

بررسی اثربخشی نمایش درمانی بر طرحواره های زنان سنتی - مدرنیته ۲۰ تا ۵۰ ساله شهر اصفهان

مهديه ناصري کریموند^۱

^۱ کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی غیر انتفاعی راغب، اصفهان، ایران

چکیده

هدف پژوهش اثربخشی نمایش درمانی بر طرحواره های زنان سنتی - مدرنیته شهر اصفهان بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان سنتی - مدرنیته ۲۰ تا ۵۰ سال شهر اصفهان (در سال ۴۰۲-۱۴۰۱) بود. از میان آنان ۴۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی، به دو گروه آزمایشی و کنترل (۲۰ نفر برای هر گروه) تقسیم شدند. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش آزمون - پس آزمون و با دو گروه آزمایش و کنترل بود. در این طرح گروه آزمایش در معرض ده جلسه آموزشی نمایش درمانی مورنو (۱۹۵۳) و هر جلسه یک ساعت قرار گرفت. در مورد گروه کنترل مداخله اعمال نشد. از پرسشنامه طرحواره های ناسازگار یانگ (۱۹۹۰) جهت جمع آوری اطلاعات استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از کوواریانس چند متغیره استفاده شد. در سطح توصیفی از جدول فراوانی و درصد فراوانی، نمودار درصد فراوانی و جدول شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی برای ارائه ی وضعیت متغیرهای جمعیت شناختی استفاده شده. در سطح استنباطی نیز از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. یافته ها و نتایج نشان داد که نمایش درمانی بر بهبودی طرحواره های ناسازگار اولیه بی کفایتی/ وابستگی، نقص/ شرم، بی اعتمادی/ بد رفتاری، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، شکست، آسیب پذیری نسبت به بیماری، خود تحول نیافته / گرفتار، اطاعت، معیارهای سرسختانه/ بیش انتقادی و استحقاق / بزرگ منشی زنان سنتی - مدرنیته شهر اصفهان در گروه نمایش درمانی نسبت به گروه گواه مؤثر بوده است. ($p < 0.05$). اما تفاوت نمرات طرحواره های محرومیت هیجانی، طرد، فداکاری، بازداری هیجانی و خود کنترلی ناکافی در مرحله پس آزمون در دو گروه نمایش درمانی و گواه معنی دار به دست نیامد ($p > 0.05$). بنا بر نتیجه کلی می توان گروه درمانی نمایش درمانی را به عنوان یک روش مناسبی جهت بهبود طرحواره های سنتی - مدرنیته زنان به کار برد.

کلیدواژه ها: طرحواره های ناسازگار اولیه، نمایش درمانی، زنان، سنتی - مدرنیته.

مقدمه

نظریه‌ی کنش بوردیو (۲۰۰۰) بیان می‌دارد که هر فرد علاوه بر انتخاب‌ها و افکاری که ارادی هستند و براساس انتخاب خود فرد به نوعی دچار جبر هم می‌شود و نمی‌توان گفت فقط یکی از این دو مسئله عامل تصمیمات و ذهنیت‌های افراد است. پس فلسفه‌ی کنش در نظریه بوردیو (۲۰۰۰) بنیانش بر رابطه‌ی دو طرفه بین سازه‌های ذهنی و عینی هستند که در قالب مفاهیمی مثل عادت واره، میدان و سرمایه ساخته شده اند. بنابر آن چه بیان گردید طرح‌واره‌های اولیه ناشی از سنت‌ها و مدرنیته باورهایی هستند که افراد درباره‌ی خود، دیگران و محیط دارند و به طور معمول از ارضا نشدن نیازهای اولیه به خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند. (زانگ و هی^۱، ۲۰۱۰). یکی از دلایل جریان نوگرایی بخاطر پاسخگو نبودن نظام آموزش سنتی به نیازهای زمانه شکل گرفت. یعنی سنت‌ها نمی‌توانند با پیشرفت دیگر معیارهای جامعه به همان شکلی که هستند ادامه داشته باشند و با تغییرات هر دوره نیازمند تغییراتی هستند (پرمو و همکاران، ۱۳۹۹). سفر و نیز آشنایی با روزنامه و کتاب ازجمله دلایل جنبش‌های گذر از سنت به مدرنیته می‌تواند باشد. طی یک پژوهش در مورد این موضوع بررسی انجام دادند که نخبگان فرهنگی آسیای مرکزی در اواخر قرن نوزدهم میلادی تحت تأثیر جریانهای نوگرایی روسیه، غرب خواستار اصلاح نظام آموزش سنتی، زبان و ادبیات شدند. یعنی اصلاح نظام آموزشی که در مکاتب و مدارس سنتی حاکم بوده است. این جریان از دیگر سو خواستار ورود علوم دنیوی و دانشهای روز به مدارس آسیای مرکزی شد. یافته‌های پژوهشهای معاصر نشان میدهد خانواده مثل هر نظام اجتماعی دارای نیازهای اولیه است که از بین آنها می‌توان به احساس ارزشمند بودن، امنیت جسمانی، صمیمیت، تعلق و وابستگی، احساس مسوولیت، اعتماد، نیاز به تایید دیگران، نیاز به شادی و موفقیت اشاره نمود که زیرمجموعه روانی‌ای از نیازهای اجتماعی هستند. حال خانواده‌های سنتی را در نظر بگیرید که به جنسیت‌های مختلف چگونه ارزش می‌دهند و حتی مسئله‌ی مدرنیته چگونه خانواده‌های سنتی را به چالش می‌کشد؟ (اسلامی و همکاران، ۲۰۱۸).

مطالعات نشان داده بدرفتاری عاطفی دوران کودکی می‌تواند پیامدهای شدید و پایداری را همچون احساس شرم، حقارت، خشم، بی‌ارزشی، بازداری هیجانی که ممکن است بیش از سایر انواع بدرفتاری‌ها آسیب رسان باشند را به همراه داشته باشد. (واریاس^۲، ۲۰۰۴) همچنین کراوس و همکاران^۳ (۲۰۰۳) بیان نمود تجربیات تلخ دوران کودکی نیز با اختلالات خلقی، اضطراب، عزت نفس پایین، حساسیت در روابط بین فردی، اختلالات خوردن و اختلالات شخصیت رابطه دارد. میلر و همکاران^۴ (۲۰۱۵) در بررسی‌های نقش آسیب پذیری شناختی این نتیجه به دست آمده است که بد رفتاری‌های جسمی و جنسی و رفتاری در نهایت منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار در افراد می‌شوند و بیشترین نقش را در شکل‌گیری آن دارند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر حسب شرطی بودن به دو دسته‌ی طرحواره‌های شرطی و غیرشرطی که بیشتر طرحواره‌ها در دسته‌ی غیر شرطی قرار می‌گیرند تقسیم می‌شوند (یانگ و ایران^۵، ۲۰۰۳)، طرحواره‌های غیرشرطی باورهای مرکزی هستند و غیرشرطی درباره‌ی خود و دیگران هستند که در اوایل زندگی هر فردی شکل می‌گیرند و مستقل از شرایط زندگی پایدار باقی می‌مانند و هیچ چیز نمی‌تواند آن‌ها را عوض کند. در مقابل، طرحواره‌های شرطی دیرتر شکل می‌گیرند و برخلاف طرحواره‌های غیرشرطی اساسی نیستند و نقش آنها مقابله با تأثیرات طرحواره‌های غیرشرطی است (فرازمند و همکاران، ۱۳۹۶). الگوی ارتباط والد- فرزند، الگوی نظری است که تحت تأثیر ویژگی‌های حاکم بر ارتباط والد و فرزند را که بر روی جهت‌مندی و فعالیت‌های هدفمند فرزند تأثیر طرح‌واره گذارند را توضیح می‌دهد (مک کارتی و لوملی^۶، ۲۰۱۲). در این راستا شفیلد و همکاران^۱ (۲۰۰۵) نشان دادند که بعضی از ویژگی‌های والدین مانند تحقیرکردن و کنترل کردن توسط والدین، در ایجاد تعداد زیادی از طرحواره‌ها نقش بسیار زیادی دارند.

^۱ Zhang, He^۲ Varias^۳ Croatia et al^۴ Miller et al^۵ Young and Iran^۶ McCarthy and Lumley

مسئله‌ی مهم دارای ارزش که باید به آن پرداخته شود بحث شکل‌گیری طرح‌واره‌هایی هست که در اثر سبک زندگی افراد در آن‌ها شکل می‌گیرد. عوامل روانشناختی دیگر و حتی برخی مشکلات و اختلالات با آسیب شناسی روانی و مکانیسم‌های دفاعی مرتبط هستند (مشهدی و همکاران، ۲۰۱۷). زمانی که افراد نمی‌توانند روشهای منطقی برای کنترل مشکلات و اضطراب خود ارائه دهند، به مکانیسم‌های دفاعی متوسل می‌شوند (بلکمن و جی اس، ۲۰۰۴). مکانیسم‌های دفاعی رفتارهایی عادی با ارزش‌های سازگار هستند که می‌توانند به الگوهای مشترک زندگی تبدیل شوند. افراد از طریق مکانیسم‌های دفاعی شکل گرفته در آن‌ها با واقعیت‌ها روبرو نمی‌شوند. (مشهدی و همکاران، ۲۰۱۷) بشارت (۲۰۱۶) اعتقادش مبنی بر این بوده که دفاع شخصی متغیری است که به وسیله آن درک شخصیت امکان پذیر است. این مسئله با مطالعات متعدد تأیید شده است (لارنس و همکاران^۲، ۲۰۱۱). بر اساس مطالعات انجام شده در ایران گزارش شده است که حدود ۸/۱ درصد از جمعیت عمومی ایرانیان بالغ از این بیماری و اختلالات مربوط به مکانیسم‌های دفاعی رنج می‌برند. تخمین زده می‌شود که آنها بیشتر با مشکلاتی مثل وسواس، آلودگی و پرخاشگری درگیر هستند و بیشتر وسواس‌ها از نوع شستشو و تمیز کردن است (دیانی و همکاران^۳، ۲۰۱۳). طرح‌واره‌های مضر زمانیکه در افراد شکل بگیرند می‌توانند از عوامل فرسودگی شغلی نیز شوند که طبق برخی پژوهش‌ها تاثیر این طرح‌واره‌ها در شکل‌گیری ابعاد فرسودگی ازجمله: اختلال روانی، پرخاشگری، خستگی عاطفی، شخصی‌سازی و پرخاشگری و ایده‌های پارانوئید، اختلال استقلال و عملکرد طرح‌واره‌های اختلال در خودمختاری اثر دارند (خورشیدیان و همکاران، ۲۰۱۷).

یکی از مسائلی که در این پژوهش قرار هست به آن پرداخته شود بررسی اثر بخشی نمایش درمانی برای اصلاح و کاهش عملکرد طرح‌واره روی زنانی هست که تحت تاثیر سنت و مدرنیته بوده است. هنر نزد انسان‌های بدوی بیش تر از اینکه جنبه‌ی لذت داشته باشد، اهمیت درمانی داشته و هنردرمانی، امری کهن است که از دیر باز مورد استفاده بوده است. به عبارتی، از گذشته تا به امروز از هنر برای درمان مسائل روحی و روانی استفاده می‌شده است. در حقیقت هنردرمانی، نوعی تکنیک درمانی است که تلاش می‌کند موقعیت احساسی بیمارانی را که از ناراحتی‌های روحی و روانی رنج می‌برند را بهبود ببخشد (مظفریان، ۱۳۸۷). نمایش درمانی یکی از رویکردهای روان‌درمانی است که بر پایه دیدگاه روان تحلیلی بنا شده است (کوهن، دالروک و فالمنت^۴، ۲۰۱۴). مفاهیم مربوط به نمایش درمانی اولین بار توسط مورنو^۵ (۱۹۸۹)، مطرح شد. این نظریه بنیانش بر اساس توانایی فی البداهه و خلاقیت است. او معتقد است که ناکامی هر فردی از طریق تأثیر خانواده و محدودیت‌هایی که جامعه دارد، شکل می‌گیرد. مورنو ارتباط زبانی را تنها راه ارتباط جهانی نمی‌داند، بلکه صحنه نمایش را به عنوان راهی کامل و همه چیز تمام در جهت ایجاد ارتباط بین افراد و از بین بردن مسائل قلمداد می‌کند (امرایی^۶، ۲۰۰۸).

قشر جوان جامعه از یک طرف بلوغ جسمی و جنسی سریع را می‌گذرانند و از سوی دیگر، خانواده، فرهنگ و جامعه خواستار این هستند که فرزندان‌شان مستقل باشد و روابط جدید و متفاوتی را با همسالان و بزرگسالان برقرار کنند و خودشان آمادگی‌ها و مهارت‌های لازم را برای یک زندگی اجتماعی و شغلی به دست بیاورند. اگر نوجوان در فرهنگی خاص و ویژه و یا در شرایط خانوادگی متفاوت و عجیبی رشد کند، می‌توان عدم تسلط حسی او بر هیجاناتش را پیش بینی کرد. افرادی که در مناطق حاشیهای شهرها و در روستاها زندگی می‌کنند، به دلیل دسترسی نداشتن به خیلی از امکانات، نداشتن تحصیلات و نبودن آگاهی، بعضاً نبود کانون خانوادگی گرم و حمایت کننده، و... به ناهنجاری‌هایی در همان سنین پایین روی می‌آورند، که قرارگیری این افراد در مرز بین سنت و مدرنیته و ایجاد دوگانگی برای آن‌ها که از طرفی در چنین شرایطی بوده‌اند و از طرفی شرایطی جدید و متفاوت را می‌بینند و در آن

^۱ Sheffield et al^۲ Lawrence et al^۳ Diani et al^۴ Cohen, Delaroché & Flament^۵ Moreno^۶ Amraey

قرار گرفته‌اند و از طرفی از آن منع می‌شوند، پس در نهایت از نظر روحی و روانی دچار مشکلاتی می‌شوند. نمایش درمانی یکی از راه‌هایی هست که با استفاده از این روش بتوان تاثیر این طرحواره های آزار دهنده را در افراد کم کرد (تسلیمیان و همکاران، ۱۴۰۰). بنابراین سوال اصلی پژوهش حاضر این است که نمایش درمانی بر طرحواره‌های زنان سنتی- مدرنیته ۲۰ تا ۵۰ ساله شهر اصفهان اثر بخشی معناداری دارد؟

روش

روش مورد استفاده در این پژوهش بر اساس هدف آن اثربخشی نمایش درمانی بر طرحواره‌های سنتی-مدرنیته زنان ۲۰ تا ۵۰ ساله شهر اصفهان بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با گروه آزمایش و کنترل و پیش آزمون پس آزمون بود. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان ۲۰-۵۰ ساله شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود که به شیوه نمونه‌گیری دردسترس تعداد ۴۰ زن از بین مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره فعال در حوزه خانواده انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۲۰ نفر گمارده شد. ملاک های ورود و خروج از پژوهش عبارتند از: ملاک‌های ورود: ۱- زنان با سن ۲۰ تا ۵۰ سال، ۲- عدم دریافت دارو درمانی، ۳- داشتن معلولیت حرکتی، ذهنی. ملاک‌های خروج: ۱- غیبت بیش از دو جلسه شرکت کنندگان در جلسات آموزشی، ۲- عدم اجرای تکالیف جلسات آموزشی توسط آزمودنی. از جامعه آماری مورد مطالعه مان، به صورت روش در دسترس تعداد ۴۰ زن ۲۰-۵۰ ساله انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره گمارده شدند. در مرحله بعد گروه آزمایش جلسات آموزشی، نمایش درمانی را طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از آن ابزار پژوهش بر روی هر دو گروه آزمودنی به اجرا در آمد. به منظور جمع آوری اطلاعات محقق از دو روش استفاده شده است که عبارتند از: ۱. به منظور تنظیم، ادبیات و پیشینه تحقیق از مقالات معتبر، کتابها برای بررسی ادبیات و پیشینه تحقیق در پایگاه های داده‌ای معتبر استفاده می‌کند. ۲. مطالعات میدانی: استفاده از پرسشنامه‌های معتبر. ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر پرسشنامه ۹۰ سوالی طرحواره‌های ناسازگار یانگ بوده است. این پرسشنامه توسط یانگ (۱۹۹۰) ساخته شد. پرسشنامه خود - گزارشی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، دارای ۹۰ ماده است که ۱۸ حیطه از طرحواره‌های ناسازگار اولیه را از قبیل محرومیت هیجانی، رهاشدگی / بی ثباتی، بی اعتمادی / بدرفتاری، انزوای اجتماعی / بیگانگی، نقص / بی مهری (بی عشقی) شکست درپیشرفت، وابستگی / بی کفایتی عملی، آسیب پذیری نسبت به ضرر و بیماری، گرفتاری، اطاعت، ایثار (فداکاری)، بازداري هیجانی، معیارهای سختگیرانه، استحقاق داشتن / برتری داشتن، خویشتن داری / خود انضباطی ناکافی، تحسین / جلب توجه، نگرانی / بدبینی، خود - تنبیهی را اندازه می‌گیرد. روش نمره‌گذاری پرسشنامه طرحواره یانگ فرم کوتاه ۹۰ سوالی هر آیتم به وسیله‌ی مقیاس درجه بندی ۶ تایی نمره گذاری می‌شود (۱=کاملاً در مورد من نادرست است. ۲ = تقریباً در مورد من نادرست است. ۳ = مقداری درست است تا اینکه غلط باشد. ۴= اندکی در مورد من درست است. ۵= تقریباً در مورد من درست است. ۶= کاملاً در مورد من درست است). بنابراین نمره‌های این پرسشنامه با جمع نمرات ماده‌های هر مقیاس به دست می‌آید. به عبارت دیگر هر مقیاس دارای ۵ ماده است که نوع طرحواره ناسازگار اولیه را اندازه می‌گیرد. کم و زیاد نمره‌های اندازه گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه بین ۱ تا ۶ می‌باشد، که نمره بالا حاکی از میزان بالای طرح واره‌های ناسازگار اولیه در آزمودنی‌ها است. در ایران علاوه بر هنجاریابی فرم کوتاه ویرایش اول (فرم ۷۵ سوالی) توسط آهی و بشارت (۱۳۸۶)، فرم جدید ویرایش سوم (فرم کوتاه ۹۰ سوالی) که در این تحقیق استفاده شده، توسط یوسفی، اعتمادی، بهرامی و همکاران (۱۳۸۷) روایی و اعتبار پرسشنامه طرح واره‌های ناسازگار اولیه بر روی یک نمونه ۵۷۹ نفری در دو مرحله (مرحله اول ۳۹۴ و مرحله دوم ۱۸۵) بررسی شد. در این بررسی اعتبار پرسشنامه طرح واره‌های ناسازگار اولیه با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن درکل نمونه به ترتیب (۰/۹۱ و ۰/۸۶)، در دختران (۰/۸۷ و ۰/۸۴) و در پسران (۰/۸۴ و ۰/۸۱) بود (یوسفی، اعتمادی، بهرامی و همکاران، ۱۳۸۷). یانگ (۱۹۹۸) برای هر طرحواره ناسازگار اولیه ضریب آلفایی از ۰/۸۳ تا ۰/۹۶. به دست آوردند و ضریب بازآزمایی در جمعیت غیربالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲. بود. همچنین پایایی و روایی این ابزار در پژوهشهای متعددی به اثبات رسیده است (

قلمی، ۲۰۱۲). پایایی مقیاس بوسیله آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۶۴ و برای تمام خرده مقیاسها بالاتر از ۰/۸۰ بود (قلمی، ۲۰۱۲). هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط آهی (۱۳۸۴) در دانشگاههای تهران انجام گرفته است. همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت مؤنث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ گزارش شده است. (یانگ، ۲۰۰۵) جامعه آماری ما شامل کلیه زنان ۲۰-۵۰ ساله دارای طرحواره های سنتی-مدرنیته مراجعه کننده به مراکز مشاوره فعال در حوزه خانواده شهر اصفهان و با در نظر گرفتن ملاکهای ورود و خروج مطالعه، تعداد ۴۰ آزمودنی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۲۰ نفر) گمارده شدند و ابزار پژوهش بر روی هر دو گروه به اجرا در آمد. داده های حاصل از پرسشنامه های پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفتند. در سطح توصیفی از جدول فراوانی و درصد فراوانی، نمودار درصد فراوانی و جدول شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی برای ارائه وضعیت متغیرهای جمعیت شناختی پژوهش استفاده شده است. در سطح استنباطی نیز از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده گردید. کلیه ی تحلیل های صورت گرفته با نرم افزار بسته آماری برای علوم اجتماعی^۱ SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

جدول ۱: خلاصه نمایش درمانی

جلسات	محتوای جلسات
اول	آشنایی اولیه با آزمودنیها و برقراری رابطه مناسب باهدف تکمیل کردن پرسشنامه ها و اجرای پیش آزمون، معرفی کارگردان و بیان قوانین گروه، بیان انگیزه و اهمیت و هدف، استفاده از تکنیک گرم کردن با پاس دادن توپ فرضی، انتخاب موقعیت منتخب (سوگ)، فن آینه، اجرای یاور، تکنیک گرم کردن با کاغذ رنگی، تکنیک مونودرام صندلی خالی.
دوم	ایجاد جوی صمیمانه و به دور از استرس برای درمانجو، تکنیک های گرم کردن، انتخاب پروتاگونیست، درجه بندی، انتخاب موقعیت منتخب (خشم، آداب و رسوم روستا)، تکنیک های من یاور، حل مسئله، آینه، مشارکت اعضا، گرم کردن با استفاده از تکنیک پایکوبی.
سوم	اجتناب از کامل گرایی افراطی، تکنیک نوشتن با دست غیر مسلط، تکنیک «زندگی سهل است.. زندگی سخت است»، روش شماره گذاری، انتخاب موقعیت منتخب (نمره ی کم، مهمان ناخوانده)، من یاور، تکنیک خودگویی، یارمضاعف، تکنیک نه گفتن و اعتماد به نفس، نتیجه گیری.
چهارم	نقاب زدن و خودبودن (مقابله با دشواری های هیجانی)، تکنیک های: یخ شکن (خوشبختانه- بدبختانه)، تکنیک فرافکنی آینده، تکنیک تک گویی، گرم کردن، شمارش، گروه بندی، موقعیت منتخب (نقاب زدن در مهمانی، خانواده ی سنتی با آداب معاشرت خاص و میزبان مدرن)- تکنیک آینه- نقش مضاعف، مشارکت.
پنجم	عشق و زندگی، تکنیک انتخاب موقعیت (زن سنتی و شوهرمدرن)، تکنیک مغازه جادویی، گرم کردن با تکنیک تخیلات خانوادگی، تکنیک جامعه سنجی، مشارکت، من یاور.
ششم	زندگی سالم در زمان حال، تکنیک گرم کردن، روش شماره گذاری، موقعیت منتخب (نامزدشدن اجباری دخترش)، تکنیک صندلی خالی، نقش مضاعف، مشارکت، نتیجه گیری، تکنیک داستان گویی، مهارت های حل مسئله.
هفتم	احساس گناه افراطی و احساس پشیمانی سالم و سازنده، گرم کردن را به تکنیک آگهی های بازرگانی، روش شماره گذاری و گروه بندی، موقعیت انتخابی (عدم ملاقات مادر بزرگ، شایعات رابطه ی عاشقانه)، نقش مضاعف، شخص اول و پروتاگونیست، مشارکت اعضا، نتیجه گیری.

^۱ Statistical Package for Social Science

هشتم	خودپذیری نامشروط، گرم کردن با تکنیک نوشتن با دست غیرمسلط، انتخاب موقعیت (حس حقارت از مشاجره باهمسالان در مهمانی، تنهایی ظرف شستن، تهمت دیگران)، شخص اول، صندلی خالی، آینه، من یاور، مشارکت اعضا، نتیجه گیری.
نهم	پرداختن به عزت نفس افراد، ارائه ی تعریفی مقدماتی، تکنیک مقدمات، روش شماره گذاری و گروه بندی، انتخاب موقعیت (پدر و مادر بیسواد و بیمار و بیکار، پرسش معلم در مورد شغل پدر و تمسخر هم کلاسی ها)، انتخاب شخص اول، تکنیک حل مسئله، من یاور، مشارکت دیگر اعضا
دهم	مرور کلی مطالب گذشته، انجام تمرینهای مختلف رفتاری، تأکید بر تکرار و ادامه فعالیت های آموزش داده شده، با مروری بر موقعیت های اجرا شده، تعارض های مطرح شده، راه حل ها، مهارت ها و بینش های کسب شده، مرور و جمع بندی شد، اجرای صندوقچه امید، جمع بندی جلسات، اتمام پس آزمون.

یافته ها

توصیفی

جدول یافته های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و گواه در جدول ۱۱ ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص های توصیفی نمرات طرحواره های ناسازگار اولیه به تفکیک دو گروه و دو مرحله پژوهش

متغیر گروه ها		آزمایش		گواه	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
محرومیت هیجانی	میانگین	۱۸/۹۰	۱۷/۱۵	۲۰/۱۵	۲۰/۶۰
	انحراف معیار	۴/۸۰	۳/۴۵	۴/۹۳	۳/۷۰
طرد/ بی ثباتی	میانگین	۱۸/۰۵	۱۳/۵۰	۱۹/۶۰	۲۰/۱۰
	انحراف معیار	۵/۰۸	۴/۰۷	۴/۰۳	۲/۷۷
بی کفایتی / وابستگی	میانگین	۱۷/۵۵	۱۳/۹۵	۱۹/۳۵	۲۰/۶۵
	انحراف معیار	۳/۳۱	۲/۵۴	۳/۶۱	۳/۹۶
نقص / شرم	میانگین	۲۱/۲۵	۱۷/۵۵	۲۱/۳۰	۲۱/۴۵
	انحراف معیار	۴/۷۵	۵/۳۶	۵/۴۵	۴/۳۴
بی اعتمادی / بدرفتاری	میانگین	۲۲/۲۰	۱۶/۲۰	۲۲/۷۰	۲۲/۵۰
	انحراف معیار	۳/۹۴	۲/۹۳	۳/۶۸	۳/۴۱
انزوای اجتماعی / بیگانگی	میانگین	۲۳/۱۵	۱۸/۰۰	۲۴/۳۰	۲۴/۰۵
	انحراف معیار	۳/۳۷	۲/۸۴	۴/۰۹	۳/۹۴
شکست	میانگین	۲۰/۰۵	۱۵/۱۰	۲۱/۶۰	۲۲/۵۰
	انحراف معیار	۳/۲۰	۳/۰۰	۶/۶۸	۴/۴۵
آسیب پذیری نسبت به بیماری	میانگین	۱۹/۳۰	۱۵/۲۵	۲۲/۳۵	۲۲/۳۰
	انحراف معیار	۳/۸۸	۳/۹۱	۲/۹۴	۳/۳۲
خود تحول	میانگین	۱۷/۷۵	۱۲/۷۵	۲۲/۳۰	۲۲/۱۵

۳/۲۸	۳/۸۵	۲/۴۹	۲/۳۱	انحراف معیار	نایافته / گرفتار
۲۲/۹۰	۲۲/۸۰	۱۵/۰۵	۱۹/۵۵	میانگین	اطاعت
۲/۹۲	۲/۸۹	۳/۱۸	۴/۶۳	انحراف معیار	
۲۱/۸۰	۲۲/۱۰	۱۹/۲۵	۲۳/۹۰	میانگین	فداکاری
۳/۹۵	۳/۷۸	۳/۷۸	۲/۹۱	انحراف معیار	
۲۱/۶۵	۲۲/۲۰	۲۰/۷۰	۲۴/۰۵	میانگین	بازداری هیجانی
۲/۵۱	۳/۰۰	۳/۰۲	۳/۹۷	انحراف معیار	
۲۲/۵۰	۲۲/۷۵	۱۷/۳۰	۲۰/۹۵	میانگین	معیارهای سرسختانه/ بیش انتقادی
۴/۲۶	۴/۳۹	۴/۰۰	۴/۷۱	انحراف معیار	
۲۱/۴۵	۱۹/۶۵	۱۸/۱۰	۲۲/۶۰	میانگین	استحقاق / بزرگ منشی
۳/۹۲	۴/۲۹	۳/۹۶	۴/۲۲	انحراف معیار	
۲۴/۳۰	۲۴/۶۵	۱۹/۲۰	۲۳/۴۰	میانگین	خودکنترلی/ ناکافی
۳/۴۹	۲/۷۹	۴/۳۲	۲/۵۶	انحراف معیار	

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود، براساس یافته های توصیفی میانگین طرحواره های ناسازگار اولیه، در گروه آزمایش نسبت به گواه کاهش بیشتری در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون نشان داده است.

استنباطی

هدف از بررسی پیش فرض برابری واریانس ها، بررسی مساوی بودن واریانس نمرات در گروه هاست. بدین منظور از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج، در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳ آزمون لوین جهت ارزیابی پیش فرض برابری واریانس های نمرات متغیرهای پژوهش

متغیرها	مراحل پژوهش	پیش آزمون		پس آزمون	
		F	معنی داری	F	معنی داری
طرحواره های ناسازگار اولیه	محرومیت هیجانی	۰/۰۰۹	۰/۹۲۴	۱/۵۱	۰/۲۲۷
	طرد/ بی ثباتی	۱/۳۲	۰/۲۵۶	۱/۹۸	۰/۱۸۲
	بی کفایتی / وابستگی	۰/۰۸۹	۰/۷۷۱	۰/۷۵۲	۰/۳۹۱
	نقص/ شرم	۰/۰۷۱	۰/۷۹۱	۰/۰۰۷	۰/۹۳۳
	بی اعتمادی / بدرفتاری	۰/۰۰۳	۰/۹۵۵	۰/۰۵۱	۰/۸۲۲
	انزوای اجتماعی / بیگانگی	۱/۲۹	۰/۲۶۲	۰/۴۱۲	۰/۵۲۵
	شکست	۱/۹۲	۰/۱۷	۰/۰۴۹	۰/۸۲۶
	آسیب پذیری نسبت به بیماری	۲/۵۷	۰/۱۱۷	۰/۰۳۱	۰/۸۶۱
	خود تحول نایافته / گرفتار	۱/۹۳	۰/۱۷۳	۱/۴۳	۰/۲۳۹

اطاعت	۲/۷۲	۰/۱۰۴	۰/۵۶۵	۰/۴۵۷
فداکاری	۰/۱۰۴	۰/۷۴۹	۲/۷۸	۰/۰۹۱
بازداری هیجانی	۲/۳۴	۰/۱۳۴	۰/۲۳۲	۰/۶۳۲
معیارهای سرسختانه/ بیش انتقادی	۰/۰۴۴	۰/۸۳۵	۲/۴۵	۰/۱۲۵
استحقاق / بزرگ منشی	۰/۴۸	۰/۴۹۲	۳/۴۹	۰/۰۶۹
خودکنترلی/ ناکافی	۰/۱۸۹	۰/۶۶۷	۰/۰۷۲	۰/۷۹

همان طور که در جدول ۳ دیده می شود، پیش فرض لوین مبنی بر برابری واریانس ها در گروه ها در همه متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون باقی مانده است، لذا این پیش فرض تأیید می شود (همه سطوح معنی داری بزرگ تر از ۰/۰۵ می باشد).

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره یا مانکوا جهت بررسی تأثیر نمایش درمانی بر طرحواره های ناسازگار اولیه، در زنان سنتی-مدرنیته شهر اصفهان در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج کلی تحلیل کوواریانس چند متغیری تأثیر نمایش درمانی بر طرحواره های ناسازگار اولیه

توان آماری	اندازه اثر	معنی داری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرض	F	ضریب	
۰/۳۷۷	۰/۶۹۹	۰/۳۱۳	۹	۱۵	۱/۳۹	۰/۳۰۱	پیش آزمون محرومیت هیجانی
۰/۹۹	۰/۹۴۱	۰/۰۰۱	۹	۱۵	۹/۵۸	۰/۰۵۹	پیش آزمون طرد/ بی ثباتی
۰/۹۲	۰/۸۸۶	۰/۰۱۳	۹	۱۵	۴/۶۴	۰/۱۱۴	پیش آزمون بی کفایتی / وابستگی
۰/۸۸	۰/۸۷۲	۰/۰۱۹	۹	۱۵	۱/۴	۰/۱۲۸	پیش آزمون نقص/ شرم
۰/۴۹۹	۰/۷۵۵	۰/۱۷۶	۹	۱۵	۱/۸۵	۰/۲۴۵	پیش آزمون بی اعتمادی / بدرفتاری
۰/۹۹۸	۰/۹۳۸	۰/۰۰۱	۹	۱۵	۹/۰۶	۰/۰۶۲	پیش آزمون انزوای اجتماعی / بیگانگی
۰/۷۸۸	۰/۸۴۶	۰/۰۳۸	۹	۱۵	۳/۲۹	۰/۱۵۴	پیش آزمون شکست
۰/۶۷۳	۰/۸۱۴	۰/۰۷۴	۹	۱۵	۲/۶۲	۰/۱۸۶	پیش آزمون آسیب پذیری نسبت به بیماری
۱/۰۰۰	۰/۹۴۹	۰/۰۰۱	۹	۱۵	۱۱/۲۵	۰/۰۵۱	پیش آزمون خود تحول ناپافته / گرفتار
۱/۰۰۰	۰/۹۴۶	۰/۰۰۱	۹	۱۵	۱۰/۴۷	۰/۰۵۴	پیش آزمون اطاعت
۰/۶۶۷	۰/۸۱۲	۰/۰۷۶	۹	۱۵	۲/۵۹	۰/۱۸۸	پیش آزمون فداکاری
۰/۲۹۴	۰/۶۴۴	۰/۴۶۶	۹	۱۵	۱/۰۹	۰/۳۵۶	پیش آزمون بازداری هیجانی

پیش آزمون معیارهای سرسختانه/ بیش انتقادی	۰/۱	۵/۴۱	۱۵	۹	۰/۰۰۷	۰/۹	۰/۹۵۷
پیش آزمون استحقاق / بزرگ منشی	۰/۲۲۴	۲/۰۸	۱۵	۹	۰/۱۳۵	۰/۷۷۶	۰/۵۵۴
پیش آزمون خودکنترلی/ ناکافی	۰/۱۹	۲/۵۵	۱۵	۹	۰/۰۷۹	۰/۸۱	۰/۶۶
گروه	۰/۰۳۴	۱۷/۲۵	۱۵	۹	۰/۰۰۱	۰/۹۶۶	۱/۰۰۰

براساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۴، رابطه بین پیش آزمون و پس آزمون در همه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به جز محرومیت هیجانی، بی اعتمادی / بدرفتاری، آسیب پذیری نسبت به بیماری، فداکاری، بازداری هیجانی، استحقاق / بزرگ منشی و خودکنترلی ناکافی معنی دار است ($p < 0/05$).

اما نتایج نشان داده است که اثر اصلی گروه در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه معنی دار است که نشان می‌دهد حداقل یکی از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مرحله پس آزمون در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی داری دارد ($P = 0/001$). لذا فرضیه فرعی اول پژوهش تأیید شده است. نتایج نشان داده است که ۰/۹۶۶ یا ۹۶/۶ درصد از تفاوت‌های فردی در بهبود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به صورت کلی در مرحله پس آزمون به تفاوت بین دو گروه مربوط است. به عبارت دیگر نمایش درمانی، باعث بهبود حداقل یکی از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در گروه آزمایش شده است. توان آماری ۱۰۰ درصدی نشان می‌دهد دقت آماری این آزمون مطلوب است. نتایج آزمون تحلیل تک متغیری برای مقایسه دو گروه آزمایش و گواه در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مرحله پس آزمون در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل تک متغیری تأثیر متغیری تأثیر نمایش درمانی بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

متغیرهای پژوهش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	حجم اثر
محرومیت هیجانی	۱۱/۱۵	۱	۱۱/۱۵	۱/۲۷	۰/۲۷	۰/۰۵۳
طرد/ بی ثباتی	۱۸/۹۷	۱	۱۸/۹۷	۲/۹۳	۰/۱	۰/۱۱۳
بی کفایتی / وابستگی	۴۱/۲۷	۱	۴۱/۲۷	۴/۴۳	۰/۰۴	۰/۱۶۲
نقص/ شرم	۴۱/۰۰۴	۱	۴۱/۰۰۴	۸/۰۸	۰/۰۰۹	۰/۲۶
بی اعتمادی / بدرفتاری	۱۴۷/۶۳	۱	۱۴۷/۶۳	۲۷/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۵۴۳
انزوای اجتماعی / بیگانگی	۸۶/۶۳	۱	۸۶/۶۳	۱۶/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶۱
شکست	۴۳/۸۴	۱	۴۳/۸۴	۶/۳۷	۰/۰۱۹	۰/۲۱۷
آسیب پذیری نسبت به بیماری	۹۰/۷۴	۱	۹۰/۷۴	۱۴/۱	۰/۰۰۱	۰/۳۸
خود تحول نایافته / گرفتار	۹۰/۰۱	۱	۹۰/۰۱	۲۸/۴	۰/۰۰۱	۰/۵۵۳
اطاعت	۶۸/۱۳	۱	۶۸/۱۳	۱۶/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۴۱۳
فداکاری	۶/۷۷	۱	۶/۷۷	۱/۴۲	۰/۲۴۵	۰/۰۵۸
بازداری هیجانی	۱۶/۷۴	۱	۱۶/۷۴	۲/۷۱	۰/۱۳	۰/۱۰۵
معیارهای سرسختانه/ بیش انتقادی	۳۶/۳۷	۱	۳۶/۳۷	۵/۱۱	۰/۰۳	۰/۱۸۲
استحقاق / بزرگ منشی	۵۷/۷	۱	۵۷/۷	۸/۷۲	۰/۰۰۷	۰/۲۷۵
خودکنترلی/ ناکافی	۸/۴	۱	۸/۴	۱/۰۹	۰/۳۰۷	۰/۰۴۵

براساس نتایج به دست آمده در جدول ۵، تفاوت میانگین نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه شامل بی کفایتی / وابستگی، نقص / شرم، بی اعتمادی / بدرفتاری، انزوای اجتماعی / بیگانگی، شکست، آسیب پذیری نسبت به بیماری، خود تحول نیافته / گرفتار، اطاعت، معیارهای سرسختانه / بیش انتقادی و استحقاق / بزرگ منشی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون معنی دار است ($P < 0.05$). به عبارت دیگر می‌توان گفت نمایش درمانی، در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون طرحواره‌های بی کفایتی / وابستگی (۱۶/۲ درصد)، نقص / شرم (۲۶ درصد)، بی اعتمادی / بدرفتاری (۵۴/۳ درصد)، انزوای اجتماعی / بیگانگی (۴۶/۱ درصد)، شکست (۲۱/۷ درصد)، آسیب پذیری نسبت به بیماری (۳۸ درصد)، خود تحول نیافته / گرفتار (۵۵/۳ درصد)، اطاعت (۴۱/۳ درصد)، معیارهای سرسختانه / بیش انتقادی (۱۸/۲ درصد) و استحقاق / بزرگ منشی (۲۷/۵ درصد) را بهبود داده است. براساس نتایج به دست آمده تفاوت میانگین نمرات دو گروه آزمایش یا نمایش درمانی و کنترل در طرحواره‌های محرومیت هیجانی، طرد، فداکاری، بازداری هیجانی و خود کنترلی ناکافی معنی دار به دست نیامده است ($P > 0.05$).

نتیجه گیری

نمرات پس آزمون طرحواره‌های ناسازگار اولیه (محرومیت هیجانی، طرد/ بی ثباتی، بی کفایتی / وابستگی، نقص / شرم، بی اعتمادی / بدرفتاری، انزوای اجتماعی / بیگانگی، شکست، آسیب پذیری نسبت به بیماری، خود تحول نیافته / گرفتار، اطاعت، فداکاری، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه / بیش انتقادی، استحقاق / بزرگ منشی و خودکنترلی / ناکافی) زنان سنتی - مدرنیته شهر اصفهان، در گروه تأثر درمانی نسبت به گروه گواه تفاوت معنی داری دارد. همانطور که در نتایج جدول ۵ مشاهده شد اثر تأثر درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه شامل بی کفایتی / وابستگی، نقص / شرم، بی اعتمادی / بدرفتاری، انزوای اجتماعی / بیگانگی، شکست، آسیب پذیری نسبت به بیماری، خود تحول نیافته / گرفتار، اطاعت، معیارهای سرسختانه / بیش انتقادی و استحقاق / بزرگ منشی مؤثر بوده است. به عبارت دیگر می‌توان گفت نمایش درمانی، در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون باعث بهبود این طرحواره‌های ناسازگار اولیه زنان سنتی - مدرنیته شهر اصفهان بوده است ($P < 0.05$) و در سایر ابعاد معنی دار نیست. چنان که مشاهده شد نتایج پژوهش حاضر، نشانگر اثر معنادار نمایش درمانی بر بهبود بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه شامل بی کفایتی / وابستگی، نقص / شرم، بی اعتمادی / بدرفتاری، انزوای اجتماعی / بیگانگی، شکست، آسیب پذیری نسبت به بیماری، خود تحول نیافته / گرفتار، اطاعت، معیارهای سرسختانه / بیش انتقادی و استحقاق / بزرگ منشی مؤثر بود. اگر چه در پیشینه پژوهشی، پژوهشی که اثر نمایش درمانی بر بهبود بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، مورد بررسی قرار دهد یافت نشد؛ یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های مشابه مورد بررسی قرار گرفت. می‌توان گفت که به طور ضمنی همسو با این یافته آقایی پورگواسرائی (۱۴۰۱)، وندن بروک و همکاران (۲۰۲۱) و رایموند و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند سینما درمانی در درمان طرحواره‌های ناسازگار مبتلایان به اختلال شخصیت اجتنابی مؤثر بود. قاسمی رحمت آبادی (۱۳۹۸) دریافتند که روان نمایشگری می‌تواند به عنوان یک درمان مؤثر در تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مشکلات رفتاری - هیجانی، مورد استفاده قرار گیرد، که به نوعی با این یافته همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که بر مبنای نظر وندن بروک و همکاران (۲۰۲۱) هنردرمانی‌ها پتانسیل لازم برای فراخوانی حالات هیجانی در مددجویان را دارند و بیماران در این جلسات نسبت به جلسات روان درمانی کلامی حالت‌های هیجانی سالم‌تری را نشان می‌دهند. نمایش درمانی از انواع هنردرمانی، به عنوان تکنیکی تجربی در بیرون کشیدن تجارب هیجانی و کار با بدن مانند یک متافور عمل کرده و با رویکردی غیرمستقیم و عینی زمینه‌های مختلف را در افراد هدف قرار می‌دهد.

همچنین از این رهگذر در جلسات درمانی اعضا با طرحواره‌ها، نحوه شکل‌گیری آن‌ها و تأثیری که این طرحواره‌ها بر زندگی فردی دارند آشنا شدند. این مسئله موجب شد که صحت تجربه‌هایی که همخوان تجربیات آنهاست به چالش کشیده شود. همچنین اعضا مهم‌ترین و مسلط‌ترین طرحواره حاکم بر زندگی خود را شناختند. از سوی دیگر آگاهی از اینکه برخی

طرحواره‌ها در واقع طرحواره‌های شرطی می‌باشند که در اثر طرحواره‌های اولیه ایجاد شده و در فهم بهتر علت برخی رفتارها کمک زیادی می‌کند (برای مثال در اعضای که با وجود تندی و مخالفت دوستی با عقاید و باورهای او، همچنان خواهان رابطه با فرد مقابل می‌باشد و هر روز بیشتر خود را با وی مطابقت می‌دهد مشخص شد. این طرحواره از طریق طرحواره طرد و رهاشدگی ایجاد شده و اعضای گروه از طریق نمایش به ایفای نقش‌هایی پرداختند که در آن فرد خود ابرازی بیشتری دارد. از طرفی، از آنجایی که نمایش درمانی تحلیل شناختی را با ابعاد تجربی و کنشی پیوند می‌دهد در عمل پیاده کردن تجربیات مختلف در صحنه نمایش منجر به درگیر شدن جسم و ذهن به رویدادی که هم اکنون در حال وقوع است می‌شود. در نتیجه نظرات و احساس‌هایی را به سطح آگاهی فرد منتقل کرده که فقط در حالت گفتگو در مورد آن مسئله، امکان پذیر نیست. وجوه غیرکلامی نه فقط در کم و کیف تجربه اثر دارند بلکه سرنخ‌هایی از انگیزش‌های نهفته درونی هستند مثلاً بروز رفتارهایی با شدت عصبانیت بیشتر یا حالت‌های ترس آشکارتر سبب آگاهی بهتر از طرحواره‌هایی می‌شود که ممکن است فرد را هدایت می‌کنند و تجربیات او را شکل می‌دهند. پس از اجرای یک نمایش که مرکز تعارض فرد نیست کارگردان باید با ظرافت خاص شخص اول را به سمت اجرای یک تعارض عمده و مرکزی بکشاند. در این گروه برخی اعضای گروه به جهت باورهای خود احساس طرد و رها شدگی از سوی اطرافیان خود مانند والدین یا فرزندان خود و در مراحل بعدی همسر داشتند. بیان احساس و عواطف مرتبط با این احساس رها شدگی و دریافت بازخورد از سوی تماشاچیان (سایر زنان سنتی - مدرنیته گروه) سبب ارائه راهکار مناسب برای اصلاح و تغییر آن گردید. در جلسات نمایش درمانی سعی می‌شود که مهارت شناخت هیجانات که زیربنای رفتار انسان به شمار می‌رود به زنان سنتی - مدرنیته حاضر در گروه آموزش داده شود تا یادگیری این مهارت، زمینه تصحیح تعاملات و بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه را فراهم سازد.

بنابراین، حضور زنان سنتی - مدرنیته در جلسات نمایش درمانی سبب می‌شود فرد از تاثیر طرحواره‌ها بر ادراکش از تجربیات آگاهی پیدا کند و طرحواره‌ها درباره منفی گرایی و بدبینی که به معنی تمرکز عمیق و مدام بر جنبه‌های منفی زندگی مانند درد، مرگ، دلخوری، عدم توافق، تعارض، گناه، مشکلات حل نشده و غیره همراه با دست کم گرفتن جنبه‌های مثبت و خوشبینانه زندگی یا غفلت از آنهاست و فرد در آن نگرش منفی نسبت به آینده دارد. بنابراین، صحنه تأثر درمانی در این پژوهش به عنوان آمیزه‌ای از روان درمانی و آموزش مهارت‌های اجتماعی، نمایش مشکلات روانی، اجتماعی در نظر گرفته شد. با استفاده از داستان‌ها، بازی نمایش، بداهه گوئی و تمرین‌های خاص در زمینه ایجاد احساس مثبت، توانمندی‌های محیطی، تشویق و ایجاد احساس کنترل بیشتر در افراد استفاده از الگوهای نقش و اجرای نقش استفاده از خودجوشی و خلاقیت و به خصوص کمک به بیان احساسات بیان نشده، همگی توانسته‌اند تأثیر مثبت بر رفتار و عملکرد فرد در موقعیت‌های فشارزا داشته باشند. در نمایش روانی که روشی برای بررسی روابط عاطفی و مشکلات فرد با دیگران می‌باشد. پس از پایان ایفای نقش اعضای گروه باید پاسخ خود را بصورت بازگو کردن احساسات خود نسبت به ایفای نقش بگویند و این عکس العمل به عنوان باز خوردی برای تغییر رفتار و کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه مورد استفاده قرار می‌گیرد. یافته دوم این فرضیه حاکی از آن است که تفاوت معناداری میان نمرات طرحواره‌های محرومیت هیجانی، طرد، فداکاری، بازداری هیجانی و خود کنترلی ناکافی در مرحله پس از آزمون در دو گروه نمایش درمانی و گواه به دست نیامد؛ با این وجود بررسی میانگین‌ها روند کاهشی را برای اثربخشی نمایش درمانی، در هر پنج خرده مقیاس، نشان می‌دهد. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجا که ساختارهای طرحواره‌های محرومیت هیجانی، طرد، فداکاری، بازداری هیجانی و خود کنترلی ناکافی در طول زمان شکل گرفته‌اند، اثر بر سازه طرحواره‌های ناسازگار اولیه دشوار و نیازمند مداخله‌های طولانی مدت‌تری است.

به نظر می‌رسد این می‌تواند به این دلیل باشد که تمرین‌های مرتبط با نمایش درمانی، اغلب به چند هفته تا چند ماه زمان نیاز دارند؛ لذا در مدت زمان کوتاه جلسات درمانی به دلیل کمبود زمان، امکان تطابق کامل تمرین‌های مزبور با شرایط مداخله میسر نبود. اما به نظر هولمز (۲۰۱۵) ایفای نقش به فرد اجازه می‌دهد تا به بیان مشکلات خود بپردازد، هیجان‌های

خود را عرضه کند، تعارض های عمیق خود را به سطح بکشاند و در نهایت با هیجان ها و محیط خود روبه رو شود. به نظر می رسد نمایش درمانی توانسته است به میزان کم زنان سنتی- مدرنیته را به سمت خودآگاهی و خودارزیابی درونی متوجه سازد که دلیل روند کاهش جزئی میانگین ها در مرحله پس آزمون و در گروه آزمایش بوده است. بنابراین محتمل است که با انجام مداخلات مزبور در مدت زمان کافی، تبیین های دقیق تری در خصوص میزان اثربخشی نمایش درمانی بر طرحواره های محرومیت هیجانی، طرد، فداکاری، بازداری هیجانی و خود کنترلی ناکافی در مرحله پس آزمون به دست آورد. بنابراین شاید انجام پژوهش هایی دیگر در این راستا بتواند شواهد بیشتری را در خصوص اثربخشی این درمان به دست دهد. پژوهش بر روی زنان سنتی-مدرنیته شهر اصفهان صورت گرفته است انجام گرفت و با توجه به این که مسایل فرهنگی در زندگی افراد تاثیر دارد، توصیه می شود پژوهش های مشابهی در سایر مناطق کشور انجام گیرد تا بتوان در مورد تعمیم یافته های این پژوهش تصمیم گیری بهتری نمود. در پژوهش های آتی، این مداخله بر روی مردان سنتی-مدرنیته و زنان سنتی-مدرنیته اجرا شود. اثر نمایش درمانی بر ابعاد مختلف زندگی روی زنان سنتی-مدرنیته شهر اصفهان در مقایسه با سایر رویکردهای درمانی از جمله هنر درمانی، شناخت درمانی، نقاشی درمانی، فراشناخت درمانی غیره مورد مطالعه قرار گیرد. اعتباریابی نتایج این پژوهش مستلزم تحقیقات بیشتری در این زمینه است. لذا پیشنهاد می شود که پژوهش با موضوع اثر نمایش درمانی بر طرحواره های ناسازگار روی زنان سنتی-مدرنیته شهر اصفهان مجدد صورت گیرد و نتایج با یافته های پژوهش حاضر مقایسه شود. برای بررسی اثر نمایش درمانی بر طرحواره های ناسازگار زنان سنتی-مدرنیته شهر اصفهان از روش های عینی تر (مصاحبه نیمه ساختاریافته) در پژوهش های آتی استفاده شود. در خاتمه پیشنهاد می شود پژوهش های مشابهی با دوره های پیگیری بلند مدت صورت بگیرد.

منابع

- آقائی پور گواسرائی، مائده. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی و سینما درمانی در بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه و مزاج اجتناب از آسیب در افراد مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی: مطالعه تک موردی. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*. ۹ (۵): ۱۲۹-۱۱۵
- پرمو، فلاح توتکار، حجت، چنگیزی، اسماعیل، فرجیهای قزوینی، محمد حسین. (۲۰۲۰). از سنت گرایی تا نوگرایی: تحولات نظام آموزشی در آسیای مرکزی. *تاریخ و تمدن اسلامی*. ۱۶ (شماره ۱)، ۲۴۷-۲۲۱.
- تسلیمیان، ندا، نصرتی، رفیق، ماسوری. (۱۴۰۰). مطالعه کاربرد نمایش درمانی از طریق بداهه سازی های اجرایی برای کمک به پیشگیری از اعتیاد در نوجوانان حاشیه نشین شهر ساری. *مطالعات هنرهای زیبا*. ۲ (۴)، ۵۳-۴۶.
- شفیلد، آ.، والر، جی.، امانوئلی، اف.، موری، جی.، و مایر، سی. (۲۰۰۵). پیوندهای بین والدین و باورهای اصلی: اعتبارسنجی روان سنجی اولیه پرسشنامه فرزندپروری جوان. *شناخت درمانی و تحقیقات*. ۲۹، ۷۸۷-۸۰۲.
- فرازمند، شیرین، محمدخانی، پروانه، پورشهباز، دولتشاهی. (۱۳۹۶). نقش منابع بدرفتاریهای عاطفی دوران کودکی در پیشبینی طرحواره های ناسازگار شرطی و غیر شرطی در بزرگسالی. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*. ۴۴ (۱۱)، ۴۰-۵۰.
- قاسمی رحمت آبادی، شهلا. (۱۳۹۶). اثربخشی روان نمایشگری بر طرحواره های ناسازگار اولیه و مشکلات رفتاری-هیجانی نوجوانان دختر تک والد. *پژوهشنامه تربیتی*. ۱۱ (۴۷)، ۱۳۲-۱۱۳.
- قاسمی رحمت آبادی، شهلا، یزدخواستی، عریضی. (۲۰۱۶). اثربخشی روان نمایشگری بر طرحواره های ناسازگار اولیه و مشکلات رفتاری-هیجانی نوجوانان دختر تک والد. *پژوهشنامه تربیتی*. ۴۷ (۱۱)، ۱۱۳-۱۳۲.
- کراوس، ای. (۲۰۰۳). نقش سبک شخصیت زنانه، کلیشه سازی و خود ناسازگاری در بهبودی زنان از آزار کودکی. دانشگاه دوک.
- هولمز، پی. (۲۰۱۵). *دنیای درونی بیرون: نظریه روابط شی و روان درام*. راتلج.

- Blackman, J. S. (۲۰۰۴). *101 defenses: How the mind shields itself*. Psychology Press.
- Cohen, D. , Delaroche, P. , Flament, M. F. , & Mazet, P. (۲۰۱۴). *Case report: Individual psychodrama for treatment resistant obsessive-compulsive disorder*. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* , ۶۲(۱), ۱۹-۲۱.
- Khorshidian, N., Hashemian, S. S., Meftagh, S. D., & Najimi, A. (۲۰۱۷). Burnout among the employees of health and therapy entities: investigating the role of early maladaptive schemas and mental disorder symptoms. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(۴).
- Khorshidian, N., Hashemian, S. S., Meftagh, S. D., & Najimi, A. (۲۰۱۷). Burnout among the employees of health and therapy entities: investigating the role of early maladaptive schemas and mental disorder symptoms. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(۴), ۳۲۳.
- Lawrence, P. J., & Williams, T. I. (۲۰۱۱). Pathways to inflated responsibility beliefs in adolescent obsessive-compulsive disorder: a preliminary investigation. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 39(۲), ۲۲۹-۲۳۴.
- Mashhadi, H. B., Poor, M. N., Malvirani, M., & Fakhraei, A. A. (۲۰۱۷). Comparing early maladaptive schemas and defense mechanisms with religious attitude: A case of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Research on Religion & Health*, 3(۳).
- Mashhadi, H. B., Poor, M. N., Malvirani, M., & Fakhraei, A. A. (۲۰۱۷). Comparing early maladaptive schemas and defense mechanisms with religious attitude: A case of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*, 3(۳), ۱۸-۳۰.
- McCarthy, M. C., & Lumley, M. N. (۲۰۱۲). Sources of emotional maltreatment and the differential development of unconditional and conditional schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(۴), ۲۸۸-۲۹۷.
- Rimonda R, Wibowo ME, Jafar M. (۲۰۱۸). The effectiveness of group counseling by using cognitive behavioral therapy approach with cinematherapy and self-talk techniques to reduce social anxiety at SMK N ۲ Semarang. *Journal Bimbingan Konseling*, ۷(۲), ۱۴۵-۱۵۲.
- Van den Broek EP, Strijbos N, Vromen J, van Duursen S, Cousijn J, Bosschaert L, Zeegers L, van Zeeland G, Pouwels S, van den Berge M. (۲۰۲۱). A pilot study of arts therapy techniques to evoke emotional states in forensic patients. *The Arts in Psychotherapy*, ۷۴, ۱۰۱۷۹۸.