انسان مفهوم سلامتی است، که افراد باید در تمام جنبه‌های از زندگی خویش از جمله مهارت در مراقبت از سلامت جسمی، روانی و مهارت در ارزیابی و مدیریت چالش‌های پیش رو در آن بهبود یابد (الیسا و میتچل، ۲۰۱۶). تا کنون تعریف دقیقی از سلامت ارائه نشده است، چرا که مفهومی است که تعریف آن مشکل و نمی‌توان به طور واقعی آن را اندازه‌گیری کرد، بنابراین نظریه‌پردازان و تعاریف گوناگونی از مفهوم سلامت روانی ارائه داده‌اند که با وجود تفاوت‌های که با هم دارند، اما تقریباً همه آن‌ها موضوع مشترکی دارند و آن مسئولیت در قبال خود و انتخاب سبک زندگی سالم است (توکلی و مقصودی، ۱۳۸۹). سازمان بهداشت جهانی سلامت روانی را حالتی از رفاه می‌داند که در آن فرد توانی- هایش را باز می‌شناسد و قادر از با تنش‌های معمول زندگی مدارا کند و به مقاصد مورد نظر دست یابد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱؛ معینی، بابامیری، محمدی و همکاران، ۱۳۹۵).

براساس پژوهش‌های انجام شده دانش‌آموزان زمانی که آمادگی ذهنی، جسمی و روانی داشته باشند بهتر قادر هستند که یاد بگیرد و بهتر آموخته‌های خود را سازماندهی می‌کنند و یادآوری برای آنها راحت‌تر خواهد بود. باگلز و منسال (۲۰۰۴) اظهار می‌کنند که زمانی که دانش‌آموزان از سلامت روانی مناسب برخوردار نباشند برنامه‌ریزی علمی، آموزشی و تربیتی نتیجه‌ای نخواهد داشت (باگلز و منسال، ۲۰۰۴). بنابراین یکی از قشرهایی که سلامت روان آنها می‌تواند در معرض خطر قرار بگیرد، دانش‌آموزان نوجوان هستند. ژانگ و همکاران (۲۰۱۹) بیان می‌دارند که دانش‌آموزان آسیایی در معرض ابتلاء به افسردگی هستند که ممکن است منجر به جلوگیری از حضور آنها در کلاس درس در مدارس شود. علاوه بر این وایت، اوزولت و اووکوا^۴ (۲۰۱۷) در نتایج پژوهش خود نشان دادند که شیوه و شدت مشکلات سلامت روان در میان دانش‌آموزان افزایش یافته است و این مسال تهدیدی برای سلامت و عملکرد تحصیلی آنهاست.

از جمله متغیرهای مهم دیگر در جوانب فردی و اجتماعی دانش‌آموزان دوره ابتدایی، شادکامی^۵ است. مفهوم شادکامی گاهی تعاریف کاملاً متضادی داشته است. در لغت‌نامه معین شادکام به معنی خوشحال، کامروا، کامران آمده است. شادکامی نوعی حالتی عاطفی مثبت است که با رضایت‌مندی، لذت همراه است، و علائمی همانند داشتن باورهای مثبت در مورد زندگی، هیجانات مثبت و نداشتن هیجانات منفی همراه است. اهمیت جایگاه شادی در بهداشت روانی، سلامت جسمانی و تمایل به مشارکت اجتماعی باعث افزایش توجه پژوهشگران حوزه‌های روان‌شناسی و علوم تربیتی به زمینه‌ها و عوامل مؤثر بر شادی شده است (توکل و محمودی، ۱۳۹۰).

^۴Elicia & Mitchell^۵World Health Organization^۶Wyatt, Oswalt, & Ochoa^۷Happiness

شادکامی در بین نوجوانان و کودکان از اهمیت زیادی برخوردار است و آن بر بخش‌های مختلف فرایند شناختی همانند حافظه، یادگیری، خلاقیت، انعطاف‌پذیری و کارآمدی تأثیر گذار است (دی‌گیاسینتو، فرانتو و ویستکو، ۲۰۰۸). با توجه به این- که شادکامی یک از هیجانات اساسی بشر است، از این‌رو هر کس به فراخور خود آن را تجربه می‌کند. شادکامی را نمی‌توان به راحتی تعریف کرد. ارسطو شادی را زندگی معنوی می‌داند و جان لاک اذعان می‌کنند که شادی مبتنی بر لحظات لذت بخش است (هاشمی و ماهور، ۱۳۹۵). لیوبومیرسکی تاچ و دی‌ماتئو^۷ (۲۰۰۵) شادکامی را به عنوان تجربه احساس نشاط، شادی و نیز دارا بودن این احساس که فرد زندگی خود را خوب، با معنا و ارزش بداند تعریف کرده‌اند (لیوبومیرسکی، ۲۰۰۵). یکی از جامع-ترین و کامل‌ترین تعریف شادمانی را وینهوون ارائه کرده است. به اعتقاد او شادکامی به قضاوت فرد از درجه یا میزان مطلوبیت کل زندگی تلقی می‌شود. به این معنی که فرد چقدر زندگی خود را دوست دارد. در این تعریف شادکامی از عناصری همانند درجه یا میزان شادکامی، شخصی بودن، قضاوت درباره زندگی و مطلوبیت آن است (میرشاه‌جعفری، عابدی و دریکوند، ۱۳۸۱).

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که شادی صرف‌نظر از چگونگی کسب آن می‌تواند سلامت جسمانی را ارتقاء دهد. افراد شاد احساس امنیت بیشتری می‌کنند، راحت‌تر تصمیم می‌گیرند، روحیه مشارکت و همیاری بیشتری دارند و از زندگی با افراد احساس رضایت بیشتری می‌کنند (رضا دوست، نبوی و صالحی، ۱۳۹۴). در نظام‌های آموزشی و فضای آن‌ها شادمانی نقش و جایگاه مهمی دارد، به طوری که شوق و انگیزه تحصیل، فعال شدن حس کنج‌اوی و افزایش خلاقیت آن‌ها را به دنبال دارد. در مدرسه فراگیرانی که بالایی دارند به راحتی می‌توانند از معلمان خود تقاضا کنند و در هنگام مواجه با مشکلات در در درس‌ها از آن‌ها کمک بخواهند. علی‌پور (۱۳۸۹) معتقد است که شادکامی، پیامدهای مثبتی بر روی سبک زندگی و موفقیت تحصیلی دارد و رفتارهای که باعث افزایش موفقیت تحصیلی شود را بالا می‌برد. به طور کلی می‌توان گفت که شادی همانند اندوخته‌ای است که می‌توان آن را از دست داد یا آن را به دست آورد. استفاده از روش‌های شادی بخش در جریان فرایند یاددهی-یادگیری، می‌تواند علاوه بر ایجاد محیطی رضایت بخش برای فراگیران، با بسیاری از آسیب‌های تحصیلی همانند بی‌حوصلگی، ناخودکارآمدی، کسالت، مریضی‌های جسمانی و روحی مقابله کند (صالحی‌عمران و عابدینی بلترک، ۱۳۹۷).

در افزایش سلامت روان و شادکامی عواملی چون شیوه‌های تربیتی و درمانی، خانواده و آموزش و پرورش مؤثر هستند (شریعتی، فکوری و مردی، ۱۳۹۲؛ بوم و جان^۸؛ ۲۰۱۶؛ کیم و جان^۹؛ ۲۰۱۶؛ هاس، گلدبرگ و اسمیت و دیگران^{۱۰}؛ ۲۰۱۵). در این پژوهش از بین متغیرهایی که تأثیر گذار بر سلامت روان و شادکامی دانش‌آموزان است روش نمایش درمانی (تئاتر درمانی) یا همان سایکو درام انتخاب می‌شود. نمایش درمانی از جمله روش‌های جذاب در هنر درمانی است که ایفای نقش، داستان، بداهه‌گویی و دیگر فنون تئاتر و نظریه‌ها و روش‌های درمانگری را با هم ترکیب می‌کند. اساس چنین شیوه درمانی این است که ایفای نقش به افراد این فرصت را می‌دهد تا با چالش‌های که با آنها مواجه می‌شود عکس‌العمل مناسبی نشان دهد، هیجاناتش

^۷Di Giacinto, Ferrante, & Vistocco

^۸Lyubomirsky, Tkach, & DiMatteo

^۹Bum & Jeon

^{۱۰}Kim & Jeon

^{۱۱}Hase, Goldberg, Smith et al

را بروز دهد، کشمکش‌های باطنی خود را به سطح بکشاند و در نتیجه با آنها و محیط خود روبه‌رو شود (بیاتی، پورمحمدزای تجریشی و زاده محمدی، ۱۳۹۱). در واقع سایکودرام یک روش درمانگری با رویارویی بالینی است که ایفای نقش فرد در یک موقعیت می‌توان آن را نمونه‌ای از شبیه‌سازی رفتاری تلقی کرد (انلو^۱، ۲۰۱۵؛ مورنو^۲، ۲۰۱۴).

در سایکودرام دو بخش «درام و درمان» در نظر گرفته می‌شود؛ درام مراجع را با استفاده از ساختار دراماتیک درمان می‌بخشد و به او کمک می‌کند در یک موقعیت اجتماعی و در زمان و مکان واحدی نسبت به هیجاناتش بینشی کسب کند (پوررضائیان، ۱۳۹۵). با وجود تلاش‌های پژوهشی که در ارتباط با سلامت و شادکامی فراگیران انجام شده است، اما این تلاش‌ها به صورت محدود متوجه شناسایی نقش سایکودرام در سلامت روانی و شادکامی دانش‌آموزان مقطع ابتدایی بوده است. در این پژوهش تأثیر نمایش درمانی بر سلامت روانی و شادکامی دانش‌آموزان دوره ابتدایی مد نظر محقق است؛ بنابراین هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی نمایش درمانی (سایکو درام) بر سلامت روان و شادکامی دانش‌آموزان دور ابتدایی می‌باشد. با نظر به آنچه گفته شد فرضیه زیر قابل تدوین است:

➤ روش نمایش درمانی بر افزایش سلامت روانی و شادکامی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول شهر شیراز مؤثر است.

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و ازجمله طرح‌های نیمه آزمایشی، با عنوان طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد که در پی بررسی تأثیر نمایش درمانی بر سلامت روان و شادکامی دانش‌آموزان است.

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول پایه هشتم ناحیه ۴ شهر شیراز در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود.

روش نمونه‌گیری بدین صورت بود که ابتدا از بین نواحی شیراز ناحیه ۴ و سپس از بین مدارس متوسطه اول این ناحیه، مدرسه دخترانه «اورباد» به صورت تصادفی انتخاب شد. بنابراین از بین کلاس‌های پایه هشتم مدرسه انتخاب شده، بعد از غربالگری با دو آزمون سلامت عمومی (GHQ) و شادکامی آکسفورد، ۳۰ نفر که نمرات پایین‌تری کنند، انتخاب گردید و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش گمارده شدند (۱۵ گروه آزمایش/ ۱۵ گروه کنترل).

ابزارهای اندازه‌گیری

آزمون شادکامی آکسفورد (فرم کودک): این مقیاس به وسیله هلیز و آرجیل (۲۰۰۲) گسترش داده شد در این مقیاس از ۸ آیتم برای مشخص کردن شادکامی در کودکان استفاده شده است. مقیاس‌های شادکامی که عبارتند از میزان شادکامی کودک بر مبنای مقیاس چهره‌ها، ندی ذهنی والدین در رابطه با شادکامی کودکشان، میزان شادکامی ذهنی کودک و پرسشنامه آکسفورد کودکان بطور قابل ملاحظه‌ای با یکدیگر همبستگی دارند.

^۱Enelow

^۲Moreno

شیوه نمره گذاری: پرسشنامه شادکامی آکسفورد ۲۹ ماده چهار گزینه‌ای است که گزینه‌های آن، به ترتیب از صفر تا سه نمره- گذاری می‌شود. نمره هر آزمودنی بین ۰ و ۸۷ قرار می‌گیرد و در هر پرسش فرد درباره خود از احساس ناشادی تا احساس شادی بسیار زیاد قضاوت می‌کند. گزینه «الف» نمره صفر و گزینه «د» نمره سه دارد. جمع نمرات مواد ۲۹ گانه، نمره کل را نشان می‌دهد.

روایی و پایایی پرسشنامه: آرجیل و همکاران پایایی این پرسشنامه را به کمک ضریب آلفای ۰/۹۰ طی ۷ هفته با ۳۴۷ آزمودنی ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند، (فارنهام و برونیک، ۱۹۹۰). آلفای ۰/۸۷ را با ۱۰۱ آزمودنی (ونور، ۱۹۹۳) با فرم کوتاه‌تری از آن آلفای ۰/۸۴ را با ۱۸۰ آزمودنی گزارش کرده‌اند. فرانیس (۱۹۹۸) آلفای ۰/۹۲ و در یک بررسی میان فرهنگی در چهار کشور مختلف ضرایب ۰/۸۹، ۰/۹۰، ۰/۸۹ و ۰/۸۹ را بدست آورده است. الینات (۱۹۹۳) ضمن بدست آوردن پایایی بازآزمایی ۰/۸۳، پس از سه هفته دریافت که پایایی بازآزمایی این پرسشنامه از پایایی پرسشنامه سلامت عمومی و مقیاس افسردگی نیز بیشتر است. در ایران که توسط علی‌پور و نوربالا (۱۳۷۸) با نمونه‌ای متشکل از ۱۰۱ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های تهران صورت گرفت، ضریب همسانی درونی برای گروه مردان و زنان به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ و اعتبار بازآزمایی پس از ۷ هفته ۰/۸۷ و ضریب پایایی بازآزمایی با فاصله ۳ هفته، در یک نمونه ۲۵ نفری ۰/۷۹ بدست آمد. اما از آنجایی که در پژوهش علی‌پور و نوربالا، برای بررسی شادکامی تنها از دانشجویان دانشگاه‌های تهران و با حجم نمونه کم (۱۰۱ نفر) استفاده شده بود. بنابراین پژوهش دیگری توسط احمدعلی‌پور و مژگان آگاه (۱۳۸۶) برای بررسی اعتبار و پایایی فرم تجدیدنظر شده ۲۹ گزاره‌ای شادکامی با استفاده از حجم نمونه بیشتر و نمونه آماری گسترده تر انجام شد و علاوه بر بررسی اعتبار و پایایی فرم تجدیدنظر شده ارتباط نمره‌های حاصل از فهرست مذکور با ریخته‌های شخصیتی آیزنک و نمره‌های افسردگی بک نیز مشخص شد. و همچنین توسط نادری و انصاری اصل (۱۳۹۰) پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و با استفاده از آزمون تنصیفی ۰/۸۳ به دست آمده است.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): این پرسشنامه توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۹ ابداع شد. هدف از طراحی آن، کشف و شناسایی اختلالات روانی در مراکز و محیط‌های مختلف بوده است. سؤالات پرسشنامه که به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماهه اخیر می‌پردازد، شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات ناهنجار و جنبه‌های از رفتارهای قابل بررسی بود، به همین دلیل پرسش‌ها بر موقعیت «اینجا و اکنون» تأکید داشت. در انتخاب پرسش‌ها بر روی چهار حوزه کار شده بود: اولین حوزه مالیخولیا در نظر گرفته شد که در برگیرنده طیف گسترده‌ای از پرسش‌ها وضعیت جسمانی بود. دومین حوزه اضطراب و احساس آشفتگی روانشناختی و سومین حوزه رفتار قابل بررسی عینی بود که پرسش‌های مربوط به اختلال در کارکرد اجتماعی در آن منظور شده بود و چهارمین حوزه به افسردگی اختصاص داشت. این پرسشنامه به صورت فرم‌های ۶۰، ۳۰، ۲۸ و ۱۲ پرسشی طرح شده است. فرم استاندارد شده یا ۲۸ پرسشی که در این آزمون از آن استفاده شده است براساس تحلیل عاملی بر روی فرم کامل سلامت عمومی یعنی نسخه ۶۰ پرسشی آن می‌باشد که ۴ مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی را در بر می‌گیرد. پرسشنامه سلامت عموم مانند سایر فرم‌های پرسشنامه سلامت عمومی به صورت چهار گزینه‌ای بوده که در آن طیف پاسخ‌ها به صورت «خیلی کمتر از همیشه، کمتر از همیشه، مثل همیشه و بیشتر از همیشه» می‌باشد. اعتبار این پرسشنامه در مطالعات مختلف از جمله پلانگ (۱۳۷۵) و یعقوبی (۱۳۹۱) مورد بررسی قرار گرفته که به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۸ بوده و وضعیت سلامت عمومی ۰/۹۱ بدست آمد که بیانگر ثبات درونی قابل قبول این پرسشنامه‌ها می‌باشد. با توجه به جامعیت و استاندارد بودن آن، در این مطالعه از این پرسشنامه استفاده می‌شود.

برای اجرای تحقیق، پس از مشخص شدن افراد دو گروه، محقق پرسشنامه‌های مربوط به سلامت روانی و شادکامی را در بین هر دو گروه کنترل و آزمایش انتخابی خود که شامل دانش آموزان مقطع متوسطه اول پایه هشتم بود توزیع شد و از آنان خواسته شد تا حد امکان با دقت و تمرکز آن را تکمیل کنند. همچنین قبل از توزیع پرسشنامه‌ها در میان افراد، توضیحاتی در مورد پرسشنامه‌ها و اینکه هر کدام چند سوال و چقدر زمان نیاز دارد تا تکمیل شود و چگونگی پاسخ‌گویی داده شد. سپس کلاس‌های مداخله‌ای شروع و در پایان نیز مجدداً پرسشنامه‌های مربوطه تکمیل شد. برای رعایت موازین اخلاقی پس از اتمام مراحل پژوهش برنامه نمایش درمانی به‌طور فشرده در ۱ جلسه به گروه گواه نیز آموزش داده شد.

جدول ۱. جلسات و محتوای جلسات نمایش درمانی

تعداد جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی و معرفی اعضای گروه با یکدیگر و مشاور، بیان اهداف گروه و مسئولیت‌های رهبر و اعضای گروه، بیان قوانین و ساختار جلسات، افزایش شناخت مشاور از دانش آموزان جهت ایجاد رابطه مؤثر (این موضوع برای آغاز کارگروهی از اهمیت بالایی برخوردار است. خصوصاً در این پژوهش به علت پایین بودن سن گروه آزمایش)، بررسی مفاهیم کفایت اجتماعی، عوامل شناختی و هیجانی و خودباوری.
جلسه دوم	آغاز بررسی مسائل دانش آموزان از طریق واسطه‌های هنری (دادن نقش اصلی یکی از افسانه‌ها و قصه‌های فولکلوریک) به آن‌ها، به‌منظور برون‌ریزی احساسات واپس زده خود، سنجش قدرت تصمیم‌گیری و کسب جرئت. از این طریق کودک می‌تواند حرف‌های ناگفته خود را به کسی که برای او ایجاد ناراحتی کرده و قادر به هم‌کلامی با او نیست را در قالب نقش بازگو کند (با الهام از فن صندلی خالی). نحوه راه رفتن و ایستادن بر روی صحنه، موقعیت‌های صحیح قرارگیری روی صحنه تاثر نسبت به بازیگران.
جلسه سوم	بازگویی یک قصه به‌صورت ناتمام به‌وسیله مشاور و درخواست او از دانش آموزان برای کامل کردن قصه، بنا بر تخیل خودشان در قالب ایفای نقش و اجرای نمایش، به جهت رؤیت برداشت هریک از آن‌ها از موقعیت زندگی واقعی‌شان و ایجاد خودباوری در آن‌ها. همچنین کودک این فرصت را پیدا می‌کند تا داستان را آن‌طوری که دوست دارد به اتمام برساند و درمانگر را در قالب نقش تا حدودی از امیال و آرزوهای خود مطلع کند (با الهام از فن پری رویایی). بدن و بیان، تمرینات تمرکزی، تمرینات ریتمی، تمرینات شنیداری، دیداری.
جلسه چهارم	گفتگوی دانش‌آموز با یک شخصیت خیالی یا شناخته‌شده (در این جلسه گفتگوی دانش‌آموز، به جهت درد دل و صحبت در مورد کارهایی که تا به حال انجام داده و کسی از آن‌ها خبر ندارد و تمایلی به مطلع شدن دیگران ندارد صورت می‌گیرد. در این مرحله دانش‌آموز می‌تواند اعلام کند تمایل به حضور هم‌کلاسی‌هایش در کلاس ندارد). این فن به جهت فرصت دادن به آن‌ها برای بازگو کردن خود و برون‌ریزی احساسات متعارض، تمرینات گفتاری و رفتاری، بازی کلامی و ایمانی، شناخت آن‌ها و چگونگی مواجهه‌شدن با مسائل زندگی و نهایتاً ایجاد فضایی مناسب و بدون تشویش برای هدایت کودکان مفید است. موفق شدن در این جلسه مشروط به ایجاد رابطه حسنه در جلسات ابتدایی می‌باشد (با الهام از فن پلیس مخفی)
جلسه پنجم	کار روی خودپنداره مثبت، رشد عزت‌نفس، طرز برداشت کودک از خود، از طریق رسم تصاویری به دست کودک و هم‌ذات پنداری با آن تصویر و رفتن کودک در قالب آن تصویر و صحبت به‌جای آن. (با الهام از فن جادو)
جلسه ششم	کار روی رضایت خاطر و جنبه‌های که آثار مثبتی بر روان کودک از طریق انتخاب واسطه هنری توسط کودک. به این صورت که یکی از دانش آموزان در قالب نمایش نقش دختری غمگین و عصبانی را ایفا می‌کند و باین‌وجود دانش‌آموزان دیگر او را ستایش

می‌کنند و به او محبت می‌کنند و همکلاسی خود را به همین شکل که هست می‌پذیرند و ضعف‌های او را نادیده می‌گیرند. (مشارکت گروهی و با الهام از فن عشق افسانه‌ای)	
در این جلسه یکی از دانش‌آموزان جداگانه می‌نشیند و دیگر همکلاسی‌ها هرکدام در حد یک جمله او را وصف می‌کنند و با توجه به شناختی که از او دارند وی را قضاوت می‌کنند. گویی شخصیت اصلی حرف آن‌ها را نمی‌شنود. این شیوه به جهت شناخت هرچه بیشتر دانش‌آموزان از یکدیگر و تخلیه عواطف و هیجان‌اتشان نسبت به هم به‌دوراز درگیری و پرخاشگری و برای بازگو کردن حرفه‌ای ناگفته بینشان صورت می‌گیرد. (با الهام از فن اتاق تاریک)	جلسه هفتم
الهام از بازی‌های ایرانی با اندکی تغییر و تبدیل آن‌ها به نمایش. تک‌گویی دانش‌آموز وسط دایره دانش‌آموزان و صحبت درباره خودش برای گروه. به جهت رشد اعتمادبه‌نفس و ایجاد خود پنداره مثبت در کودک. (با الهام از یک دقیقه تک‌گویی)	جلسه هشتم
مواجه کودک با ترس‌ها، اضطراب‌ها، خاطرات ناخوشایند زندگی و اینکه اگر این ترس‌ها را در خود نگه دارد چه اتفاقی می‌افتد مشاور از دانش‌آموز می‌پرسد به عقیده تو ۵ سال بعد هنوز این ترس از امتحان را داری؟ این جلسه به‌منظور ایجاد حس آرامش، از طریق صحنه‌سازی یک جلسه امتحان یا صحنه‌هایی که باعث ایجاد ترس در آن‌ها شده به شیوه غیرمستقیم و در قالب سرگرمی بازی و نهایتاً ارائه پاداش به آن‌ها و کسب آرامش و آموزش شیوه تفکر و تصمیم‌گیری صحیح در دانش‌آموزان می‌باشد. (با الهام از فن ۵ سال بعد)	جلسه نهم
گفتگو با دانش‌آموزان و بررسی نظر آن‌ها در خصوص جلسات گذشته. اطلاع از احساسات، افکار و رفتار آن‌ها قبل و بعد از پایان جلسات. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از جلسات قبل و تشکر از دانش‌آموزان به خاطر حضورشان.	جلسه دهم

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی از طریق تحلیل کواریانس و آزمون‌های پیش شرط (کولموگراف-اسمرینف و لوین) و استفاده از نرم افزار SPSS به تبیین فرضیات تحقیق پرداخته شد.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا بررسی‌های حاصل با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی انجام و سپس یافته‌های حاصل از اجرای آزمون‌های آماری جهت پاسخ به سؤالات پژوهشی ارائه شده است. جدول (۲) میانگین، انحراف معیار را در مورد متغیرهای شادکامی و سلامت روانی نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	مرحله آزمون	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شادکامی	پیش آزمون	۳۹/۰۷	۵/۶۵	۳۹/۲۰	۳/۶۱
	پس آزمون	۵۳/۴۷	۴/۹۴	۳۹/۸۰	۲/۷۰
سلامت روانی	پیش آزمون	۳۶/۹۳	۵/۵۰	۳۷/۰۷	۵/۷۳
	پس آزمون	۵۴/۲۰	۸/۲۱	۳۶/۱۳	۷/۴۲

یافته های استنباطی

نتایج حاصل از بررسی پیش فرض نرمال بودن داده‌ها در مورد نمرات شادکامی و سلامت روانی در جدول (۳) آمده است. همان طور که در جدول (۳) مشاهده می‌شود، از آنجایی که مقادیر آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای متغیرهای شادکامی و سلامت روانی در هیچ یک از مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروه های آزمایش و کنترل معنادار نمی باشند ($P > 0.05$) لذا می توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیرها نرمال می باشد.

جدول ۳: نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر	مرحله آزمون	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		مقدار Z	سطح معناداری	مقدار Z	سطح معناداری
شادکامی	پیش آزمون	۰/۶۴۱	۰/۸۰۵	۰/۶۸۰	۰/۷۴۴
	پس آزمون	۰/۸۳۹	۰/۴۸۲	۰/۵۳۵	۰/۹۳۷
سلامت روانی	پیش آزمون	۳۶/۹۳	۵/۵۰	۳۷/۰۷	۵/۷۳
	پس آزمون	۵۴/۲۰	۸/۲۱	۳۶/۱۳	۷/۴۲

همان طور که در جدول (۳) مشاهده می‌شود، از آنجایی که مقادیر آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای متغیرهای شادکامی و سلامت روانی در هیچ یک از مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروه های آزمایش و کنترل معنادار نمی باشند ($P > 0.05$) لذا می توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیرها نرمال می باشد.

در آزمون لون نیز مقادیر آماره F که نشان دهنده مقدار آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس های گروه های آزمایش و کنترل می باشد، در هیچ یک از متغیرهای شادکامی و سلامت روانی معنادار نمی باشد ($P > 0/05$). با توجه به این نتیجه پیش فرض برابری واریانس ها دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش تأیید می شود.

فرضیه پژوهش: روش نمایش درمانی (سایکودرام) بر افزایش سلامت روانی و شادکامی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه اول شهر شیراز مؤثر است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری تأثیر متغیر مستقل بر نمرات سلامت روانی و شادکامی

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
سلامت روانی	۲۴۱۸/۷۳	۱	۲۴۱۸/۷۳	۵۳/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۸
شادکامی	۱۴۰۹/۹۵	۱	۱۴۰۹/۹۵	۱۹۵/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۸۸

همانگونه که در جدول (۴) مشاهده می شود مشاهده می شود نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری تفاوت معناداری را بین دو گروه آزمایش و کنترل نشان می دهد ($F=53/23$ و $P<0/01$). با توجه به مقادیر میانگین این متغیر برای پس آزمون گروه آزمایش (۵۳/۴۷) و پس آزمون گروه کنترل (۳۹/۸۰)، مشاهده می شود که اجرای رویکرد نمایش درمانی باعث افزایش میانگین نمرات آزمودنی ها در پس آزمون گروه آزمایش گردیده است. میزان تاثیر درمان نیز ۰/۷۸ بوده است.

در مورد شادکامی نیز مشاهده می شود نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری تفاوت معناداری را بین دو گروه آزمایش و کنترل نشان می دهد ($F=195/90$ و $P<0/01$). با توجه به مقادیر میانگین این متغیر برای پس آزمون گروه آزمایش (۵۳/۴۷) و پس آزمون گروه کنترل (۳۹/۸۰)، مشاهده می شود که اجرای رویکرد نمایش درمانی باعث افزایش میانگین نمرات آزمودنی ها در پس آزمون گروه آزمایش گردیده است. میزان تاثیر درمان نیز ۰/۸۸ بوده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر اثربخشی سایکودرام بر سلامت روان و شادکامی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه اول شهر شیراز بود. نتایج فرضیه پژوهش نشان داد که نمایش درمانی (سایکودرام) بر شادکامی و سلامت روانی دانش آموزان مؤثر بوده است. به عبارت دیگر بین میانگین پس آزمون گروه آزمایش و پس آزمون گروه کنترل از نظر میزان شادکامی و سلامت روانی تفاوت معنی داری وجود دارد و نمایش درمانی باعث افزایش میزان شادکامی و سلامت روانی در بین دانش آموزان شده است.

($P < 0/01$). نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش کیانی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۵)، فرامرزی و همکاران (۱۳۹۳)، (ابوالقاسمی ۱۳۹۳)، پاکپور و همکاران (۱۳۹۵) و پژوهش فونگ (۲۰۱۴) همسو است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که 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. فرا واقعیت ناشی از صحنه به شخص اول اجازه می‌دهد تا آنچه را که در زندگی واقعی اتفاق افتاده، در صحنه اجرا کند و در نتیجه، واقعیت‌های جدید 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. اعضاء ممکن است برای روبه‌رو شدن با واقعیت مقاومت کنند. لذا هم فرد و هم گروه به حمایت از فراد ممکن است به نفی یا مسخ واقعیت دست بزنند (کیانی‌نژاد، ۱۳۹۰). علاوه بر این‌ها تأصیرات 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 عصب شناختی است (فتحی، ۱۳۸۰). نتایج پژوهش دادجو (۱۳۷۶) تحت عنوان «علل مؤثر بر پیدایش اضطراب مدرسه دانش‌آموزان و اثربخشی روش نمایش‌گری 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. آلتمن (۲۰۰۳) در بررسی نشانگان مرضی پس از سوء استفاده‌گری در زنان مورد سوء استفاده قرار گرفته شده، به این نتیجه رسیدند که شرکت در گروه‌های روان‌نمایش‌گری در تسکین نشانه‌های اضطراب و افسردگی این دسته از بیماران کمک کرده، در حالی که از میان احساس گناه و بازداري عاطفی آن‌ها کاسته می‌شود توانایی ابرازگری آن‌ها در بیان عواطف و رفتارهای جسارت‌آمیز آن‌ها افزوده می‌شود. نتایج پژوهش‌های کاراتاس و همکاران^۳ (۲۰۰۸)، فونگ^۴ (۲۰۰۷) نشان می‌دهد که جایگاه هنر در پیشگیری، تشخیص و تأثیر در درمان بسیار مورد توجه قرار گرفته است. هنر در طول تاریخ، آگاهانه و ناآگاهانه مورد استفاده درمانی قرار گرفته است. امروز هنر می‌تواند شفا دهنده، آرام بخش، آموزش دهنده و هماهنگ کننده باشد.

در رابطه با شادکامی کودکان باید با دنیای کودکان خود ارتباط برقرار کنند و با تجربه رویدادهای زیبا، شاد بمانند اما متأسفانه برخی از کودکان گرایش خاصی به انزوا و غمگینی دارند. یکی از مهم‌ترین عوامل در غمگینی کودکان این است که والدین خود فرصت‌های کودکی را از فرزندان خود گرفته‌اند و گاه با سخت‌گیری‌های بیجا اجازه شادی و شاد زیستن را به آنها نمی‌دهند. کودکان باید با نظارت والدین به کسب تجربه از محیط اطراف بپردازند و طبق سن و سال خود شادی و خنده و احساس خوشبختی را تجربه کنند اما برخی از والدین با رفتارهای سخت گیرانه خود حق کودکی و شاد زیستن را از فرزندان می‌گیرند و با تهدید، تنبیه و یا تحریم اجازه شاد بودن به فرزندان خود نمی‌دهند. احساس تحقیر، سرزنش، خودکم بینی، طرد شدن،

^۳Karatas

^۴Fong

شایسته نبودن و مورد تأیید واقع نشدن و اضطراب، دنیای کوچک کودک را سرشار از غم، می کند. در این شرایط است که کودک در دنیای خود همواره احساس تنهایی و رها شدگی می کند و جهان خود را ناامن و ناشاد ارزیابی می کند. اینجاست که هنر با خاصیت شفادهندگی خود همانطور که احساس شایسته بودن، خودکفایی و مورد تأیید بودن را از لابلای رنگ ها، قصه ها و عروسک ها به کودک ارزانی می دارد آرام، آرام احساس فرح بخشی را در جان و روح کودک تزریق می کند. در واقع جدای از اینکه فعالیت های هنری خود شادی بخش، سرگرم کننده و محرک هستند، با تغییراتی که از طریق اصلاح، ترمیم، تغییر، و جایگزینی در رفتار های منفی ایجاد می کنند، احساس امید، رضایت، خشنودی و شادکامی را برای آنها به ارمغان می آورند. وقتی کودک در فضای امن هنری موفق می شود تا از دردهای غیر قابل تحمل رهایی یابد و بر موانع غلبه کند و یا تدابیر تقلیدی موفق را کسب کند ضرورتاً احساس امید و به طبع شادکامی او افزایش می یابد.

وقتی خلاقیت ضربه ای عطفی را به صورت نمادهایی نظیر نقاشی، نمایش، قصه شکل می دهد به از بین بردن درد کمک نمی کند، بلکه این ادامه فرایند هنر درمانی است که با خلق نمادهای جدید و تحول مثبتی که در نمادها ایجاد می کند شادکامی را جایگزین اندوه می کند. خلق اثری هنری و لذت بردن از آن هر دو می تواند علاوه بر رشد باعث فرح و شادی کودک شود. آزادانه بودن فضای هنری نیز به شادی و نشاط کمک می کند. وقتی کودک در فضای امن هنری موفق می شود تا از دردهای غیر قابل تحمل رهایی یابد و بر موانع غلبه کند و یا تدابیر تقلیدی موفق را کسب کند ضرورتاً احساس امید و به طبع شادی او افزایش می یابد (نادری و انصاری اصل، ۱۳۹۰).

این پژوهش همانند سایر پژوهش ها با محدودیت های مواجه بود. از جمله اینکه ممکن است متغیرهای دیگری در پاسخ آزمودنی ها دخالت داشته و نتایج را تحت تأثیر قرار داده باشد. از این رو تعمیم یافته ها به سایر موقعیت ها باید با احتیاط صورت بگیرد. براساس یافته های پژوهش، نمایش درمانی روش موثری در افزایش میزان سلامت روانی و شادکامی دانش آموزان بوده است بدین جهت پیشنهاد می شود که مسئولین محترم آموزش و پرورش برای مشاوران مدارس کلاس ها و دوره های آموزشی نمایش درمانی تدارک ببینند.

منابع

- بیاتی، حمیده؛ پورمحمدرضای تجربشی، معصومه؛ زاده محمدی، علی. (۱۳۹۰). اثربخشی نمایش درمانی بر فراخوانی توجه دانش آموزان پسر دارای ناتوانی هوشی تحولی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۴(۱): ۷۵-۸۵.
- پاکپور، رضوان؛ فرجی، حمید؛ حسینیان، سمین. (۱۳۹۵). *اثربخشی اثربخشی سایکودرام بر افسردگی و عزت نفس دختران چهارم ابتدایی منطقه سه شهر تهران*. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه الزهراء، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- توکل، محمد؛ مقصودی، سوده. (۱۳۸۹). سرمایه اجتماعی و سلامت روانی، مکانیسمها و مدل های علی و تعاملی. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۲(۳): ۱۱-۲۲.
- رضا دوست، کریم؛ نبوی؛ عبدالحسین؛ صالحی، نجمه. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر عوامل اجتماعی و روانی بر احساس نشاط (مورد مطالعه: دانش آموزان ۱۸-۱۶ ساله شهر اهواز). *جامعه شناسی کاربردی*، ۲۶(۳): ۱-۲۲.
- شریعتی، ساناز؛ فکوری، ناصر؛ مردی، نرگس. (۱۳۹۲). *رابطه شادکامی با سلامت روان دانش آموزان. کنگره سراسری روانشناسی کودک و نوجوان، دانشگاه شهید بهشتی*.
- صالحی عمران، ابراهیم؛ عابدینی، میمنت. (۱۳۹۷). بررسی رابطه بین شادکامی با موفقیت تحصیلی دانش آموزان در فضاهای آموزشی استان مازندران با تأکید بر نقش برنامه ریزی آموزشی. *مطالعات برنامه ریزی آموزشی*، ۱۳: ۱۴۵-۱۲۱.

- عبدی، سلمان؛ باباپور، جلیل؛ فتحی، حیدر. (۱۳۸۹). رابطه سبک های تنظیم هیجان شناختی و سلامت عمومی دانشجویان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی / ارتش جمهوری اسلامی*، ۸(۴): ۲۶۴-۲۵۸.
- فرامرزی، سالار؛ مرادی، محمدرضا؛ معتمدی، بهاره. (۱۳۹۳). اثربخشی روان نمایش گری به روش پانتومیم بر سازگاری اجتماعی دانش آموزان دختر ناشنوا. *شنوایی شناسی*، ۳۳(۱۲): ۸۵-۹۱.
- کیانی نژاد، عاطفه؛ زارع، مهدی؛ باقری، فریبرز. (۱۳۹۰). اثربخشی روان نمایش گری (سایکودرما) بر خودگرانی هیجانی و سلامت روان دانش آموزان دختر مدارس دوره راهنمایی ناحیه یک کرج. *خانواده پژوهی*، ۷(۱): ۲۱۱-۲۲۷.
- معینی، بابک؛ بابامیری، محمد؛ محمدی، یونس؛ براتی، مجید؛ رشیدی، سهیلا. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین شادکامی و وضعیت سلامت روان در دانش آموزان دختر دبیرستانی: یک مطالعه توصیفی- تحلیلی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۴(۱۱): ۹۴۲-۹۵۱.
- میرشاه جعفری، سیدابراهیم؛ عابدی، محمدرضا؛ دریکوندی، هدایت الله. (۱۳۸۱). شادمانی و عوامل مؤثر بر آن. *فصلنامه تازه های علوم شناختی*، ۴(۳): ۵۸-۵۰.
- نادر، فرح؛ انصاری اصل، زینب. (۱۳۹۰). تأثیر هنر درمانی بر خودپنداره تأییدجویی و شادکامی کودکان مراجعه کننده به مراکز مشاوره و درمان شهرستان اهواز، *نشریه یافته های نو در روان شناسی*، سال ششم، شماره ۱۸.
- هاشمی، سیداسماعیل؛ ماهور، حسین. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر شادکامی دانش آموزان. *پژوهش های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۶(۲): ۱۱۱-۱۲۰.
- Bum, C. H., & Jeon, I. K. (2016). Structural relationships between students' social support and self-esteem, depression, and happiness. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 44(11), 1761-1774.
- Di Giacinto, M., Ferrante, F., & Vistocco, D. (2008). Creative Consumption and Happiness. Mimeo. Siehe <http://www.unisi.it/eventi/happiness/curriculum/ferrante.pdf>, abgerufen am 17.10.
- Elicia, L., Kunst, Marion Mitchell., & Amy, N. B. (2016). Johnston. Manikin simulation in mental health nursing education: An integrative review. *Clinical Simulation in Nursing*, 11(12), 484-495.
- Enelow, S. (2015). Method acting and its discontents: on American psychodrama. Illinois: Northwestern University Press.
- Hase, C. N., Goldberg, S. B., Smith, D., Stuck, A., & Campain, J. (2015). Impacts of traditional bullying and cyberbullying on the mental health of middle school and high school students. *Psychology in the Schools*, 52(6), 607-617.
- Karatas, M. (2008). Central vertigo and dizziness: epidemiology, differential diagnosis, and common causes. *The neurologist*, 14(6), 355-364.
- Kim, J. H., & Jeon, H. O. (2016). Factors influencing subjective happiness in nursing students: Focused on psycho-social factors. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(2), 123-132.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success?. *Psychological bulletin*, 131(6), 803.
- Moreno, J. D. (2014). Moreno and the origins of psychodrama, encounter culture, and the social network. New York, Bellevue Literary Press.
- World Health Organization. (2001). The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization.
- Wyatt, T. J., Oswalt, S. B., & Ochoa, Y. (2017). Mental health and academic performance of first-year college students. *International Journal of Higher Education*, 6 (3), 178-187.
- Zhang, X., Yeung, T. S., Yang, Y., Chandra, R. M., Dana Wang, L., Sukhmani, K., Bal, S. K., & Zhu, Y. (2019). Cross-cultural approaches to mental health challenges among students. *The Massachusetts General Hospital Guide to Depression*, 10.1007/978-3-319-97241-1_6.