

October–November 2020, Volume 9, Issue 5

Comparison the Effectiveness of “Drama Therapy” and Resilience Training on Anxiety and Aggression of Children with Depression

Zahra Bakhtiari¹, Javanshir Asadi^{2*}, Ali Asghar Bayani³

1- PhD Student of General Psychology, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran
(Corresponding Author)

Email: ardeshir.asadi@yahoo.com

3- Associate Professor, Department of Psychology, Azadshahr Branch, Islamic Azad University, Azadshahr, Iran

Received: 22 June 2020

Accepted: 24 Sep 2020

Abstract

Introduction: Depressed children are in a worse health and well-being situation than non-depressed children, and there are many ways to reduce their psychological problems, including drama therapy and resilience training. The aim of this study was to compare the effectiveness of drama therapy and resilience training on anxiety and aggression in children with depression.

Methods: This was a quasi-experimental study with pre-test and post-test design with control group. The study population was male students with depression who referred to educational counseling centers in the fifth and sixth districts of Tehran in the academic year 2009-2010. The research sample was 60 people who were selected by convenience sampling method and randomly replaced in three groups (20 people in each group). The intervention groups were trained in 9 sessions of 60 minutes (two sessions per week) with drama therapy and resilience training, respectively, and the control group was placed on a waiting list for training. Research instruments included; demographic questionnaire, “Children's Depression Inventory”, “Spence Children's Anxiety Scale”, and “Aggression Questionnaire”. The collected data were analyzed in SPSS. 21.

Results: Drama therapy and resilience training methods reduced anxiety in children with depression compared to the control group ($P < 0.05$), but there was no significant difference between the two methods in reducing their anxiety ($P > 0.05$). Also, drama therapy reduced aggression in children with depression compared to resilience training and control group ($P < 0.05$), but there was no significant difference between resilience training and control group in aggression variable ($P > 0.05$).

Conclusions: Drama therapy reduced both anxiety and aggression in children with depression, but resilience training only reduced their anxiety. Therefore, planning for the use of drama therapy by child psychologists and therapists to improve the mental health of children with depression is suggested.

Keywords: Drama Therapy, Resilience, Anxiety, Aggression, Depression.

مقایسه اثربخشی نمایش درمانی و آموزش تاب‌آوری بر اضطراب و پرخاشگری کودکان مبتلا به افسردگی

زهرا بختیاری^۱، جوانشیر اسدی^{۲*}، علی اصغر بیانی^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران (نویسنده مسئول)

ایمیل: ardeshir.asadi@yahoo.com

۳- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد آزاد شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزاد شهر، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۷/۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۲

چکیده

مقدمه: کودکان افسرده در مقایسه با کودکان غیرافسرده از نظر سلامت و بهزیستی در وضعیت نامطلوب‌تری قرار دارند و روش‌های بسیاری از جمله نمایش درمانی و آموزش تاب‌آوری برای کاهش مشکلات روانشناختی آن‌ها وجود دارد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی نمایش درمانی و آموزش تاب‌آوری بر اضطراب و پرخاشگری کودکان مبتلا به افسردگی انجام شد.

روش کار: این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش دانش‌آموزان پسر مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش منطقه ۵ و ۶ شهر تهران در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بودند. نمونه پژوهش ۶۰ تن بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه (هر گروه ۲۰ تن) جایگزین شدند. گروه‌های مداخله به‌ترتیب ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) با روش‌های نمایش درمانی و آموزش تاب‌آوری آموزش دیدند و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه جمعیت‌شناختی، "سیاهه افسردگی کودکان" (Children's Depression Inventory)، "مقیاس اضطراب کودکان اسپنس" (Spence Children's Anxiety Scale) و "پرسشنامه پرخاشگری" (Aggression Questionnaire) بودند. داده‌های جمع‌آوری شده در نرم‌افزار اس‌پی‌اس اس نسخه ۲۱ تحلیل شد.

یافته‌ها: روش‌های نمایش درمانی و آموزش تاب‌آوری در مقایسه با گروه کنترل باعث کاهش اضطراب کودکان مبتلا به افسردگی شدند ($P < 0.05$)، اما میان دو روش در کاهش اضطراب آن‌ها تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0.05$). همچنین، نمایش درمانی در مقایسه با آموزش تاب‌آوری و گروه کنترل باعث کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به افسردگی شد ($P < 0.05$)، اما بین آموزش تاب‌آوری و گروه کنترل در متغیر پرخاشگری تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0.05$).

نتیجه‌گیری: نمایش درمانی باعث کاهش هر دو متغیر اضطراب و پرخاشگری در کودکان مبتلا به افسردگی شد، اما آموزش تاب‌آوری فقط باعث کاهش اضطراب آن‌ها شد. بنابراین، برنامه‌ریزی برای استفاده از روش نمایش درمانی توسط روانشناسان کودک و درمانگران برای بهبود سلامت روانشناختی کودکان مبتلا به افسردگی پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: نمایش درمانی، تاب‌آوری، اضطراب، پرخاشگری، افسردگی.

مقدمه

از حالات افسردگی را تجربه می‌کنند و افسردگی کودکان در مقایسه با افسردگی بزرگسالان طیف وسیعی از نشانه‌ها را شامل می‌شود و همبودی بیشتری با سایر اختلال‌های روانی دارد (۲). افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانشناختی با سیری مزمن است و کودکان افسرده در مقایسه با کودکان غیرافسرده از نظر سلامت و بهزیستی

دوران کودکی و بررسی ویژگی‌های روانشناختی آن‌ها به دلیل تاثیرگذاری بر بزرگسالی همواره از اهمیت زیادی برخوردار بوده است (۱). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که ۱۰ الی ۱۵ درصد از کودکان در هر زمانی برخی

در وضعیت نامطلوب‌تری قرار دارند (۳). افسردگی علائمی مانند ناراحتی، از دست دادن علاقه و لذت، احساس گناه، احساس عدم اعتماد به نفس، اختلال خواب و اشتها، خستگی و تمرکز ضعیف دارد و معمولاً افراد افسرده دیدگاه منفی و بدبینانه نسبت به خود، جامعه و آینده دارند (۴). افسردگی از یک سو به دلیل مسائل هیجانی، اجتماعی و اقتصادی برای مبتلایان، خانواده و جامعه و از سوی دیگر، با توجه به تخمین شیوع سالانه ۲/۹ تا ۱۲/۶ درصد در صدر اختلال‌های روانی است؛ به طوری که ۱۷ تا ۱۹ درصد از جمعیت عمومی به این اختلال مبتلا می‌باشند (۵).

یکی از اختلال‌هایی که معمولاً همراه و همزمان با افسردگی اتفاق می‌افتد، اختلال اضطراب است که همانند افسردگی دارای سیری مزمین می‌باشد (۶). اضطراب یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم توأم با هراس و دلواپسی و دارای منشأ ناشناخته درباره رویدادها و فعالیت‌ها است (۷). اضطراب باعث کاهش توانایی‌هایی شناختی و افت سلامت، کیفیت زندگی و حتی تغییر سبک زندگی کودکان می‌شود (۸). همچنین، یکی از عوامل افزایش‌دهنده اضطراب، پرخاشگری است که رفتاری (کلامی و غیرکلامی) عمدی با هدف آسیب‌رساندن جسمی و روانشناختی به شی یا فرد دیگر می‌باشد (۹). پرخاشگری یکی از رایج‌ترین اختلال‌های روانشناختی برای ارجاع کودکان و نوجوانان به مراکز مشاوره است (۱۰). از آنجایی که عدم کنترل پرخاشگری به خشونت منجر می‌شود و بر سایر مسائل هیجانی، اجتماعی و شناختی منفی تأثیر می‌گذارد، یکی از موضوعاتی است که در دوره کودکی زیاد مورد بررسی قرار گرفته است (۱۱).

یکی از روش‌های موثر برای کاهش مشکلات روانشناختی کودکان روش نمایش درمانی است (۱۲). نمایش درمانی در میان فنون توانبخشی، کاردرمانی و روانشناختی برای کودکان به لحاظ آموزشی و درمانی اهمیت زیادی دارد و این شیوه از فنون نمایشی (تئاتر) برای بهبود سلامت و بهزیستی کودکان استفاده می‌کند (۱۳). این روش یکی از روش‌های خلاق برگرفته از هنر درمانی است که فنون ایفای نقش، داستان، بداهه‌گویی و دیگر فنون تئاتر و نظریه‌های درمانی را با هم ترکیب می‌کند تا کودکان افکار، احساس‌ها، نیازها و خواسته‌های خود را نشان دهند (۱۲). نمایش درمانی شیوه‌ای بازی‌محور است که به کودکان این فرصت را می‌دهد تا با توجه به توانایی‌های خود در حل

چالش‌ها و مشکلات موفق عمل کنند و انگیزه، اعتماد به نفس و امیدواری خود را بهبود بخشند (۱۴).

یکی دیگر از روش‌های موثر در کاهش مشکلات روانشناختی و ارتقای سلامت روانی کودکان، روش آموزش تاب‌آوری است (۱۵). تاب‌آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی‌باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. در واقع می‌توان گفت تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی در شرایط خطرناک (تنش‌زا) است (۱۶). برنامه آموزش تاب‌آوری شامل افزایش استفاده از راهبردهای مقابله‌ای فعال و موثر، جستجوی حمایت اجتماعی، بهبود اعتماد به نفس، خوددلگرم‌سازی و افکار مثبت و کاهش استفاده از راهبردهای مقابله‌ای غیرفعال و اجتنابی و افکار و عواطف منفی است (۱۷). در واقع این شیوه باعث افزایش آگاهی افراد از موقعیت‌ها و مدیریت احساس‌ها، هیجان‌ها و شناخت‌ها می‌شود و به افراد کمک می‌کند تا ضمن قرار داشتن در موقعیت‌های تنش‌زا، توانایی خود را برای مقابله موثر با آن‌ها بالا ببرند (۱۸).

پژوهش‌های اندکی درباره اثربخشی نمایش درمانی و آموزش تاب‌آوری انجام شده و پژوهشی به مقایسه اثربخشی آن‌ها بر اضطراب و پرخاشگری نپرداخته است. برای مثال نتایج پژوهش صمدی و همکاران نشان داد که تئاتر درمانی باعث بهبود سلامت و کاهش اضطراب شد (۱۹). پوررضائیان ضمن پژوهشی به این نتیجه رسید که نمایش درمانی باعث کاهش اضطراب اجتماعی شد (۲۰). Wang و همکاران نشان داد نمایش درمانی باعث کاهش اضطراب و افسردگی شده است (۲۱). در پژوهشی دیگر Erbay و همکاران گزارش کردند که نمایش درمانی باعث کاهش تنش، اضطراب و افسردگی مبتلایان به افسردگی شد (۲۲). علاوه بر آن، راسخی‌نژاد و خدابخشی کولایی ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که نمایش درمانی باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی و کاهش پرخاشگری کودکان کار شد (۲۳). نتایج پژوهش Gezait و همکاران نشان داد که نمایش درمانی باعث کاهش خشونت در دانش‌آموزان شد (۲۴). در پژوهشی دیگر Karatas & Gokcakan گزارش کردند که گروه درمانی مبتنی بر نمایش درمانی باعث کاهش سطح پرخاشگری شد (۲۵). همچنین، نتایج پژوهش نصیرزاده و همکاران نشان

زهرا بختیاری و همکاران

پرخاشگری کودکان افسرده نپرداخته است. بنابراین، با توجه به لزوم مداخله برای کاهش مشکلات روانشناختی کودکان مبتلا به افسردگی و پیشینه پژوهشی اندک درباره اثربخشی روش‌های نمایش درمانی و آموزش تاب‌آوری بر اضطراب و پرخاشگری و عدم مقایسه دو روش در کاهش اضطراب و پرخاشگری، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی نمایش درمانی و آموزش تاب‌آوری بر اضطراب و پرخاشگری کودکان مبتلا به افسردگی انجام شد.

روش کار

این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش دانش‌آموزان پسر مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش منطقه ۵ و ۶ شهر تهران در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بودند. این مراکز وابسته به آموزش و پرورش و خارج از مدارس هستند. تعداد نمونه بر اساس پژوهش‌های پیشین (۳۲، ۳۳) و با توان ۹۰ درصد و سطح معناداری ۰/۰۵، ۱۳/۳۴۷ تن برای هر گروه برآورد که در این پژوهش با توجه به میزان بالای مبتلابان به افسردگی و برای اطمینان از تعداد نمونه، تعداد نمونه در هر گروه ۲۰ تن لحاظ شد که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در این روش نمونه‌گیری، پژوهشگر پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه تعداد ۶۰ تن را که به آن‌ها دسترسی داشت به عنوان نمونه انتخاب کرد.

داد که آموزش تاب‌آوری باعث کاهش احساس تنهایی و اضطراب دانش‌آموزان شد (۲۶). قاجاریه و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش تاب‌آوری باعث کاهش اضطراب دانش‌آموزان پایه هفتم شد (۲۷). نتایج پژوهش حقی و پارسا یکتا حاکی از اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش علائم اضطراب بود (۲۸). علاوه بر آن، زرین‌فر و بلوطی ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که مشاوره گروهی مبتنی بر تاب‌آوری باعث کاهش تنش و پرخاشگری شد (۲۹). نتایج پژوهش اشکان و همکاران حاکی از اثربخشی برنامه آموزش تاب‌آوری بر کاهش مشکلات رفتاری نوجوانان از جمله کاهش پرخاشگری آن‌ها بود (۳۰). در پژوهشی دیگر Christopher و همکاران گزارش کردند که آموزش تاب‌آوری مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش تنش و پرخاشگری شد (۳۱).

افسردگی یکی از اختلال‌های شایع است که ۱۰ الی ۱۵ درصد از کودکان، افسردگی را تجربه می‌کنند (۲). به دلیل شیوع بالای افسردگی و مشکلات بسیاری که کودکان مبتلا به افسردگی با آن مواجه هستند، لزوم مداخله با هدف کاهش مشکلات آن‌ها مشخص می‌شود و یکی از روش‌های مداخله موثر برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی کودکان، نمایش درمانی است. یکی دیگر از روش‌هایی که می‌تواند باعث کاهش مشکلات کودکان مبتلا به افسردگی شود، آموزش تاب‌آوری است. تاکنون پژوهشی به مقایسه روش‌های نمایش درمانی و آموزش تاب‌آوری بر اضطراب و

$$n_1 = n_2 = n_3 = \frac{(s_1^2 + s_2^2)(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{(x_1 - x_2)^2} = \frac{(12.19^2 + 3.302^2)(1.96 + 1.28)^2}{(47.00 - 35.80)^2} \\ = \frac{(159.499304)(10.4976)}{125.44} = 13.347$$

معیارهای خروج از مطالعه شامل انصراف از ادامه همکاری و غیبت دو جلسه و بیشتر از آن بود. در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه جمعیت‌شناختی شامل پایه تحصیلی و سن دانش‌آموزان و تحصیلات والدین و ابزارهای زیر استفاده شد. «سیاهه افسردگی کودکان» در سال ۱۹۸۵ توسط Kovacs (۳۴) برای کودکان ۷-۱۷ با ۲۷ عبارت ساخته شد. عبارت‌ها

معیارهای ورود به مطالعه شامل کسب نمره ۲۰-۳۶ طبق اندازه‌گیری پژوهشگر بر اساس «سیاهه افسردگی کودکان» (Children's Depression Inventory)، تحصیل در پایه پنجم و ششم، سن ۱۱-۱۲ سال، عدم مردودی در پایه‌های گذشته، زندگی با پدر و مادر، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی مثل داروهای ضد اضطراب و ضدافسردگی و عدم استفاده از سایر روش‌های درمانی به طور همزمان و

«مقیاس اضطراب کودکان اسپنس» (Spence Children's Anxiety Scale) در سال ۱۹۹۷ توسط Spence (۳۸) با ۳۸ عبارت طراحی شد. عبارت‌ها با استفاده از طیف ۴ درجه‌ای لیکرت از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند، لذا حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۱۱۴ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده اضطراب بیشتر می‌باشد. نقطه برش مقیاس برای تشخیص اضطراب نمره ۳۵ و بالاتر از آن است. روایی سازه به روش تحلیل عاملی ابزار بر روی ۶۹۸ کودک ۱۲-۸ ساله شهر Brisbane استرالیا بررسی و تایید و بر اساس آن ابزار دارای ۶ عامل حمله وحشت و ازدحام هراسی (panic attack and agoraphobia separation) (عبارت‌های ۱۳، ۲۱، ۲۸، ۳۰، ۳۲، ۳۴، ۳۶، ۳۷ و ۳۹)، اختلال اضطراب جدایی (anxiety disorder) (عبارت‌های ۵، ۸، ۱۲، ۱۵، ۱۶ و ۴۴)، هراس اجتماعی (social phobia) (عبارت‌های ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۲۹ و ۳۵)، ترس از صدمه جسمی (physical injury fears) (۲، ۱۸، ۲۳، ۲۵ و ۳۳)، اختلال وسواس فکری-عملی (obsessive-compulsive disorder) (۱۴، ۱۹، ۲۷، ۴۰، ۴۱ و ۴۲)، و اختلال اضطراب تعمیم‌یافته-اختلال اضطراب بیش‌ازحد (generalized anxiety disorder) (عبارت‌های ۱، ۳، ۴، ۲۰، ۲۲ و ۲۴) بود، روایی همگرایی «مقیاس اضطراب کودکان اسپنس» با «سیاهه افسردگی بک» ۰/۴۸ گزارش شد و مقدار پایایی را بر روی نمونه فوق با روش همبستگی درونی از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش کردند (۳۸).

در مطالعه‌ای دیگر Nauta و همکاران، روایی سازه «مقیاس اضطراب کودکان اسپنس» را بر روی ۴۸۴ والدین دارای کودک مبتلا به اختلال اضطراب و ۲۶۱ والدین دارای کودک نرمال ژاپنی تایید و بیان کردند که ابزار دارای ۶ عامل حمله وحشت و ازدحام هراسی، اختلال اضطراب جدایی، هراس اجتماعی، ترس از صدمه جسمی، اختلال وسواس فکری-عملی و اختلال اضطراب تعمیم‌یافته-اختلال اضطراب بیش‌ازحد بود که در سطح کوچک‌تر از ۰/۰۱ معنادار بودند و پایایی آن را بر روی ۷۴۵ تن از والدین ژاپنی با روش همبستگی درونی از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل آن‌ها ۰/۸۹ گزارش کردند (۳۹).

در ایران موسوی و همکاران روایی سازه ابزار را بر روی ۴۱۷ دانش‌آموز ۱۲-۶ ساله (۲۰۸ پسر و ۲۰۹ دختر) از پایه‌های اول تا پنجم ابتدایی منطقه سه شهر تهران تایید و ابزار دارای ۶ عامل فوق بود. پایایی آن را روی نمونه فوق با

با استفاده از طیف سه درجه‌ای لیکرت از صفر تا ۲ برخی عبارت‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند، لذا حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۵۴ است. نمره ۱۹- صفر فقدان افسردگی، ۳۶-۲۰ افسردگی متوسط و بالاتر از ۳۶ افسردگی شدید را نشان می‌دهد. روایی سازه ابزار را با روش تحلیل عاملی بر روی ۱۲۶۶ دانش‌آموز پایه‌های دوم تا هشتم (۶۷۴ دختر ۷-۱۶ سال و ۵۹۲ پسر ۱۵-۷) آمریکایی انگلیسی زبان Florida آمریکا تایید و برای ابزار ۵ عامل خلق منفی (negative mood) (عبارت‌های ۱، ۶، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۳)، مشکلات بین‌فردی (interpersonal problems) (عبارت‌های ۵، ۱۲، ۲۶ و ۲۷)، ناموثری یا ناکارآمدی (ineffectiveness) (عبارت‌های ۳، ۱۵، ۲۳ و ۲۴)، فقدان لذت‌جویی (anhedonia) (عبارت‌های ۴، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱ و ۲۲) و عزت‌نفس منفی (negative self-esteem) (عبارت‌های ۲، ۷، ۹، ۱۴ و ۲۵) شناسایی و پایایی آن را بر روی آن‌ها با روش همبستگی درونی از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ گزارش شد (۳۴).

Saoji و همکاران روایی همگرایی ابزار را بر روی ۳۵۰ کودک قفقازی و آفریقایی آمریکایی ۱۶-۷ ساله مبتلا به بیماری مزمن و ۳۵۷ کودک سالم هم‌تا با آن‌ها با «مقیاس تنهایی کودکان» (Children's Loneliness Scale) برای هر دو گروه ۰/۴۷۴ و مقدار پایایی را بر روی آن‌ها با روش همبستگی درونی از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کودکان مبتلا به بیماری مزمن ۰/۸۵ و برای کودکان هم‌تا ۰/۸۴ گزارش کردند (۳۵).

در ایران دهشیری و همکاران روایی همگرایی «سیاهه افسردگی کودکان» را بر روی ۴۰۷ دانش‌آموز ۱۴-۱۲ ساله (۲۳۴ پسر و ۱۷۳ دختر) مقطع راهنمایی شهر تهران با «سیاهه افسردگی بک» (Beck Depression Inventory) ۰/۸۷ و پایایی آن را بر روی آن‌ها با روش همبستگی درونی از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کردند (۳۶). رجیبی و عطاری روایی سازه ابزار را بر روی ۴۰۰ دانش‌آموز دختر و پسر سال سوم راهنمایی و اول دبیرستان شهر اهواز با میانگین سنی ۱۴/۸۱ سال از طریق همبستگی هر عبارت با کل آزمودن در دامنه ۰/۳۵ تا ۰/۶۲ گزارش کرد و پایایی آن را بر روی نمونه فوق با روش‌های محاسبه ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۸، بازآزمایی یک هفته‌ای ۰/۸۱، و دونیمه‌کردن ۰/۸۳ گزارش کردند (۳۷).

زهرا بختیاری و همکاران

آن با روش بازآزمایی ۰/۷۸ محاسبه شد (۴۴). محمدی در مطالعه خود روایی همگرایی ابزار را بر روی ۲۰۹ دانشجوی دانشگاه شیراز با مقیاس آسیب روانی عمومی (General Psychopathology Scale) ۰/۳۴ بدست آمد که معنادار بود و پایایی آن را بر روی نمونه های فوق با روش های محاسبه ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۹، بازآزمایی ۰/۷۸، و دونیمه کردن ۰/۷۳ گزارش کرد (۴۵).

در پژوهش حاضر، روایی محتوایی «سیاهه افسردگی کودکان»، «مقیاس اضطراب کودکان اسپنس» و «پرسشنامه پرخاشگری» از طریق هماهنگی نظرات ۱۵ تن از متخصصان گروه علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان تایید و پایایی با روش همبستگی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بر روی نمونه های پژوهش حاضر یعنی ۶۰ تن از کودکان مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش منطقه ۵ و ۶ شهر تهران برای «سیاهه افسردگی کودکان» ۰/۹۵، «مقیاس اضطراب کودکان اسپنس» ۰/۹۱ و «پرسشنامه پرخاشگری» ۰/۸۴ بدست آمد.

برای انجام این پژوهش پس از هماهنگی با مراکز مشاوره آموزش و پرورش منطقه ۵ و ۶ شهر تهران و درخواست معرفی کودکان ۱۱ و ۱۲ ساله مبتلا به افسردگی به پژوهشگر، تعداد ۶۰ تن پس از ارزیابی با «سیاهه افسردگی کودکان» و ابتلاء به افسردگی متوسط به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس نمونه ها به روش تصادفی ساده با کمک قرعه کشی به سه گروه مساوی ۲۰ نمونه تقسیم و به صورت تصادفی به عنوان گروه های مداخله نمایش درمانی و آموزش تاب آوری و گروه کنترل انتخاب شدند.

روش کار بدین صورت بود که گروه های مداخله به ترتیب ۹ جلسه ۶۰ دقیقه ای (هفته ای دو جلسه) با روش های نمایش درمانی و آموزش تاب آوری آموزش دیدند و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. مداخله به صورت گروهی توسط یک متخصص روانشناسی کودک دارای مدرک دوره نمایش درمانی و آموزش تاب آوری در یکی از کلینیک های خدمات روانشناختی منطقه ۵ شهر تهران در ماه آبان و هفته اول دی سال ۱۳۹۸ انجام شد و برای اینکه گروه ها با هم تعاملی نداشته باشند، هر یک از گروه ها در ساعت های متفاوتی در کلینیک حاضر شدند. لازم به ذکر است که خانواده ها با برگزاری مدت کلاس

روش همبستگی درونی از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۷۵ و برای کل ابزار ۰/۸۹ گزارش شد (۴۰). سلیمانی روایی سازه ابزار را با روش تحلیل عاملی بر روی ۵۰۲ کودک ۷-۱۱ ساله شهر تهران تایید و ابزار را دارای ۶ معرفی کرد و پایایی را بر روی نمونه فوق از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷۴ گزارش کرد (۴۱).

«پرسشنامه پرخاشگری» (Aggression Questionnaire) در سال ۱۹۹۲ توسط Buss & Perry با ۲۹ عبارت ساخته شد. عبارت ها با استفاده از طیف ۵ درجه ای لیکرت از ۱ تا ۵ نمره گذاری می شوند، لذا حداقل نمره ۲۹ و حداکثر نمره ۱۴۵ است و نمره بالاتر نشان دهنده پرخاشگری بیشتر می باشد. ابزار ذکر شده طبقه بندی ندارد. روایی سازه ابزار را با روش تحلیل عاملی بر روی ۱۲۵۳ دانشجوی روانشناسی ۲۰-۱۸ سال (۶۱۲ مرد و ۶۴۱ زن) دانشگاه Texas آمریکا تایید و نتایج نشان داد که ابزار دارای ۴ عامل پرخاشگری بدنی (physical aggression) (از عبارت ۱ تا ۹)، پرخاشگری کلامی (verbal aggression) (از عبارت ۱۰ تا ۱۴)، خشم (anger) (از عبارت ۱۵ تا ۲۱)، و خصومت (hostility) (از عبارت ۲۲ تا ۲۹)، است، روایی سازه ابزار از طریق همبستگی عامل ها با نمره کل ابزار برای پرخاشگری بدنی ۰/۸۵، پرخاشگری کلامی ۰/۷۲، خشم ۰/۸۳ و خصومت ۰/۷۷ محاسبه و مقدار پایایی را بر روی تعداد نمونه فوق با روش همبستگی درونی از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد ۰/۷۲ تا ۰/۸۰ و برای کل ۰/۸۹ محاسبه شد (۴۲).

در مطالعه ای دیگر Reyna و همکاران روایی سازه ابزار را بر روی ۳۷۱ نوجوان ۱۹-۱۲ ساله با میانگین سنی ۱۴/۸۹ منطقه Cordoba آرژانتین تایید و گزارش کردند که ابزار دارای ۴ عامل پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت بود و پایایی آن را بر روی نمونه فوق با روش همبستگی درونی از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد در دامنه ۰/۶۷۱ تا ۰/۷۷۹ و برای کل ۰/۸۷۵ گزارش کردند (۴۳).

در ایران، سامانی روایی سازه ابزار را بر روی ۴۹۲ دانشجو ۲۲-۱۸ ساله (۲۴۸ پسر و ۲۴۴ دختر) از دانشگاه شیراز تایید و ابزار دارای ۴ عامل خشم، پرخاشگری بدنی و کلامی، رنجیدگی و بدگمانی بود و پایایی آن را بر روی نمونه فوق به روش همبستگی درونی از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۸۳ و پایایی کل

و زمان آن موافقت کردند.

محتوی جلسات نمایش درمانی بر اساس بسته نمایش درمانی رستم‌پور و حسین‌ثابت (۴۶)، توسط پژوهشگران مقاله حاضر طراحی و توسط ۱۵ تن از متخصصان گروه علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان مورد تایید قرار گرفته که به شرح زیر می‌باشد.

جلسه اول چهره‌پردازی و ایجاد چسبندگی گروهی: این جلسه شامل آشنایی اعضا با یکدیگر، بیان قوانین و روند جلسات، آشنایی با شیوه‌های مناسب ارتباط با دیگران و آگاهی از اعضای بدن در تعامل با دیگران و شیوه‌های استفاده از آن‌ها در تعامل‌های اجتماعی بود.

جلسه دوم گرفتن هدایت ارادی احساس‌ها و هیجان‌های خود: این جلسه به آگاهی از احساس‌های خود، شناخت مشکلات اضطرابی و پرخاشگری، درک تاثیر مشکلات اضطرابی و پرخاشگری بر بدن، تحلیل رفتار و توجه آگاهانه نسبت به افکار هنگام اضطراب و پرخاشگری اختصاص یافت.

جلسه سوم کنترل مشکلات اضطرابی و پرخاشگری: در این جلسه شناخت مشکلات اضطرابی و پرخاشگری با تمرکز بر افکار و احساس‌ها، تمرکز بر حال و توجه آگاهانه، ارزیابی مجدد مشکلات و پذیرش آن‌ها و انواع پاسخ‌های مقابله‌ای آموزش داده شد.

جلسه چهارم تمرکز بر اینجا و اکنون: این جلسه شامل آگاهی از تاثیر افکار بر مشکلات اضطرابی و پرخاشگری، کاهش مشکلات از طریق تاکید بر اینجا و اکنون و تمرکز بر تنفس، تنش‌زدایی و ابراز مناسب هیجان بود.

جلسه پنجم و ششم استفاده از زبان کلامی و زبان بدن در مشکلات: این جلسه به آگاهی از تاثیر خودگویی‌ها و زبان غیرکلامی بر افزایش یا کاهش مشکلات اضطرابی و پرخاشگری، تاثیر اضطراب و پرخاشگری بر زبان کلامی و زبان بدن، ارزیابی مجدد، تنش‌زدایی همراه با تنفس آگاهانه و ابراز مناسب هیجان اختصاص یافت.

جلسه هفتم تسلط بر افکار اضطرابی و پرخاشگرانه: در این جلسه نقش ذهن و شناخت در مشکلات اضطرابی و پرخاشگرانه، شناخت پیامدهای احساسی و هیجانی رفتارهای اضطرابی و پرخاشگرانه، آگاهی از پیامدهای رفتاری رفتارهای اضطرابی و پرخاشگرانه و ابراز مناسب هیجان آموزش داده شد.

جلسه هشتم تغییر نگاه به اضطراب و پرخاشگری: این

جلسه شامل آگاهی از تاثیر عواطف و هیجان‌های مثبت بر اضطراب و پرخاشگری، کاهش اضطراب و پرخاشگری از طریق هیجان‌ها و رفتارهای مثبت و لذت‌بخش، ارزیابی مجدد، پذیرش و ابراز مناسب هیجان بود.

جلسه نهم خلاصه و جمع‌بندی: این جلسه به مرور مطالب جلسات قبل، بررسی روند آموزش‌ها، جمع‌بندی مشارکتی مطالب جلسات قبل و تشکر از آزمودنی‌ها اختصاص یافت.

محتوی جلسات آموزش تاب‌آوری توسط Henderson & Milstein (۴۷) طراحی و توسط رضانی و همکاران (۱۵) مورد استفاده و تایید قرار گرفت. به دلیل تفاوت در جامعه با جامعه پژوهش حاضر، رضانی و همکاران (۱۵)، محتوی جلسات توسط ۱۵ تن از متخصصان گروه علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان مورد تایید قرار گرفت که به شرح زیر می‌باشد.

جلسه اول برقراری ارتباط با مخاطبین و آشنایی با تاب‌آوری: این جلسه شامل معرفی آزمودنی‌ها و مداخله‌کننده، برقراری ارتباط صمیمانه بین افراد، آشنایی با اهداف برنامه آموزش تاب‌آوری و تعریف آن بود.

جلسه دوم تقویت حرمت خود: این جلسه به آگاهی از حرمت خود، علل و عوامل موثر بر تقویت آن، اهمیت و تاثیر حرمت خود در زندگی، شناسایی ضعف‌های خود و راهکارهای مقابله با آن‌ها و تقویت حرمت خود از طریق کمک به دیگران اختصاص یافت.

جلسه سوم برقراری روابط اجتماعی و دوست‌یابی: در این جلسه مفهوم دوستی، ویژگی‌های دوست خوب، نحوه انتخاب دوست، تمیز دوستان خوب از دوستان بد و پیامدهای همنشینی با دوستان خوب و بد شرح داده شد.

جلسه چهارم تعیین هدف و دستیابی به آن: این جلسه شامل درک مفهوم هدف، تفکیک بین اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت، تقویت اعتمادبه‌نفس از طریق توانایی‌هایی خود و برنامه‌ریزی جهت تحقق اهداف بود.

جلسه پنجم تصمیم‌گیری: این جلسه به شناخت معیارهای صحیح تصمیم مناسب، اهمیت و ارزش تصمیم درست در زندگی، پیش‌بینی پیامدهای تصمیم‌ها و نحوه گرفتن تصمیم مناسب اختصاص یافت.

جلسه ششم مدیریت خشم، اضطراب، تنیدگی و پرخاشگری: در این جلسه مفهوم خشم، اضطراب، تنیدگی و پرخاشگری، شناخت و آگاهی از نشانه‌ها، علل و پیامدهای آن‌ها و مدیریت اضطراب و پرخاشگری آموزش داده شد.

زهرا بختیاری و همکاران

در این مطالعه نکات اخلاقی از جمله رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات و غیره انجام و رضایت نامه شرکت آگاهانه در پژوهش به امضای کودکان و یکی از والدین آن ها رسید. همچنین، داده ها پس از جمع آوری با ابزارهای فوق در مراحل پیش آزمون و پس آزمون با روش های خی دو، تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بنفرونی در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۱ تحلیل شدند.

یافته ها

در (جدول ۱) مقایسه اطلاعات جمعیت شناختی پایه تحصیلی و سن دانش آموزان و تحصیلات والدین در کودکان مبتلا به افسردگی بر اساس آزمون خی دو ارائه شد.

جلسه هفتم پرورش حس معنویت و ایمان: این جلسه شامل تمایز بین معنویت و مذهب، استفاده از معنویت به عنوان یک عامل انگیزشی برای رفتارهای مناسب، امیدواری و خوش بین بودن و باور به بی همتایی خود بود.

جلسه هشتم مسئولیت پذیری: این جلسه به تعریف و شناخت مسئولیت پذیری، برعهده گرفتن یک مسئولیت و شناسایی ویژگی های افراد مسئولیت پذیر اختصاص یافت. جلسه نهم آگاهی از دوران کودکی: در این جلسه شناخت ویژگی های کودکان و خطرات و بیماری های این دوره، آگاهی از عوامل ایجاد کننده مشکلات و بیماری ها و عوامل خطر ساز و محافظت کننده آن ها آموزش داده شد و در پایان مطالب جلسات قبل با کمک آزمودنی ها خلاصه و جمع بندی شد.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی پایه تحصیلی و سن دانش آموزان و تحصیلات والدین در کودکان مبتلا به افسردگی

P-value	کنترل		آموزش تاب آوری		نمایش درمانی		سطوح	متغیرها
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۰/۸۰۳	۶۰	۱۲	۷۰	۱۴	۶۵	۱۳	۱۱ سال	سن
	۴۰	۸	۳۰	۶	۳۵	۷	۱۲ سال	
۰/۹۳۰	۳۰	۶	۲۰	۴	۳۰	۶	دیپلم و پایین تر	تحصیلات پدر
	۲۰	۴	۲۰	۴	۱۵	۳	کاردانی	
۰/۸۴۸	۵۰	۱۰	۶۰	۱۲	۵۵	۱۱	کارشناسی و بالاتر	کارشناسی و بالاتر
	۵۰	۱۰	۴۵	۹	۴۵	۹	دیپلم	تحصیلات مادر
	۱۰	۲	۱۵	۳	۵	۱	کاردانی	
	۴۰	۸	۴۰	۸	۵۰	۱۰	کارشناسی و بالاتر	

در (جدول ۲) میانگین و انحراف معیار اضطراب و پرخاشگری کودکان مبتلا به افسردگی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه ها ارائه شد.

طبق نتایج (جدول ۱) و بر اساس آزمون خی دو کودکان مبتلا به افسردگی گروه های نمایش درمانی، آموزش تاب آوری و کنترل از نظر پایه تحصیلی و سن دانش آموزان و تحصیلات والدین تفاوت معناداری ندارند ($P > 0.05$).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار اضطراب و پرخاشگری کودکان مبتلا به افسردگی

کنترل	آموزش تاب آوری		نمایش درمانی		متغیرها/ گروه ها	
	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون		
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD		
۸۳/۰۷±۱۵/۵۴	۸۲/۱۱±۱۵/۶۲	۶۵/۸۸±۹/۷۲	۸۱/۹۷±۱۵/۴۰	۶۶/۷۲±۹/۷۳	۸۳/۸۵±۱۵/۲۲	اضطراب
۵۱/۹۰±۹/۱۴	۵۲/۳۵±۸/۹۶	۴۶/۹۱±۸/۷۶	۵۰/۳۶±۸/۸۲	۳۸/۲۱±۴/۱۵	۴۹/۴۳±۶/۷۹	پرخاشگری

مراحل ارزیابی در گروه ها بر اساس آزمون کولموگروف-اسمیرنوف تایید شد ($P > 0.05$). فرض برابری ماتریس های واریانس- کوواریانس بر اساس آزمون M باکس تایید شد

پیش از تحلیل داده ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، ابتدا پیش فرض های آن بررسی شد. نتایج نشان داد که فرض نرمال بودن متغیرهای اضطراب و پرخاشگری در

چندمتغیری مشخص کرد که بین گروه‌ها حداقل از نظر یکی از متغیرهای اضطراب و پرخاشگری تفاوت معناداری وجود دارد ($F=8/36, P<0/001$).

در (جدول ۳) نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثربخشی نمایش درمانی و آموزش تاب‌آوری بر اضطراب و پرخاشگری کودکان مبتلا به افسردگی ارائه شد.

($P>0/05$)، همچنین، فرض برابری واریانس‌های متغیرها اضطراب و پرخاشگری بر اساس آزمون لوین تایید شد ($P>0/05$)، علاوه بر آن، فرض همگنی شیب‌های رگرسیون از طریق بررسی تعامل متغیر کنترل و مستقل برای اضطراب و پرخاشگری تایید شد ($P>0/05$)، در نتیجه، برای تحلیل استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری مجاز است. نتایج آزمون لامبدای ویلکز از مجموعه آزمون‌های

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر اضطراب و پرخاشگری کودکان مبتلا به افسردگی

متغیرها	منبع اثر	SS	df	MS	F آماره	P-Value	اندازه اثر	توان آماری
اضطراب	پیش‌آزمون	۸۶۳۳/۲۵	۱	۸۶۳۳/۲۵	۴۸/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱/۰۰
	گروه	۴۲۶۷/۰۳	۲	۲۱۳۳/۵۱	۱۱/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۹۹
	خطا	۹۸۲۲/۵۶	۵۵	۱۷۸/۵۹				
پرخاشگری	پیش‌آزمون	۳۲۵۹/۶۱	۱	۳۲۵۹/۶۱	۲۳/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱/۰۰
	گروه	۱۸۹۴/۰۸	۲	۹۴۷/۰۴	۶/۷۴	۰/۰۰۲	۰/۱۹	۰/۹۰
	خطا	۷۷۲۹/۹۲	۵۵	۱۴۰/۵۴				

در (جدول ۴) نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه اثربخشی نمایش درمانی و آموزش تاب‌آوری بر اضطراب و پرخاشگری در کودکان مبتلا به افسردگی ارائه شد.

طبق نتایج (جدول ۳) بین گروه‌ها در هر دو متغیر اضطراب و پرخاشگری تفاوت معناداری وجود دارد و با توجه به مقادیر اندازه اثر ۳۰ درصد تغییرات اضطراب و ۱۹ درصد تغییرات پرخاشگری ناشی از روش‌های مداخله است ($P<0/001$).

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه روش‌های مداخله بر اضطراب و پرخاشگری در کودکان مبتلا به افسردگی

متغیرها	گروه (۱)	گروه (۲)	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	P-value
اضطراب	نمایش درمانی	کنترل	-۱۷/۷۵	۴/۳۵	۰/۰۰۱
	آموزش تاب‌آوری	کنترل	-۱۴/۲۹	۴/۴۶	۰/۰۰۱
پرخاشگری	نمایش درمانی	آموزش تاب‌آوری	۲/۷۲	۱/۳۴	۰/۴۱۵
	نمایش درمانی	کنترل	-۱۴/۰۶	۳/۸۵	۰/۰۰۲
	آموزش تاب‌آوری	کنترل	-۲/۸۳	۱/۲۲	۰/۵۱۷
	نمایش درمانی	آموزش تاب‌آوری	-۸/۸۷	۴/۰۵	۰/۰۳۶

بحث

یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانشناختی افسردگی است و کودکان مبتلا به افسردگی مشکلات روانشناختی زیادی دارند، لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی نمایش درمانی و آموزش تاب‌آوری بر اضطراب و پرخاشگری کودکان مبتلا به افسردگی انجام شد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که نمایش درمانی باعث کاهش اضطراب کودکان مبتلا به افسردگی شد که این نتیجه با نتایج پژوهش‌های صمدی و همکاران (۱۹)، پوررضائیان (۲۰)، Wang و همکاران (۲۱) و Erbay

طبق نتایج (جدول ۴) روش‌های نمایش درمانی و آموزش تاب‌آوری در مقایسه با گروه کنترل باعث کاهش اضطراب کودکان مبتلا به افسردگی شد ($P<0/05$)، اما میان دو روش در کاهش اضطراب آن‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/05$)، همچنین، نمایش درمانی در مقایسه با آموزش تاب‌آوری و گروه کنترل باعث کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به افسردگی شد ($P<0/05$)، اما بین آموزش تاب‌آوری و گروه کنترل در پرخاشگری آن‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/05$).

همکاران (۲۶)، قاچاریه و همکاران (۲۷) و حقی و پارسا یکتا (۲۸) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها بر مبنای پژوهش نصیرزاده و همکاران (۲۶) می‌توان گفت که اضطراب نتیجه ارزیابی‌های از دست دادن، تهدید تجاوز است و اگر تفکر فرد تغییر کند، اضطراب او نیز تغییر می‌کند. در برنامه آموزش تاب‌آوری مفاهیمی مانند مسئولیت‌پذیری، مدیریت اضطراب، کنترل هیجان‌ها، خودکارآمدی و اعتمادبه‌نفس مفاهیمی هستند که نقش اساسی در خنثی کردن اضطراب دارند. مفاهیم ذکرشده به افراد کمک می‌کنند تا به خودباوری مثبتی برسند و تفکر و تصور مثبتی نسبت به خود پیدا کنند و خود را در زمینه کنترل و مدیریت هیجان‌ها توانمند ببینند. به عبارت دیگر، رفتار فرد بیش از آنکه به شرایط عینی وابسته باشد به روش‌های تعبیر و تفسیر او از موقعیت وابسته است. در واقع مفاهیمی که در آموزش تاب‌آوری مورد استفاده قرار می‌گیرد سعی در تعبیر و تفسیر مناسب افکار افراد مضطرب نسبت به خودشان و موقعیت دارد، لذا این شیوه آموزشی از طریق مفاهیم آموزشی کارآمد و کاربردی باعث تغییر افکار، شناخت‌ها و باورهای افراد درباره اضطراب می‌شود و به این شیوه اضطراب کودکان مبتلا به افسردگی را کاهش می‌دهد.

دیگر یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش تاب‌آوری تاثیر معناداری بر پرخاشگری کودکان مبتلا به افسردگی نداشت که این نتیجه با نتایج پژوهش‌های زرین‌فر و بلوطی (۲۹)، اشکان و همکاران (۳۰) و Christopher و همکاران (۳۱) ناهمسو بود. در تبیین ناهمسوئی نتیجه پژوهش حاضر با پژوهش‌های قبلی می‌توان گفت به تفاوت در جامعه و نمونه پژوهش اشاره کرد. پژوهش حاضر بر روی کودکان، اما پژوهش زرین‌فر و بلوطی (۲۹) بر روی پرستاران، اشکان و همکاران (۳۰) بر روی نوجوانان و Christopher و همکاران (۳۱) بر روی افسران اجرای قوانین انجام شد. احتمالاً کودکان در مقایسه با نوجوانان و بزرگسالان در یادگیری و استفاده از مفاهیم آموزش تاب‌آوری به دلیل رشد شناختی کمتر و دانش و تجربه پایین‌تر نیاز به آموزش‌های بیشتری دارند. از آنجایی که مفاهیم اصلی آموزش تاب‌آوری شامل حرمت خود، برقراری روابط اجتماعی و دوست‌یابی، تعیین و تنظیم هدف، تصمیم‌گیری، مدیریت هیجان‌ها و پرورش حس معنویت هستند و دانش و شناخت بیشتر نقش موثری در یادگیری سریع‌تر و استفاده مناسب‌تر از آن‌ها در موقعیت‌های مختلف دارد، لذا کودکان

همکاران (۲۲) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها بر مبنای پژوهش Erbay و همکاران (۲۲) می‌توان گفت که نمایش درمانی به فرد کمک می‌کند تا با تجسم و نقش بازی کردن یک مساله به جای فقط صحبت کردن در مورد آن، مساله را بازنگری کند. این شیوه، تحلیل شناختی را با ابعاد تجربی و کنشی پیوند می‌دهد و از طریق تعامل بین فردی در یک مساله و درگیر کردن جسم و ذهن در لحظه اینجا و اکنون باعث آگاهی فرد از نظرات و احساسات می‌شود که فقط گفتگو درباره آن کافی نیست. همچنین به رفتار درآوردن یک احساس، تفکر یا نگرش ویژه با استفاده از حرکات و حالات بدنی باعث درک و شناخت کامل‌تری از دنیای درونی و بیرونی و تنظیم رفتارهای خود با توجه به موقعیت‌ها و شرایط می‌شود که این عوامل می‌توانند نقش موثری در تعدیل هیجان‌ها از جمله کاهش اضطراب در کودکان مبتلا به افسردگی داشته باشند.

دیگر یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که نمایش درمانی باعث کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به افسردگی شد که این نتیجه با نتایج پژوهش‌های راسخی‌نژاد و خدابخشی کولایی (۲۴) و همکاران (۲۴) و Karatas & Gokcakan (۲۵) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها بر مبنای پژوهش راسخی‌نژاد و خدابخشی کولایی (۲۳) می‌توان گفت که در روش نمایش درمانی گروهی در مقایسه با سایر روش‌های درمانی بیشتر همانندسازی با رهبر گروه و یا سایرین، تخلیه عاطفی، احساس همدردی و سبک شدن دیده می‌شود. در این شیوه فرد با رشد استعدادهای سرکوب شده و یادگیری نحوه مقابله با مشکلات از طریق توانمندی‌های موجود در فرد می‌توان تغییرات چشمگیری در روابط خود با اعضای خانواده و دیگران ایجاد کرد. نمایش درمانی نقش مهمی در کاهش پرخاشگری دارد. چون زمانی که فرد خشم خود را در فضایی آزاد، بدون نقد شدن در صحنه اجرا می‌کند، نسبت به رفتار خود و دیگران بینش پیدا می‌کند و درک عمیقی از افکار، هیجان‌ها و رفتارهای خود بدست می‌آورد. بنابراین، روش نمایش درمانی با توجه به فرایندهای فوق و به‌ویژه از طریق ابراز هیجان‌ها و آموزش مهارت‌های ارتباطی باعث کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به افسردگی می‌شود.

همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش تاب‌آوری باعث کاهش اضطراب کودکان مبتلا به افسردگی شد که این نتیجه با نتایج پژوهش‌های نصیرزاده و

به دلیل رشد شناختی کمتر و دانش و تجربه پایین تر نیاز به آموزش‌های بیشتری دارند و به همین خاطر نتایج پژوهش حاضر برخلاف پژوهش‌های گذشته حاکی از عدم اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش پرخاشگری است.

علاوه بر آن، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین روش‌های نمایش درمانی و آموزش تاب‌آوری در کاهش اضطراب کودکان مبتلا به افسردگی تفاوت معناداری وجود نداشت. پژوهشی که به مقایسه اثربخشی روش‌های نمایش درمانی و آموزش تاب‌آوری پرداخته باشد، یافت نشد. در تبیین عدم تفاوت بین اثربخشی دو روش می‌توان به استفاده هر دو روش از روش گروهی اشاره کرد. آموزش گروهی باعث می‌شود که کودکان مبتلا به افسردگی کودکان دیگری را ببینند که دارای همان مشکلات هستند و یا اینکه مشکلات حادثی دارند که این خود باعث کاهش اضطراب می‌شود. از یک سو، روش نمایش درمانی یک رویکرد التقاطی با هدف بالابردن سطح ارتباط میان افراد، رویارویی مستقیم با هیجان‌های میان‌فردی، نشان دادن کشمکش‌های هیجانی میان‌فرد، کاهش خودمحوری و خودیابی است و این شیوه در شرایط درمانی می‌تواند در کاهش ادراک نامناسب، نارسایی ارتباطی، پاسخ‌های هیجانی نارسا، رفتارهای کلیشه‌ای و رفتارهای اضطرابی موثر واقع شود (۲۳). از سوی دیگر، آموزش تاب‌آوری از طریق روش‌های آرام‌سازی، ارائه الگوهای شخصی تجربه هیجان‌های منفی و راهبردهای حل مساله باعث افزایش راهبردهای مقابله‌ای موثر، افزایش عوامل حفاظتی مانند عواطف مثبت، اعتمادبه‌نفس، خودرهبی و کاهش عواطف منفی، استرس، اضطراب و افسردگی می‌شود. این شیوه آموزشی می‌تواند افراد را نسبت به کنترل و پیشگیری از موقعیت‌های تنش‌زا آگاه و در صورت قرار گرفتن در چنین موقعیت‌هایی آن‌ها را مصون نگه دارد. بیشتر افراد در هنگام رویارویی با موقعیت‌های تنش‌زا نمی‌دانند که چه رفتارهایی باید داشته باشند و به همین دلیل از خود پاسخ‌های سریع و هیجانی می‌دهند که اغلب باعث کاهش تنش نمی‌شود و آموزش تاب‌آوری از طریق فرایندهای فوق به افراد یاد می‌دهد که چگونه در موقعیت‌های تنش‌زا میزان تنش را کاهش دهند (۴۸). بنابراین، می‌توان انتظار داشت که هر دو شیوه یعنی نمایش درمانی و آموزش تاب‌آوری نقش موثری در کاهش اضطراب داشته باشند و تفاوت معناداری بین این دو روش مشاهده نشود.

یافته‌های دیگر پژوهش حاضر نشان داد که روش نمایش درمانی در مقایسه با روش آموزش تاب‌آوری باعث کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به افسردگی شد. در تبیین اثربخشی نمایش درمانی در مقایسه با آموزش تاب‌آوری بر کاهش پرخاشگری بر مبنای پژوهش راسخی‌نژاد و خدابخشی کولایی (۲۳) می‌توان گفت که وجه تمایز نمایش درمانی نسبت به سایر روش‌ها (از جمله آموزش تاب‌آوری) در عملی و اجرایی بودن آن است و با توجه به اینکه بخش عمده‌ای از مفاهیم از طریق صحبت کردن و عمل کردن به حافظه سپرده می‌شود، لذا آموزش‌هایی که در خلال جلسات نمایش درمانی داده می‌شود بیشتر ماندگار می‌شود و همین سازوکار باعث نگهداری، تقویت و بکارگیری رفتارهای آموخته‌شده در اجتماع می‌شود. کودکان افسرده معمولاً پرخاشگری پایینی دارند و در مقابله با رویدادهای منفی کمتر پاسخ‌های تکانشی و پرخاشگرانه نشان می‌دهند و برای اینکه یک شیوه مداخله بتواند میزان پرخاشگری آن‌ها را کاهش دهد باید از آموزش‌های عملی و یا تعداد زیادی جلسات آموزشی استفاده کند. از آنجایی که تعداد جلسات هر دو شیوه برابر و روش نمایش درمانی در مقایسه با روش آموزش تاب‌آوری بیشتر جنبه عملی و کمتر جنبه تئوری داشت، لذا نمایش درمانی برخلاف آموزش تاب‌آوری باعث کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به افسردگی شد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش حاکی از اثربخشی روش‌های نمایش درمانی و آموزش تاب‌آوری بر کاهش اضطراب کودکان مبتلا به افسردگی و عدم تفاوت بین روش‌ها در کاهش اضطراب آن‌ها بود. با اینکه بین این دو روش در کاهش اضطراب تفاوت معناداری وجود نداشت، اما نمایش درمانی در مقایسه با آموزش تاب‌آوری بیشتر باعث کاهش اضطراب شد. دیگر یافته‌ها نشان داد که نمایش درمانی در مقایسه با آموزش تاب‌آوری و گروه کنترل باعث کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به افسردگی شد و آموزش تاب‌آوری نقش موثری در کاهش پرخاشگری آن‌ها نداشت. لذا برنامه‌ریزی برای استفاده از هر دو روش به ویژه نمایش درمانی برای بهبود سلامت روانشناختی کودکان مبتلا به افسردگی پیشنهاد می‌شود. بنابراین، درمانگران و روانشناسان کودک می‌توانند از روش نمایش درمانی برای بهبود ویژگی‌های

سیاسگزاری

این مقاله با کد اخلاق IR.IAUGorgan. REC.1398.75 برگرفته از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی در رشته روانشناسی عمومی است و بدین وسیله نویسندگان تشکر و قدردانی خود را از مسئولان آموزش و پرورش منطقه ۵ و ۶ شهر تهران و مسئولان مراکز مشاوره آن‌ها به دلیل همکاری با پژوهشگران و از آزمودنی‌ها به دلیل مشارکت فعال در پژوهش اعلام می‌نمایند.

References

1. Naylor MW, Wakefield SM, Morgan W, Aneja A. Depression in children and adolescents involved in the child welfare system. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2019;28(3):303-14. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.02.001> PMID:31076109
2. Shahabizadeh F, Khageamani F. [The effectiveness of narrative therapy based on cognitive-behavioral perspective on symptoms depression and dysthymic disorders in children]. *Journal of Psychological Achievements*. 2019;26(1):39-58.
3. Elmore AL, Crouch E. The association of adverse childhood experiences with anxiety and depression for children and youth, 8 to 17 years of age. *Academic Pediatrics*. 2020;20(5):600-8. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2020.02.012> PMID:32092442
4. Mahmoudi F, Maddahi M, Poursharifi H, Meschi F. [Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment group therapy and cognitive-behavioral group therapy on quality of life, anxiety and depression in patients with functional indigestion]. *Journal of Health Promotion Management*. 2019;8(4):43-52.
5. Rezaee Jamaloe H. [Effect of "Ellis's Rational Emotive Therapy" and "Seligman Optimism Training" on general health and hopelessness in divorce women with depression]. *Journal of Health Promotion Management*. 2019;8(5):33-40.
6. Ata N, Bulbul T, Gokcen C, Demirkan A, Ciftci MA. Depression and anxiety levels in mothers of children with epistaxis: A controlled study. *Acta Otorrinolaringologica Española*. 2019;70(5):286-9. <https://doi.org/10.1016/j.otoeng.2018.06.004> <https://doi.org/10.1016/j.otoeng.2018.06.004>
7. Draghi TTG, Neto JLC, Rohr LA, Jelsma LD, Tudella E. Symptoms of anxiety and depression in children with developmental

مرتبط با سلامت هیجانی به‌ویژه کاهش اضطراب و پرخاشگری استفاده نمایند. مهم‌ترین محدودیت‌های این مطالعه شامل استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس برای انتخاب نمونه‌ها، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی جهت جمع‌آوری داده‌ها و عدم بررسی پایداری نتایج چند ماه پس از مداخله بودند. بنابراین، باید محدودیت‌های ذکر شده در استفاده و تعمیم نتایج لحاظ گردد.

- coordination disorder: A systematic review. *Journal of Pediatrics*. 2020;96(1):8-19. <https://doi.org/10.1016/j.jpdp.2019.05.017>
8. Kampouroglou G, Velonaki V, Pavlopoulou I, Drakou E, Kosmopoulos M, Kouvas N, Tsagkaris S, Fildissis G, Nikas K, Tsoumakas K. Parental anxiety in pediatric surgery consultations: The role of health literacy and need for information. *Journal of Pediatric Surgery*. 2020;55(4):590-6. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2019.07.016> PMID:31431293
9. Zinzow HM, Brooks JO, Rosopa PJ, Jeffirs S, Jenkins C, Seanner J, et al. Virtual reality and cognitive-behavioral therapy for driving anxiety and aggression in veterans: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2018;25(2):296-309. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.09.002>
10. Jetelina KK, Gonzalez JMR, Cuccaro PM, Peskin MF, Elliott MN, Coker TR, et al. The association between familial homelessness, aggression, and victimization among children. *Journal of Adolescent Health*. 2016;59(6):688-95. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.07.014> PMID:27646498
11. Carlson GA, Chua J, Pan K, Hasan T, Bied A, Martin A, Klein DN. Behavior modification is associated with reduced psychotropic medication use in children with aggression in inpatient treatment: A retrospective cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2020;59(5):632-41. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.07.940> PMID:31381991
12. Orkibi H. The user-friendliness of drama: Implications for drama therapy and psychodrama admission and training. *The Arts in Psychotherapy*. 2018;45(3):101-8. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.04.004>
13. Lunden M, Lundgren SM, Morrison-Helme M, Lepp M. Professional development for radiographers and post graduate nurses in radiological interventions: Building

- teamwork and collaboration through drama. *Radiography*. 2017;23(4):330-6. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2017.06.005> PMID:28965897
14. Butler JD. The complex intersection of education and therapy in the drama therapy classroom. *The Arts in Psychotherapy*. 2017;44(2):28-35. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.01.010>
 15. Ramezani S, Mohammadi N, Alizadeh Chhar Borjh T, Rahmani S. [The effectiveness of resilient education on the coping style and optimism of unprotected and neglected children]. *Journal of Child Mental Health*. 2018;4(4):46-58.
 16. Farzaneh Ghassemloo F, Yaghmaei F. [Comparing resilience and quality of life of mothers with delinquent children and mothers with healthy children]. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2017;5(2):32-38. <https://doi.org/10.21859/ijpn-05025>
 17. Ma L, Zhang Y, Huang C, Cui Z. Resilience-oriented cognitive behavioral interventions for depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Affective Disorders*. 2020;42(270):150-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.051> PMID:32339107
 18. Chesak SS, Khalsa TK, Bhagra A, Jenkins SM, Bauer BA, Sood A. Stress management and resiliency training for public school teachers and staff: A novel intervention to enhance resilience and positively impact student interactions. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2019;25(37):32-8. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.08.001> PMID:31445365
 19. Samadi H, Shirazi E, Sadegh Esfehiani N. [The effect of theater therapy on general health of infertile women]. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2019;62(1):160-8.
 20. Pourrezaian M. [The clinical evaluation of psychodrama's effectiveness in treatment of social anxiety: A case study]. *Clinical Psychology Studies*. 2016;6(24):29-46.
 21. Wang Q, Ding F, Chen D, Zhang X, Shen K, Fan Y, Li L. Intervention effect of psychodrama on depression and anxiety: A meta-analysis based on Chinese samples. *The Arts in Psychotherapy*. 2020;47(69):101661. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101661>
 22. Erbay LG, Reyhani I, Unal S, Ozcan C, Ozgocer T, Ucar C, Yildiz S. Does psychodrama affect perceived stress, anxiety-depression scores and saliva cortisol in patients with depression? *Psychiatry Investigation*. 2018;15(10):970-5. <https://doi.org/10.30773/pi.2018.08.11.2> PMID:30301307 PMCid:PMC6212706
 23. Rasekhinejad M, Khodabakhshi-Koolae A. [Effectiveness of psychodrama on increasing social skills and reducing of aggression in Afghan immigrant labor children]. *Journal of Pediatric Nursing*. 2019;6(2):60-7.
 24. Gezait KM, Mey SSC, Abdullah MNLY. The role of psychodrama techniques to decrease the level of school violence in the Arab world. *Interdisciplinary Journal of Family Studies*. 2012;17(2):165-85.
 25. Karatas Z, Gokcakan DZ. The effect of group-based psychodrama therapy on decreasing the level of aggression in adolescents. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2009;20(4):357-66.
 26. Nasirzade Z, Rezai AM, Mohamadifar MA. [The effectiveness of resiliency education to reduce the loneliness and anxiety of high school girl students]. *Journal of Clinical Psychology*. 2018;10(2):29-40.
 27. Ghajareih M, Allipour S, Shehni Yailagh M, Davoodi I. [The effects of the FRIENDS for youth program on anxiety of Ahvaz female students]. *Journal of Psychological Models and Methods*. 2018;9(31):69-84.
 28. Haghi S, Parsa Yekta Z. [The effect of resilience training on anxiety of patients with deformity due to burning injuries]. *Journal of Health and Care*. 2018;20(3):196-206.
 29. Zarinfar S, Balooti A. [Effectiveness of group counseling based on resiliency on stress and aggression in female nurses of Ganjavian Hospital]. *Journal of Nursing Education*. 2019;8(1):45-52.
 30. Ashkan S, Afrooz GA, Manshaei Gh, Talebi H, Foroghiabri A. [Analytical investigate of the effectiveness of resiliency program-based training in reducing behavioral disorders of Kish Island students adolescents]. *Journal of Empowering Exceptional Children*. 2015;6(3):91-106.
 31. Christopher M, Bowen S, Witkiewitz K. Mindfulness-based resilience training for aggression, stress and health in law enforcement officers: study protocol for a multisite, randomized, single-blind clinical feasibility trial. *Trials*. 2020;21(236):1-12 <https://doi.org/10.1186/s13063-020-4165-y> PMID:32111233 PMCid:PMC7048059
 32. Rahmanian M, Mohtarami S, Dehestani M. [The effect of cognitive rehabilitation training on improving anxiety symptoms in children].

- Journal of Mental Health. 2018;5(1):48-58.
33. Hakim A, Shafiey SM, Bassak Nedjad S, Haghhighizadeh MH. [Impact of storytelling on anxiety in children 4-7 years in hospital: A randomized clinical trial study]. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty. 2018;26(3):155-64.
 34. Kovacs M. The children's depression inventory (CDI). Psychopharmacology Bulletin. 1985;21(4):995-8.
 35. Saoji N, Baran J, Gerhardt CA, Vannatta K, Rotter D, Traauth JM, Noll RB. The psychometrics of the children's depression inventory when used with children who are chronically ill and matched community comparison peers. Journal of Psychoeducational Assessment. 2018;37(5):566-77. <https://doi.org/10.1177/0734282918774963>
<https://doi.org/10.1177/0734282918774963>
 36. Dehshiri Gh, Najafi M, Shikhi M, Habibi Askarabad M. [Investigating primary psychometric properties of children's depression inventory (CDI)]. Journal of Family Research. 2009;5(2):159-77.
 37. Rajabi Gh, Atari Y. [Factor analysis of children and adolescents' depression questionnaire]. Journal of Counseling Research. 2004;3(9-10):83-102.
 38. Spence SH. Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. Journal of Abnormal Psychology. 1997;106(2):280-97. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.106.2.280>
PMid:9131848
 39. Nauta MH, Scholing A, Rapee RM, Abbott M, Spence SH, Waters A. A parent-report measure of children's anxiety: Psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal sample. Behaviour Research and Therapy. 2004;42(7):813-39. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00200-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00200-6)
 40. Mousavi R, Moradi A, Farzad V, Mahdavi Harsini SE, Spence SH, Navabinejad Sh. Psychometric properties of the Spence children's anxiety scale with an Iranian sample. International Journal of Psychology. 2007;1(1):17-26.
 41. Soleimani M. [Assessment of the scientific validity, reliability and normalization of the Spence anxiety questionnaire]. Dissertation of MA General Psychology, Tehran: Tehran Central Branch, Islamic Azad University; 2011.
 42. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology. 1992;63(3):452-9.
 43. Reyna C, Lello MG, Sanchez A, Brussino S. The Buss-Perry aggression questionnaire: Construct validity and gender invariance among Argentinean adolescents. International Journal of Psychological Research. 2011;4(2):30-7. <https://doi.org/10.21500/20112084.775>
 44. Samani S. [Study of reliability and validity of the Buss and Perry's aggression questionnaire]. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2008;13(4):359-65.
 45. Mohammadi N. [Preliminary study of psychometric indicators of Bass-Perry aggression questionnaire]. Journal of Studies in Learning & Instruction. 2006;25(4):135-51.
 46. Rostampor M, Hoseinsabet F. [Effectiveness of drama therapy in mindfulness and emotion regulation of high school male students]. Journal of Modern Psychological Research. 2018;13(49):167-86.
 47. Henderson N, Milstein M. Resiliency in Schools: Making it Happen for Students and Educators. Thousand Oaks, CA: Corwin Press; 2002.
 48. Sadri Damirchi E, Bashorpoor S, Ramezani Sh, Karimianpour Gh, [Effectiveness of resilience training on anger control and psychological well-being in impulsive students]. Journal of School Psychology. 2018;6(4):120-139.