



اثربخشی روان‌نمایش‌گری بر هوش معنوی و هوش هیجانی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد

هانیه خورسند^۱، مژگان بهراد^۲^۱ کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، مؤسسه آموزش عالی امام جواد (ع) یزد

khorsand.ha77@gmail.com

۰۹۱۶۲۶۰۲۸۴۶

^۲ دکتری، مدرس گروه علوم انسانی، روانشناسی عمومی و علوم تربیتی، مؤسسه آموزش عالی امام جواد (ع) یزد

m.behrad@iju.ir

چکیده

مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی با انواع انتخاب‌های مشکل و پیچیده در برخورد با مسائل فرزندان خود مواجه هستند که با آشفتگی در هیجانات مبتنی بر هوش هیجانی و کاهش هوش معنوی در آنان همراه است. روان‌نمایشگری از جمله روش‌هایی است که گمان می‌رود باعث افزایش هوش معنوی و هوش هیجانی افراد شود. این تحقیق با هدف بررسی اثربخشی روان‌نمایش‌گری بر هوش معنوی و هوش هیجانی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد انجام شد. این تحقیق از نظر هدف کاربردی و از نظر ماهیت، نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بوده است. جامعه آماری کلیه مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی مرکز توان‌بخشی آرام شهرستان یزد در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بودند که بر اساس معیارهای ورود و خروج تعداد ۳۰ نفر به روش تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه مساوی آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها در این تحقیق پرسشنامه‌های استاندارد، هوش معنوی کینگ (۲۰۰۸) و هوش هیجانی وونگ و لاو (۲۰۰۲) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه‌های این تحقیق با کمک روش‌های آمار توصیفی و استنباطی شامل از جمله تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک متغیره و نرم‌افزار SPSS مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج نشان داد شرکت در دوره‌های روان‌نمایشگری باعث بهبود در هوش معنوی و هوش هیجانی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد شده است.

واژگان کلیدی: روان‌نمایشگری، هوش معنوی، هوش هیجانی، مادران، دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی

۱- مقدمه

یکی از گروه‌های قابل ملاحظه در دسته‌بندی کودکان با نیازهای ویژه، افراد کم‌توان ذهنی هستند. کم‌توانی ذهنی، اختلالی توسعه‌ای می‌باشد که بر کارکردهای اجرایی کودکان تأثیر معنی‌داری دارد (طیبی ماسوله و همکاران، ۱۴۰۲). وجود کودکان کم‌توان ذهنی در خانواده موجب یأس، سرخوردگی و انزوای افراد و خانواده‌ها و فشار آن‌ها به مسائل گوناگونی بر تک‌تک اعضای خانواده و والدین به‌عنوان واحد زناشویی و نظام کلی خانواده به‌عنوان خانواده بروز می‌کند. والدین این کودکان ممکن است از داشتن چنین فرزند به‌شدت رنج ببرند و دچار حالاتی همچون افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس و خجالت شوند و حتی آرزوی مرگ داشته باشند (نعمتی نیا، ۱۳۹۵). کم‌توانی ذهنی، کم‌توانی است با محدودیت‌های معنادار، در کارکرد هوشی و رفتار سازشی، به شکلی که رفتار سازشی به‌صورت مهارت‌های سازشی مفهومی، اجتماعی و عملی بیان می‌گردد. این اختلال معمولاً قبل از هجده‌سالگی به وجود می‌آید (مقتدر و همکاران، ۱۳۹۸). مراقبت مداوم از کودکان کم‌توان ذهنی اغلب برای والدین بخصوص مادران این کودکان، استرس‌زا است، زیرا مشکلات این کودکان به‌طور اجتناب‌ناپذیری زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تأثیرات آن بر کانون خانواده می‌تواند گسترده، محدودکننده و مخل باشد و ممکن است ماهیت اقتصادی، اجتماعی و عاطفی داشته باشد (خمیس^۱، ۲۰۰۷). مادران به‌عنوان مراقبان اولیه معمولاً نقش بسیار مهمی در زندگی فرزندان خود دارند. اگرچه مراقبت از فرزندان خود به‌عنوان پرستار یک شغل غیرمنتظره با پیچ‌وتاب است. مراقبت از کودک کم‌توان ذهنی معمولاً به دلیل مشکلات سلامتی، نیازهای مالی، نیازهای زمانی و مشکلات مشارکت اجتماعی، مانند شغل شغلی، والدین را با فشارهای متعددی مواجه می‌کند. با توجه به شرایط سختی که این والدین با آن مواجه هستند، داشتن فرزند کم‌توان ذهنی می‌تواند منجر به مشکلات روانی در والدین شود (پوردانی و ساکسنا^۲، ۲۰۲۰).



به‌طور کلی خانواده‌های دارای کودکان کم‌توان ذهنی به لحاظ داشتن کودکی متفاوت از سایرین، با مشکلات متنوعی در زمینه نگهداری، آموزش و پرورش این کودکان مواجه می‌باشند که تمامی این مسائل می‌تواند بر صفات شخصیتی از جمله تاب‌آوری، هوش هیجانی، هوش معنوی^۱ و ... والدین اثرات مخربی گذاشته و باعث فشارهایی گردد که باعث برهم خوردن آرامش و یکپارچگی خانواده گردد (شیخی زاویه، ۱۳۹۶). در این بین هوش معنوی و هیجانی به عنوان عاملی مهم در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی برای والدین این دست از کودکان می‌باشند (یو و همکاران، ۲۰۰۶). هوش معنوی به معنای مجموعه‌ای از قابلیت‌های فرد در ارتباط با منابع معنوی و دربردارنده نوع مؤثری از سازگاری و رفتار حل مسئله است که بیشترین سطح رشد در حیطه‌های مختلف شناختی، اخلاقی، هیجانی و بین فردی را ایجاد می‌کند و فرد را در جهت هماهنگی با پدیده‌های اطرافش و دستیابی به یکپارچگی درونی و بیرونی یاری کرده و فرد را قادر می‌سازد تا فعالیت‌ها و زندگی خود را در مسیری عمیق، غنی و پرمعنا هدایت کند (افشانی و ابویی، ۱۴۰۱). هوش هیجانی، استفاده هوشمندانه از عواطف و احساسات است که مجموعه‌ای از مهارت‌ها و خصایص فردی را در بردارد. هوش هیجانی توانایی شناسایی احساسات خود و دیگران، به‌منظور برانگیختن، اداره احساسات و روابط خود تعریف شده است. هوش هیجانی شامل چهار مؤلفه خودآگاهی^۲، خودمدیریتی^۳، دیگر آگاهی^۴ و مدیریت روابط اجتماعی^۵ است (هادی زاده مقدم و همکاران، ۱۳۹۰). روان‌نمایشگری (سایکودرام) یک مدل درمانی تجربی است که توسط جاکوب مورنو^۶ (۱۹۴۶) طراحی شده است. در طول جلسات روان‌درام، شرکت‌کنندگان دنیای درونی خود را به نمایش می‌گذارند و احساسات، افکار و رفتارها را بررسی می‌کنند. مدل روان‌درام مبتنی بر نظریه‌های کنش، خودانگیختگی و خلاقیت است و وسیله‌ای مؤثر برای ترویج تغییر از طریق به کارگیری راه‌حل‌های خلاقانه برای مسائل قبلی است (تستونی و همکاران، ۲۰۲۳). روان‌نمایشگری، یک روش روان‌درمانی و مبتنی بر کنش اجتماعی درمانی است که دارای فرآیند چندبعدی و تعاملی است و می‌تواند برای توسعه یکپارچگی شناختی، عاطفی و رفتاری، هوش هیجانی فرد استفاده شود و به‌طور خاص، تغییرات رفتاری را به ویژه در افراد مبتلا به ناسازگاری و ترویج می‌کند (آلبال و همکاران^۷، ۲۰۲۱). تحقیقات حاکی از تأثیر روان‌نمایشگری بر کاهش اختلالات رفتاری و بهبود کنش‌های اجرایی و مهارت‌های اجتماعی و افزایش خود نظم‌جویی هیجانی است (گاتا و همکاران^۸، ۲۰۱۰). در مرور ادبیات، تعداد محدودی از مطالعات وجود دارد که تأثیر تکنیک روان‌نمایشگری را بر سازگاری مادران با رابطه نقش‌جديدشان در رویارویی با کم‌توانی ذهنی فرزندان نشان بررسی می‌کنند (مرال و الدیریم^۹، ۲۰۲۰). با توجه به مطالب بیان شده در این مطالعه اثربخشی روان‌نمایش‌گری بر هوش معنوی و هوش هیجانی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد مورد بررسی قرار گرفت.

۲- مبانی نظری، ادبیات پژوهش

۲-۱- کودک کم‌توان ذهنی

یکی از گروه‌های قابل‌ملاحظه در دسته‌بندی افراد با نیازهای ویژه، افراد کم‌توان ذهنی^{۱۰}، می‌باشند. متخصصان بالینی در صورتی افراد را مبتلا به ناتوانی عقلانی تشخیص می‌دهند که کمبودهای عقلانی داشته و برای نخستین بار در زمان کودکی آشکار شده باشند (طیبی ماسوله و همکاران، ۱۴۰۲). افراد دارای ناتوانی ذهنی دارای نقایص رشد عصبی هستند که با محدودیت در عملکرد فکری و رفتار انطباقی مشخص می‌شود. این ناتوانی‌ها از بدو تولد شروع می‌شوند و قبل از ۱۸ سالگی ظاهر می‌شوند و می‌توانند با تعداد قابل‌توجهی از مشکلات مرتبط و هم‌زمان، از جمله سلامت روان (مانند افسردگی و اضطراب)، رشد عصبی (مانند اختلالات طیف اوتیسم و کمبود توجه) همراه باشند (هوانگ و همکاران^{۱۱}، ۲۰۱۶). اختلال کم‌توان ذهنی از جنبه‌های گوناگون روان‌شناختی، زیست‌شناختی و آموزشی قابل‌تعریف است. علاوه بر آن محققان و مؤسسات علمی زیادی عقب‌ماندگی ذهنی را مورد مطالعه قرار داده‌اند که معتبرترین آن‌ها انجمن عقب‌ماندگی ذهنی آمریکا است. این انجمن از آغاز تأسیس خود در سال ۱۸۷۶ تاکنون در زمینه‌های شناخت، تعریف، طبقه‌بندی، موضوع کم‌توان ذهنی را هدایت کرده است و در سال ۱۹۲۱ با همکاری کمیته بهداشت روانی، نخستین ویرایش کتاب راهنمای خود را درباره تعریف کم‌توان ذهنی منتشر کرد و در سال ۱۹۳۳ ویرایش دوم و در سال ۱۹۴۱، ویرایش سوم آن را انتشار داد. کمیته اصطلاح‌شناسی انجمن مذکور، چهارمین ویرایش به انضمام سیستم طبقه‌بندی بر اساس سبب‌شناسی را در سال ۱۹۵۷ به

1 Spiritual intelligence
2 Self-awareness
3 Self-management
4 Social awareness
5 Managing relationships
6 Moreno
7 Albal et al
8 Gatta et al
9 Meral & Yildirim
10 Intellectual disabilities(ID)
11 Huang et al



اطلاع عموم رساند و ویرایش پنجم کتاب راهنما در مورد اصطلاح‌شناسی و طبقه‌بندی در سال ۱۹۵۹ منتشر شد و در سال ۱۹۶۱ با اصلاحات جزئی تجدید چاپ گردید. کم‌توان ذهنی اختلالی است که با محدودیت‌های معنادار در کنش‌وری هوش و رفتار سازشی مشخص می‌گردد. افراد کم‌توان ذهنی مشکلاتی را در فعالیت‌های روزمره بسته به شدت نارسایی شناختی تجربه می‌کنند. تظاهرات کم‌توان ذهنی بسیار متنوع است. برخی افراد با این اختلال در جامعه تا حدی مطلوب و مستقل عمل می‌کنند و برخی دیگر نارسایی‌های شناختی و فیزیکی معنادار دارند و برای انجام فعالیت‌های روزمره به کمک‌های قابل‌ملاحظه‌ای نیاز دارند (خان‌زاده، ۱۳۹۰).

افراد کم‌توان ذهنی با توجه به عواملی که باعث ایجاد عقب‌ماندگی در آن‌ها شده و همچنین با توجه به میزان و شدت عقب‌ماندگی، گروه بسیار نامتجانس و طیف بسیار وسیعی را تشکیل می‌دهند. عده‌ای هم‌زمان با درجاتی از کم‌توان ذهنی ممکن است دارای اختلالات رفتاری نیز در اشکال مختلف باشند، برخی دیگر همراه با کم‌توان ذهنی مبتلا به انواع اختلالات روانی هستند و عده‌ای نیز در کنار کم‌توان ذهنی دارای نقص عضو و مشکلات متعدد حرکتی می‌باشند. این موضوع و شرایط، طبقه‌بندی افراد کم‌توان ذهنی را با مشکل جدی مواجه می‌سازد. از طرف دیگر متخصصین مختلف نیز با دیدگاه‌ها و اهداف متفاوتی طبقه‌بندی‌های گوناگونی ارائه می‌کنند با توجه به مجموعه این شرایط طبقه‌بندی افراد کم‌توان ذهنی کاری است بسیار دشوار و شاید بتوان گفت که یک طبقه‌بندی دقیق عبارت از تعداد کلیه افراد کم‌توان ذهنی می‌باشد (افروز، ۱۴۰۲).

علائم مختلفی از ناتوانی ذهنی در کودکان وجود دارد. علائم ممکن است در دوران شیرخوارگی ظاهر شوند یا ممکن است تا زمانی که کودک به سن مدرسه نرسیده، قابل‌توجه نباشد. این علائم، اغلب به‌شدت ناتوانی بستگی دارد. برخی از شایع‌ترین علائم ناتوانی ذهنی عبارتند از (بهانداری^۱، ۲۰۲۲):

- غلت زدن، نشستن، خزیدن یا دیر راه رفتن.
- دیر صحبت کردن یا مشکل در صحبت کردن.
- تسلط آهسته بر چیزهایی مانند آموزش لگن، لباس پوشیدن و غذا دادن به خود.
- مشکل در به خاطر سپردن چیزها.
- ناتوانی در ارتباط دادن اعمال با پیامدها.
- مشکلات رفتاری مانند عصبانیت‌های انفجاری.
- مشکل در حل مسئله یا تفکر منطقی.
- ویژگی‌های اصلی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر به این شرح است (همتی و شجاعی، ۱۳۹۶):
- مشکل در خواندن، نوشتن و درک مطلب
- ضعف در درک و یادگیری مفاهیم و مهارت‌های پایه ریاضی
- مهارت‌های هماهنگی ضعیف
- فقدان استدلال منطقی
- مشکل در یادآوری اطلاعات
- مشکل در سازمان‌دهی و مدیریت امور شخصی و...

خانواده‌های کودکان کم‌توان ذهنی ممکن است با چالش‌های زیادی روبرو شوند. داده‌های نشان‌دهنده جمعیت نشان داده‌اند که والدین کودکان دارای ناتوانی ذهنی در مقایسه با والدین کودکانی که معمولاً در حال رشد هستند یا مراقبان افرادی با سایر شرایط مادام‌العمر به احتمال زیاد فقر، سلامت جسمانی ضعیف‌تر و بار مراقبت بیشتری را تجربه می‌کنند. این چالش‌های مختلف ممکن است منجر به اثرات منفی بر پویایی خانواده شود (ضبییدی و همکاران^۲، ۲۰۲۳). افراد دارای معلولیت بزرگ‌ترین اقلیت جهان هستند. یک میلیارد نفر در سراسر جهان با نوعی ناتوانی زندگی می‌کنند که تقریباً ۱۵ درصد از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهد. ناتوانی نه تنها بر زندگی افرادی که مستقیماً تحت تأثیر قرار می‌گیرند تأثیر می‌گذارد، بلکه تأثیرات سرریزی مهمی بر اعضای خانواده دارد. در این راستا تولد و حضور کودک دچار کم‌توانی ذهنی در هر خانواده‌ای می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش‌زا برای اعضای خانواده محسوب شود، که به احتمال فراوان تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و نومیدی را به دنبال خواهد داشت (بالبو و بولانو^۳، ۲۰۲۴).

1 Bhandari
2 Zabidi et al
3 Balbo & Bolano



۲-۲- هوش معنوی

هوش معنوی بیانگر مجموعه‌ای از توانایی‌ها و ظرفیت‌هایی معنوی است که کاربر است آن‌ها در زندگی روزانه می‌تواند موجب انطباق‌پذیری فرد گردد. هوش معنوی موجب یافتن معنا و اهداف در زندگی است (کینگ^۱، ۲۰۰۸). این نوع هوش مفاهیم معنویت و هوش را در مفهوم جدیدی ترکیب ساخته است. سازه هوش معنوی یکی از مفاهیمی است که در پرتو توجه و علاقه جهانی روان‌شناسان به حوزه معنویت شکل گرفته است. همچنین هوش معنوی به واسطه کنش آن در یکپارچه کردن هوش عقلانی و هوش هیجانی بایستی بعد از این دو هوش گسترش یابد. این کنش یکپارچه کننده هوش معنوی تکامل بین فرایندهای تفکر منطقی و هیجان را تسهیل می‌کند و این قابلیت را نیز دارد که نتیجه تعامل آن‌ها را به کلی تغییر دهد و بدین واسطه، موجب رشد و دگرگونی شخصی شود (هوشیاری و همکاران، ۱۴۰۱).

در اصل، معنویت مفهومی گسترده‌تر و فراگیرتر است که باورها و تجربیات شخصی مختلف مرتبط با امر متعالی را دربرمی‌گیرد، درحالی‌که هوش معنوی اصطلاحی متمرکزتر است که به جنبه خاصی از هوش انسانی مرتبط با جهت‌یابی و معنا بخشیدن به جنبه‌های معنوی یا وجودی زندگی اشاره می‌کند (فیدلیس و همکاران^۲، ۲۰۲۴).

هوش معنوی سازه‌های هوش و معنویت را در یک سازه ترکیب کرده است. درحالی‌که معنویت جستجو برای یافتن عناصر مقدس، معنایابی، هوشیاری بالا و تعالی است. هوش معنوی شامل توانایی برای استفاده از چنین موضوعاتی است که می‌تواند کارکرد و سازگاری فرد را پیش‌بینی کند. پس این توانایی بایستی در حل مسئله زندگی و رسیدن افراد به اهداف نهایی و منجر به سازگاری بهتر آنان گردد (اسفندیاری، ۱۳۹۲). با توجه به تعریف هوش، معنویت ممکن است امری شناختی یا انگیزشی باشد که مجموعه‌ای از مهارت‌های سازگاری و منابعی را که حل مسئله و دستیابی به هدف را تسهیل می‌کند، معرفی می‌نماید (رقیبی و قره‌چاهی، ۱۳۹۲).

کینگ معتقد است که هوش معنوی، ظرفیت و توانایی منحصر به فردی را در شخص ایجاد می‌کند تا معنا را در زندگی درک کند و به موقعیت‌های معنوی بالاتر راه یابد. کینگ (۲۰۰۸) نسبت به هوش معنوی رویکرد تجربی دارد و این سازه را مجموعه‌ای از ظرفیت‌های ذهنی تعریف می‌کند که به آگاهی، ادغام و کاربرد تطبیقی جنبه‌های غیرمادی و تعالی وجود فرد کمک می‌کند و به نتایجی مانند تأمل عمیق وجودی، تقویت معنا، شناخت خود متعالی و تسلط بر حالات روحی منجر می‌شود. او مدلی چهار عاملی از هوش معنوی ارائه می‌دهد. طبق تعریف کینگ، هوش معنوی شامل چهار مؤلفه تفکر انتقادی، تولید معنای شخصی، آگاهی متعالی و بسط حالت هشیاری می‌باشد (اسکریپینسکا^۳، ۲۰۲۱).

۲-۳- هوش هیجانی

یکی از متغیرهای روان‌شناختی که محققان معتقدند می‌تواند در بروز یا عدم بروز و کنترل افسردگی مؤثر باشند، هوش هیجانی است و یکی از ابعاد بسیار مهم هوش هیجانی توانایی تأمل درباره هیجان‌های خود و مدیریت آن‌هاست (سالووی و همکاران^۴، ۲۰۰۲). افراد به صورت مستمر درباره احساسات خود از طریق نظارت، ارزشیابی و تنظیم آن‌ها می‌اندیشند که این فرایند تجربه فراخلقی^۵ نامیده می‌شود. در حقیقت، این متغیر هوش هیجانی ادراک شده به معنای دانش و باورهای افراد درباره توانایی‌های هوش هیجانی خودشان است. باید توجه داشت توانایی فوق ظرفیت و توانایی واقعی فرد در زمینه هوش هیجانی نیست، بلکه باورها و تصورات وی درباره آن است. چنین باورهایی تفکرات هشیارانه فرد در خصوص پاسخ‌های هیجانی خود هستند (میکائیل منیع، ۱۳۸۸).

در سال ۱۹۹۵ گلمن^۶ با چاپ کتاب خود، هوش هیجانی را مجدداً سر زبان‌ها انداخت. وی بیان داشت که انسان دو ذهن دارد؛ با یکی فکر می‌کند و با یکی احساس می‌کند. تقسیم ذهن به دو بخش هیجانی و خردگرا، مانند تمایزی است که برخی میان (قلب و سر) قائلند. این دو ذهن به طور کامل مستقل بوده و مداربندی متمایزی در مغز دارند؛ اما در عین تمایز، درهم تنیده هستند و بسیاری از مواقع هماهنگی فوق‌العاده‌ای دارند؛ احساس لازمه فکر و فکر لازمه احساس است. گلمن (۲۰۱۱) هوش هیجانی را به منزله زیرمجموعه‌ای از هوش اجتماعی تعریف کرده است؛ یعنی کنار آمدن با مردم، مهار هیجان‌ها در روابط با انسان‌ها و توانایی ترغیب یا راهنمایی دیگران (گلمن، ۲۰۱۱).

هوش هیجانی، ظرفیت پردازش دقیق و مؤثر اطلاعات هیجانی از جمله توانایی نظارت بر احساسات و عواطف خود و دیگران، تمایز قائل شدن بین آن‌ها و استفاده از این اطلاعات برای هدایت تفکر و اعمال خود است. شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد هوش هیجانی نقش مهمی در

1 King

2 Fidelis et al

3 Skrzyńska

4 Salovey et al

5 Meta-mood experience

6 Goleman



زندگی روزمره ایفا می کند. تحقیقات نشان داده است که هوش هیجانی می تواند تعاملات اجتماعی موفق عملکرد شغلی، سلامت روان و بهزیستی عاطفی را پیش بینی کند (پن و همکاران^۱، ۲۰۱۴).

هوش هیجانی به عنوان توانایی نظارت بر احساسات و عواطف خود و دیگران، تمایز قائل شدن بین آن ها و به کارگیری این اطلاعات جهت هدایت افکار و اعمال فرد تعریف شده است (مقتدر و همکاران، ۱۳۹۸).

هوش هیجانی به طور کلی به عنوان یک ساختار چندبعدی در نظر گرفته می شود. بیشتر مفهوم سازی های این ساختار به یک یا چند مورد از مؤلفه های اساسی از جمله (۱) توانایی آگاهی و بیان احساسات، (۲) توانایی آگاهی از احساسات دیگران؛ (۳) توانایی مدیریت و تنظیم احساسات، (۴) توانایی کنار آمدن واقع بینانه و انعطاف پذیر با موقعیت فوری؛ و (۵) توانایی ایجاد عاطفه مثبت به منظور ایجاد انگیزه کافی برای دستیابی به اهداف شخصی می پردازد (هرتل و همکاران^۲، ۲۰۰۹). در همین راستا، محققان پیشنهاد می کنند که چهار سطح مختلف از هوش هیجانی شامل ادراک هیجانی^۳، توانایی استدلال با استفاده از احساسات^۴، توانایی درک احساسات^۵ و توانایی مدیریت احساسات^۶ وجود دارد (لهمان^۷، ۲۰۲۴):

- درک احساسات: اولین گام در درک احساسات، درک دقیق آن هاست. در بسیاری از موارد، این ممکن است شامل درک علائم غیرکلامی مانند زبان بدن و حالات چهره باشد.

- استدلال با احساسات: مرحله بعدی شامل استفاده از احساسات برای ارتقای تفکر و فعالیت های شناختی است. احساسات به اولویت بندی آنچه توجه می کنیم و به آن واکنش نشان می دهیم کمک می کند. ما به چیزهایی که توجه ما را به خود جلب می کند، از نظر احساسی واکنش نشان می دهیم.

- درک عواطف: احساساتی که ما درک می کنیم می توانند دارای معانی گسترده ای باشند. اگر کسی احساسات خشمگینانه را ابراز می کند، ناظر باید علت عصبانیت فرد و معنای آن را تفسیر کند. به عنوان مثال، اگر رئیس شما عصبانی رفتار می کند، ممکن است به این معنی باشد که از کار شما ناراضی است، یا ممکن است به این دلیل باشد که صبح همان روز در راه سر کار بلیط سرعت گرفته است یا اینکه با شریک زندگی خود دعوا کرده اند.

- مدیریت عواطف: توانایی مدیریت مؤثر احساسات بخش مهمی از هوش هیجانی و بالاترین سطح است. تنظیم عواطف و واکنش مناسب و همچنین پاسخ به احساسات دیگران، همه جنبه های مهم مدیریت هیجانی هستند.

۲-۴- روان نمایش گری

روان نمایش گری یکی از شاخه های هنر درمانی است که به شیوه گروه درمانی انجام می شود و این فن فرد به جای فقط صحبت کردن در مورد مسئله اش، آن مسئله را بازی می کند و از سوی دیگر اعضاء بازخورد می گیرد و مشکلش را حل می کند. روان نمایش گری از فنون مهمی است که می تواند مسیر غلط تصمیم گیری و همچنین رسیدن به آرامش در صورت اتفاقات ناخوشایند افراد را تحت تأثیر قرار دهد. به عبارت دیگر، روان نمایش گری می تواند به هریک یا همه قلمروهای رفتاری شناختی، هیجانی و روابط بین فردی با توجه به آنچه درمان جو نیاز به تجربه کردن آن دارد متمرکز شود. در اصل روان نمایش گری یکی از انواع گروه درمانگری ها است که به شخص کمک می کند تا ابعاد روان شناختی مسئله اش را از طریق به نمایش درآوردن آن ها و نه فقط از راه گفتگو بازنگری و کشف کند (حمیدی و همکاران، ۱۳۹۹).

روان نمایش گری، رویکردی ویژه جهت تسهیل آزادسازی هیجانات در بند به منظور سازگاری و ایجاد رفتارهای جدید و شناخت بیشتر خود می باشد. روان نمایش گری بر خودجوشی، خلاقیت، عمل یا اجرا، خودآشکارسازی، قبول خطر درگیر شدن، اهمیت لحظه حال، اهمیت لمس و ارتباط غیرکلامی، ایجاد تصورات، ارزش طنز و عمق بخشی به تئاتر تأکید داشته که مجموع این فنون می تواند منجر به تخلیه هیجانی و بهبود سازه های روان شناختی گردد (کاشنیر و اورکبی^۸، ۲۰۲۱). روان نمایش گری به شرکت کنندگان کمک می کند تا روابط بین فردی خود را بهبود بخشند (آلبال و همکاران^۹، ۲۰۲۱). هر جلسه روان نمایش گری شامل سه مرحله است: گرم کردن، اجرا و اشتراک گذاری.

1 Pan et al
2 Hertel et al
3 Perceiving emotions
4 Reasoning with emotions
5 Understanding emotions
6 Managing emotions
7 Lehman
8 Kushnir & Orkibi
9 Albal et al



مرحله اول روان نمایش گری: گرم کردن^۱: معمولاً افرادی که در هر شکلی از مداخله‌ی گروهی حضور پیدا می‌کنند، در ابتدای امر، به درجات مختلف، اضطراب و مقاومت دارند، زیرا در چنین شرایطی فرد نمی‌تواند بدون هیچ مقدمه‌ای عمیق‌ترین و شخصی‌ترین مسائل و احساسات خود را در معرض دید دیگران قرار دهد. از جمله نگرانی‌های اصلی افراد، در چنین موقعیتی این است که مورد ارزیابی و قضاوت‌های منفی سایر اعضای گروه قرار بگیرند (نقشبندی و همکاران، ۱۴۰۲).

مرحله دوم روان نمایش گری: اجرا^۲: مرحله‌ی اصلی هر جلسه‌ی روان نمایشگری، مرحله‌ی اجرا (اکشن) است. این مرحله‌ای است که قهرمان داستان و دیگران در یک جلسه گروه‌درمانی موقعیت یا درام را اجرا می‌کنند. این مرحله، حدود نیمی از زمان جلسه را به خود اختصاص می‌دهد. در ابتدای مرحله‌ی اجرا لازم است که شخص اول انتخاب شود. معمولاً انتخاب شخص اول به یکی از این سه طریق می‌تواند صورت بگیرد: ۱- کارگردان شخصی را که مناسب و آماده برای اجرا می‌داند، بنا به تشخیص خود انتخاب می‌کند ۲- مسائل مختلف اعضا پیش از اجرا مطرح شود و خود اعضا فردی را که تمایل دارند مسئله‌ی او مورد اجرا قرار بگیرد، به عنوان شخص اول، انتخاب می‌کنند. ۳- در خلال مرحله‌ی گرم کردن، به محض اینکه مسئله یا موقعیت بسیار مناسبی برای اجرا مطرح می‌شود، کارگردان، بلافاصله گروه را از مرحله‌ی گرم کردن به مرحله‌ی اجرا منتقل می‌کند و همان موقعیت را موضوع مرحله‌ی اجرا قرار می‌دهد. پس از انتخاب شخص اول، لازم است که در صورت لزوم، یاور یا یاورهایی برای ایفای نقش‌های مکمل در صحنه‌ی اجرا، انتخاب شوند. معمولاً کارگردان انتخاب یاورها را به عهده‌ی خود شخص اول می‌گذارد (هولمز، ۲۰۱۴).

مرحله سوم روان نمایش گری: اشتراک‌گذاری^۳: در این مرحله، اعضای گروه بازخورد خود را در مورد درام به اشتراک می‌گذارند. در واقع آن‌ها در خصوص تأثیر عاطفی درام بر خود صحبت کرده و از درام به عنوان ابزاری برای کاوش روان‌شناختی عمیق‌تر استفاده می‌کنند. مرحله اشتراک‌گذاری دو بخش است: اشتراک نقش و اشتراک شناسایی. به اشتراک‌گذاری نقش فرآیندی است که از طریق آن اعضای گروه تجربیات، احساسات و افکار خود را در مورد نقش‌های خود بر روی صحنه بیان می‌کنند تا به قهرمان کمک کند تا درگیری‌های درونی و/یا چالش‌های ریشه‌ای خود را که ممکن است قهرمان اصلی آن‌ها بوده است شناسایی کند و بینشی نسبت به آن‌ها پیدا کند. غافل. اشتراک‌گذاری هویت فرآیندی است که از طریق آن اعضای گروه و روان‌نویس شباهت‌های بین نقش‌ها و زندگی خود را مورد بحث قرار می‌دهند تا به قهرمان داستان کمک کنند تا بداند آن‌ها تنها نیستند (دجویک و همکاران، ۲۰۱۶). از طریق این مراحل، روش روان‌درام به قهرمان‌ها کمک می‌کند خودآگاهی، همدلی و خلاقیت را توسعه دهند و می‌تواند منجر به بهبود خلق‌و‌خو، ارتباط و مهارت‌های مقابله شود (آلبال و همکاران، ۲۰۲۱).

۳- فرضیه‌های مطالعه

فرضیه اصلی: روان نمایش گری بر هوش معنوی و هوش هیجانی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد، تأثیر دارد.
فرضیه فرعی ۱: روان نمایش گری بر هوش معنوی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد، تأثیر دارد.
فرضیه فرعی ۲: روان نمایش گری بر هوش هیجانی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد، تأثیر دارد.

۴- پیشینه تجربی

آکیل و دنیز (۲۰۲۲) تحقیقی با عنوان (تأثیر برنامه آموزش روانی خلاقانه مبتنی بر روان نمایش گری بر هوش هیجانی نوجوانان) انجام دادند. نتایج نشان داد که برنامه آموزشی خلاقانه مبتنی بر روان نمایش گری، سطح هوش هیجانی دانش‌آموزان را افزایش می‌دهد. آلبال و همکاران (۲۰۲۱) تحقیقی با عنوان (تأثیر روان نمایشگری بر آگاهی هیجانی و مهارت‌های ارتباطی پرستاران) انجام دادند. پرستاران از نظر آگاهی هیجانی با مقیاس سطوح آگاهی هیجانی و مهارت‌های ارتباطی توسط پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی مورد ارزیابی قرار گرفتند. دو ساعت جلسه روان‌درام (۱۶ جلسه) هفته‌ای یک‌بار با کمک درمانگر برگزار شد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. نتایج نشان داد از روان نمایشگری می‌توان برای بهبود آگاهی هیجانی و مهارت‌های ارتباطی و آگاهی استفاده کرد. سیمچیک و همکاران (۲۰۲۱) تحقیقی با عنوان (تأثیر سایکودرام بر کیفیت زندگی و خواب مادران کودکان فلج مغزی) انجام دادند. در این تحقیق مداخله سایکودرام در جلسات ۲ ساعت در هفته به مدت ۸ هفته در گروه سایکودرام اعمال شد و مطالعه با ۸ مادر در گروه سایکودراما و ۱۴ مادر در گروه کنترل تکمیل شد. پیشرفت‌های بالینی معنی‌دار در تمام نمرات خرده مقیاس کیفیت زندگی در گروه روان‌درام در مقایسه با گروه کنترل مشاهده شد، تنها نمره خرده مقیاس درد بدن از نظر آماری درصد تغییر معنی‌داری را نشان داد. مرال و الدریم (۲۰۲۰) تحقیقی با عنوان (تأثیر گروه‌درمانی روان نمایشگری بر مهارت‌های نقش، فرآیند سازگاری، کیفیت زندگی و افسردگی اعمال

1 warm-up
2 main action
3 sharing



شده در مادران کودکان مبتلا به دیابت) انجام دادند. یافته‌ها نشان داد بین افسردگی اعضای گروهی که در نمرات پیش‌آزمون برنامه روان‌درمان شرکت کرده بودند، کاهش معنی‌دار آماری مشاهده شد. همچنین مشخص گردید نمرات مقیاس کیفیت زندگی در گروه‌درمانی در پس‌آزمون افزایش یافته است. ییاویس و همکاران (۲۰۱۹) تحقیقی با عنوان (تأثیر روان‌نمایشگری بر مهارت‌های ارتباطی، نگرش، هوش هیجانی و خودبازتابی دانشجویان پرستاری) انجام دادند. نتایج نشان داد بین گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری در مهارت‌های ارتباطی، نگرش نسبت به مراقبت و خود انعکاسی وجود داشت. تفاوت آماری بین هوش هیجانی بین گروه مداخله و گروه کنترل وجود نداشت. صالحی و شکری (۲۰۱۶) تحقیقی با عنوان (تأثیر مشاوره گروهی روان‌نمایشگری بر تاب‌آوری و هوش معنوی دانش‌آموزان دختر) انجام دادند. نتایج نشان داد که مشاوره گروهی روان‌نمایشگری بر تاب‌آوری دانش‌آموزان مؤثر بوده و تأثیر بسزایی بر هوش معنوی آنان دارد. طاهرزاده و پوررضائیان (۱۴۰۲) تحقیقی با عنوان (اثربخشی درمان روان‌نمایشگری بر نظم جویی هیجانی و پرخاشگری نوجوانان) انجام دادند. نتایج تحلیل واریانس مکرر نشان داد که درمان روان‌نمایشگری بر بهبود نظم جویی هیجانی و کاهش پرخاشگری نوجوانان تأثیر معنادار دارد. مقتدر و همکاران (۱۳۹۸) تحقیقی با عنوان (بررسی ارتباط سرسختی روانی و سازگاری عاطفی با هوش هیجانی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی) انجام دادند. نتایج نشان داد که با افزایش سرسختی روانی و همچنین افزایش سازگاری عاطفی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی، هوش هیجانی‌شان نیز افزایش می‌یابد. سپنتا و همکاران (۱۳۹۷) تحقیقی با عنوان (اثربخشی روان‌نمایشگری بر تنظیم هیجان دانش‌آموزان مبتلابه نارساخوانی) انجام دادند. نتایج نشان داد که برنامه آموزش روان‌نمایشگری بر تنظیم هیجان دانش‌آموزان مبتلابه نارساخوانی تأثیر معنادار دارد. سلمانی زاده و همکاران (۱۳۹۳) تحقیقی با عنوان (بررسی هوش هیجانی والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در مقایسه با والدین دانش‌آموزان عادی) انجام دادند. نتایج نشان داد که بین هوش هیجانی والدین کودکان کم‌توان ذهنی و والدین دانش‌آموزان عادی تفاوت معناداری وجود دارد. اصائلو و همکاران (۱۳۹۰) تحقیقی با عنوان (تأثیر آموزش مدیریت هوش هیجانی بر کاهش نشانگان استرس مادران کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر) انجام دادند. نتایج حاکی از این بود که آموزش هوش هیجانی، نشانگان استرس گروه آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون کاهش داده است.

۵- روش‌شناسی

این مطالعه از لحاظ هدف، کاربردی و از لحاظ روش از نوع نیمه تجربی (آزمایشی) از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود که هر یک از دو گروه آزمودنی، ۲ بار مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. به‌طور کل این مطالعه تفاوت میان دو گروه (گروه آزمایش و گروه کنترل) از جامعه مورد مطالعه بر اساس اثربخشی یک روش آموزشی بررسی کرده است. در این مطالعه، روان‌نمایش گری متغیر مستقل و در گروه آزمایش اجرا شده است و متغیرهای هوش معنوی و هوش هیجانی به عنوان متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین در این مطالعه جهت گردآوری اطلاعات نیز از روش میدانی استفاده شده است. جامعه آماری این تحقیق را کلیه مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی مرکز توان‌بخشی آرام شهرستان یزد در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ تشکیل دادند. جهت محاسبه حجم نمونه در این تحقیق از بین کلیه مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی مرکز توان‌بخشی آرام شهرستان یزد با توجه به معیارهای ورود (مادر دارای کودک دانش‌آموز کم‌توان ذهنی، سن حداقل ۲۰ تا ۵۵ سال، دارای سواد خواندن و نوشتن، نداشتن سابقه بیماری‌های روانی و تمایل و رضایت برای شرکت در تحقیق) و خروج ۳۰ (دریافت مداخلات روان‌شناختی یا درمانی دیگر در زمان اجرای تحقیق و عدم علاقه‌مندی برای شرکت در تحقیق و همچنین غیبت بیش از یک جلسه در هنگام مداخله) نفر به روش تصادفی ساده انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه مساوی آزمایش و کنترل قرار گرفتند. بر این اساس از این افراد، تعداد ۱۵ نفر در گروه آزمایش و تعداد ۱۵ نفر نیز در گروه کنترل قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌های در این مطالعه ۲ پرسشنامه استاندارد به شرح زیر بود:

پرسشنامه استاندارد هوش معنوی کینگ (۲۰۰۸): این پرسشنامه توسط کینگ در سال ۲۰۰۸ طراحی و ساخته شد. پرسشنامه هوش معنوی کینگ دارای ۲۴ ماده بوده و پاسخ‌های آن به‌صورت لیکرت ۵ درجه‌ای مشخص می‌گردد. هدف این مقیاس سنجش میزان هوش معنوی از ابعاد مختلف (تفکر وجودی انتقادی، تولید معنای شخصی، بسط حالت هشیاری، آگاهی متعالی) می‌باشد. این پرسشنامه در ۲۴ گویه با ۴ خرده مقیاس تفکر وجودی انتقادی (۷ گویه)، تولید معنای شخصی (۵ گویه)، آگاهی متعالی (۷ گویه) و بسط حالت هشیاری (۵ گویه) تنظیم شده است. این مقیاس با کمک طیف لیکرتی پنج‌درجه‌ای به‌صورت کاملاً نادرست (۰)، نادرست (۱) تا حدودی درست (۳)، بسیار درست (۴) و کاملاً درست (۵)، نمره‌گذاری شده است که در نهایت هر فرد نمره‌ای بین ۰ تا ۹۶ به دست می‌آورد که نمره بالاتر بیانگر هوش معنوی بیشتر است (هوشیاری و همکاران، ۱۴۰۱). کینگ (۲۰۰۸) آلفای کرونباخ کل این مقیاس را ۰/۹۵ و برای خرده مقیاس‌های بین ۰/۷ تا ۰/۹ و متوسط همسانی درونی سؤالات را ۰/۳۶ گزارش کرد. کینگ و دیسیکو (۲۰۰۹) در نسخه انگلیسی این پرسشنامه میزان آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۹۲ و برای زیرمقیاس‌های تفکر وجودی انتقادی (۰/۷۸)، تولید معنای شخصی (۰/۷۸)، آگاهی متعالی (۰/۸۷) و بسط حالت هشیاری (۰/۹۱) گزارش کردند. در ایران حریری و زرین‌آبادی (۱۳۹۰) روایی صوری و محتوای این مقیاس را بر اساس نظر متخصصان مورد تأیید قرار داد و پایایی زیر مقیاس یا را نیز به ترتیب برای تفکر



انتقادی (۰/۷۶)، تولید معنای شخصی (۰/۷۸)، بسط حالت هوشیاری (۰/۷۲) و آگاهی متعالی (۰/۸۰) و کل آزمون نیز (۰/۹۱) گزارش کردند. افشانی و ابویی (۱۴۰۱) تحلیل عاملی با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی را برای این ابزار انجام دادند و در کل ۴۶ سؤال برای این مقیاس باقی ماند. همچنین پایایی این مقیاس را ۰/۸۵ به دست آمد. همچنین هوشیاری و همکاران (۱۴۰۱) نیز پایایی کل پرسشنامه را ۰/۸۷ گزارش کرد.

پرسشنامه استاندارد هوش هیجانی وونگ و لاو (۲۰۰۲): پرسشنامه هوش هیجانی توسط وانگ و لاو (۲۰۰۲) به منظور سنجش هوش هیجانی را از دیدگاه مایر و سالووی (۱۹۹۳) طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای چهار مؤلفه ارزیابی هیجانات خود، ارزیابی هیجانات دیگران، استفاده از هیجانات و تنظیم هیجانات می‌باشد. پرسشنامه هوش هیجانی دارای ۱۶ سؤال و ۴ مؤلفه ارزیابی هیجانات خود (۴ ماده)، ارزیابی هیجانات دیگران (۴ ماده)، استفاده از هیجانات (۴ ماده) و تنظیم هیجانات (۴ ماده) می‌باشد و بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از بسیار مخالفم تا بسیار موافقم در دامنه ۱ تا ۵) با سؤالاتی مانند (من به خوبی از دلایلی که اغلب اوقات عواطف و احساسات من را شکل می‌دهند آگاهی دارم). به سنجش هوش هیجانی می‌پردازد. حداقل نمره این مقیاس (۱۶) و حداکثر (۸۰) می‌باشد. وونگ و لاو (۲۰۰۲) پایایی این پرسشنامه برای چهار خرد مقیاس ارزیابی هیجانات خود، ارزیابی هیجانات دیگران، تنظیم هیجان و استفاده از هیجان، به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۸۴، ۰/۷۸ و ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند. همچنین در تحقیق حسنی مقدم و همکاران (۱۳۹۶) ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های ارزیابی هیجانات خود، ارزیابی هیجانات دیگران، تنظیم هیجان و استفاده از هیجان بیش از ۰/۸۰ به دست آمده است که بیانگر ضریب پایایی مطلوب این مقیاس است. در تحقیق حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ در ارتباط با مقیاس هوش هیجانی با استفاده از نرم‌افزار SPSS محاسبه شد؛ که در جدول (۳-۴) مقدار این ضریب ۰/۷۷ گزارش شده است که حاکی از قابل قبول بودن میزان پایایی این مقیاس است.

پروتکل روان نمایش گری: در این تحقیق از بسته درمانی اجرای جلسات با توجه به پروتکل روان نمایشگری مبتنی بر کتاب راهنمای متخصصان بالینی برای روان نمایشگری لونتو (۲۰۰۱) بهره گرفته شده است. مشخصات پروتکل اجرایی روان نمایش گری در این تحقیق به همراه تعداد جلسات، زمان هر جلسه و تکالیف آن به شرح جدول (۱)، مفهوم‌سازی شده است:

جدول (۱) خلاصه جلسه مداخله درمانی-آموزشی مبتنی بر پروتکل روان نمایشگری

جلسه	هدف و محتوا	زمان (دقیقه)
۱	آشناسازی افراد با یکدیگر و مشاور، معرفی و تشریح اهداف گروه، بیان مسئولیت‌های رهبر و اعضا، بیان قوانین و ساختار جلسه‌ها، تعریفی از بهزیستی فاعلی و سازگاری اجتماعی و روان نمایشگری و فنون آن و نیز توضیح درباره اصل رازداری مابین اعضا و مشاور. در این جلسه برای گرم کردن اعضا از فن پرتاب توپ استفاده شد.	۹۰
۲	در مرحله گرم کردن از فن فروشگاه جادویی استفاده شد و در مرحله اجرا بعد از انتخاب پروتاگونست از فنون آینه و وارونگی نقش استفاده شد. در مرحله مشارکت، اعضا پس‌خوراند دادند. از آنان خواسته شد تا جلسه بعد تلاش کنند با یک فرد غریبه ارتباط برقرار کنند.	۹۰
۳	برای گرم کردن اعضا از حرکات نرمشی و ورزشی استفاده شد. در مرحله اجرا یکی از اعضا به‌صورت داوطلبانه به‌عنوان پروتاگونست انتخاب شد. در این مرحله از فنون یاورهای چندگانه، بدل و فن صندلی خالی استفاده شد. در مرحله مشارکت، اعضای گروه در مورد جلسه پس‌خوراند دادند.	۹۰
۴	در مرحله گرم کردن به‌مرور خاطرهای خوشایند گذشت و در مرحله اجرا یکی از اعضا به‌صورت داوطلبانه به‌عنوان شخص اول انتخاب شد و استفاده از تکنیک صندلی داغ انجام شد. در مرحله مشارکت، اعضای گروه در مورد جلسه پس‌خوراند دادند.	۹۰
۵	در مرحله گرم کردن از توصیف خود از دیدگاه دیگران استفاده شد. در مرحله اجرا هم اعضا به بازگویی مشکلات خویش در قالب ایفای نقش، به کارگیری فن آینه و بدل به‌منظور پرداختن به مشکلات ارائه‌شده استفاده شد. در مرحله مشارکت، اعضای گروه در مورد جلسه پس‌خوراند دادند.	۹۰
۶	در مرحله آماده‌سازی و گرم کردن از فن پای کوبی استفاده شد. بعد از گرم کردن و صحبت گروهی درباره جلسه گذشته، بر اساس محتوای جلسه و مشکل نقش اول فنون روان نمایشگری اجرا شد.	۹۰
۷	در مرحله گرم کردن از حرکات موزون استفاده شد. در مرحله اجرا یک نفر به‌عنوان داوطلب به روی صحنه آمد و با استفاده از فن تک‌گویی بلند فکر کرد و بعد صحنه خود را با کمک کارگردان و من‌های یاور ساخت.	۹۰
۸	در مرحله گرم کردن از بازی و پانتومیم استفاده شد. در مرحله اجرا فن وارونگی نقش یا نقش معکوس و فن آینه، تمرین روش‌های برقراری ارتباط	۹۰
۹	صمیمانه با اعضا، سعی در به‌کارگیری آموخته‌های جلسه در مورد زندگی واقعی.	۹۰
۱۰	مشاور در این جلسه به‌مرور خلاصه‌ای از جلسه‌ها و هدف‌های هر یک از آن‌ها پرداخت. هر یک از اعضا تجربه‌ها و احساس‌های خود را در طول دوره گروه و فواصل بین جلسه‌ها با گروه در میان گذاشتند و در پایان تشکر و قدردانی از اعضا و اهتمام جلسه انجام شد	۹۰

در این مطالعه به‌منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات با در اختیار داشتن داده‌های جمع‌آوری شده، نخست با کمک آمار توصیفی ضمن توصیف مؤلفه‌های جمعیت شناختی به محاسبه شاخص‌های مرکزی و پراکندگی، جهت توصیف متغیرها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون پرداخته شد، سپس با کمک



روش‌های آمار استنباطی و با به‌کارگیری روش‌های آماری از جمله آزمون تشخیص نرمال بودن داده‌ها و تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره برای آزمون فرضیه‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ انجام شده است.

۶- یافته‌های مطالعه

یافته‌های توصیفی: آمار ویژگی‌های جمعیت شناختی سن آزمودنی‌ها در جدول (۲) نشان داده شده است:

جدول (۲) توصیف جمعیت سن آزمودنی‌های مطالعه

تعداد (درصد فراوانی)	مؤلفه جمعیت شناختی	تعداد فرزندان
۱۷ (۵۶/۷٪)	۱	۳
۸ (۲۶/۷٪)	۲	
۵ (۱۶/۷٪)	۳	
۵ (۱۶/۷٪)	بین ۲۰ تا ۳۰ سال	۳
۱۴ (۴۶/۷٪)	بین ۳۱ تا ۴۰ سال	
۶ (۲۰٪)	بین ۴۱ تا ۵۰ سال	
۵ (۱۶/۷٪)	بیشتر از ۵۰ سال	

یافته‌های تحلیلی: قبل از انجام آزمون‌های آماری، لازم است نرمال بودن داده‌های جمع‌آوری‌شده بررسی شود. برای این کار از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شده است. نتایج این آزمون برای متغیرهای این تحقیق به‌صورت جدول (۳) می‌باشد.

جدول (۳) نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی توزیع طبیعی متغیرها به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	مرحله	گروه آزمایش	آمار W	گروه کنترل	آمار W
هوش معنوی مادران	پیش‌آزمون	$39/93 \pm 14/84$	$0/964$	$40/20 \pm 16/86$	$0/893$
	پس‌آزمون	$71/93 \pm 20/04$	$0/880$	$38/06 \pm 25/20$	$0/795$
هوش هیجانی مادران	پیش‌آزمون	$29/26 \pm 13/12$	$0/935$	$26/06 \pm 10/95$	$0/942$
	پس‌آزمون	$54/66 \pm 18/28$	$0/826$	$25/73 \pm 10/51$	$0/813$

با توجه به نتایج جدول (۳) توجه به نتایج به‌دست‌آمده از آزمون شاپیرو-ویلک می‌توان دریافت که تمامی متغیرهای پژوهش در گروه کنترل از توزیع طبیعی برخوردار هستند؛ زیرا مقدار سطح معنی‌داری برای متغیرهای هوش معنوی و هوش هیجانی مادران در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه کنترل، بزرگ‌تر از مقدار خطا $0/10$ می‌باشد ($p > 0/10$)؛ بنابراین با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری پارامتریک استفاده می‌شود. بر این اساس و با توجه به توزیع طبیعی داده‌ها و کمی بودن متغیرها برای بررسی داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای مذکور از آزمون تعقیبی بونفرونی برای تفاوت درون گروهی و از آزمون آنکوا برای بررسی تفاوت بین گروه‌ها استفاده می‌شود. جهت ارزیابی همگنی واریانس‌های دو گروه در پیش‌آزمون با توجه به توزیع طبیعی داده‌ها از آزمون آنالیز کوواریانس استفاده گردید و نتایج در جدول (۴) ارائه شده است.

جدول (۴) نتایج آزمون بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	مرحله	آماره لوین	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری (P)
هوش معنوی مادران	پس‌آزمون	$0/213$	۱	۲۸	$0/648^*$
هوش هیجانی مادران		$0/916$	۱	۲۸	$0/347^*$

* $p > 0/05$

برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. با توجه به نتایج جدول (۴-۵)، از آنجایی که سطح معنی‌داری نمرات متغیرهای تحقیق در پس‌آزمون، از سطح خطای $0/05$ بیشتر است. هوش معنوی مادران: $F(2, 28) = 0/213$ ، $F(2, 28) = 0/916$ و (هوش هیجانی مادران: $F(2, 28) = 0/916$)، با توجه به مقدار $P \geq 0/05$ ، مشاهده می‌شود که فرض برابری واریانس جمله خطا در سطح



متغیرها عامل، تأیید شده است. لذا می‌توان نتیجه گرفت که واریانس نمرات پس‌آزمون متغیرهای تحقیق، همگن (یکسان یا متجانس) هستند. بر این اساس، مفروضه همگونی واریانس‌ها تأیید می‌شود. در ادامه جدول (۵) نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره بر روی میانگین متغیرهای هوش معنوی و هوش هیجانی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد را نشان می‌دهد.

جدول (۵) نتایج حاصل از تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون متغیرهای تحقیق

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره (F)	سطح معنی‌داری (P)	ضریب اتا
بین گروهی	هوش معنوی	۸۴۶۲/۳۰۳	۱	۸۴۶۲/۳۰۳	۱۵/۱۷۷	۰/۰۰۱*	۰/۹۶
	هوش هیجانی	۵۵۱۶/۴۷۳	۱	۵۵۱۶/۴۷۳	۲۷/۲۷۲	۰/۰۰۱*	۰/۹۹
داخل گروهی	هوش معنوی	۱۴۴۹۶/۹۶۳	۲۶	۵۵۷/۵۷۵			
	هوش هیجانی	۵۲۵۹/۱۱۸	۲۶	۲۰۲/۲۷۴			

* $p < 0.05$

همان‌گونه که در جدول (۵) مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) نشان داد که با کنترل پیش‌آزمون، اختلاف معناداری بین میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ نمره هوش معنوی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد در مرحله پس‌آزمون ($P = 0.001$ و $F_{1,26} = 15.177$) وجود دارد. علاوه بر این، اندازه اثر نشان‌دهنده تأثیر روش روان‌نمایشگری را نشان می‌دهد که اثرگذاری معنی‌داری در ارتباط هوش معنوی در مرحله پس‌آزمون 0.90 است. در ادامه با کنترل پیش‌آزمون، اختلاف معناداری بین میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ نمره هوش هیجانی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد در مرحله پس‌آزمون ($P = 0.001$ و $F_{1,26} = 27.272$) وجود دارد. علاوه بر این، اندازه اثر نشان‌دهنده تأثیر روش روان‌نمایشگری را نشان می‌دهد که اثرگذاری معنی‌داری در ارتباط با هوش هیجانی در مرحله پس‌آزمون 0.99 است.

در ادامه جدول (۶) نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس بر روی میانگین پس‌آزمون نمرات هوش معنوی در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد در گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

جدول (۶) نتایج تحلیل آنکوا بر روی میانگین نمرات متغیر هوش معنوی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد

مراحل آزمون	شاخص‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری (P)
بین گروهی	گروه	۸۵۹۴/۳۱۵	۱	۸۵۹۴/۳۱۵	۱۶/۰۰۵	۰/۰۰۱*
	خطا	۱۴۴۹۸/۰۵۲	۲۷	۵۳۶/۹۶۵		
	کل	۱۱۳۸۷۰/۰۰۰	۳۰			

* $p < 0.05$

همان‌گونه که در جدول (۶) مشاهده می‌شود، با نتایجی که برای هوش معنوی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد در مرحله پس‌آزمون با ($P \leq 0.05$ ، $F = 16.005$) به دست آمد، می‌توان این‌طور بیان کرد که بین تفاوت نمرات این متغیر، بین گروه‌های مورد تحقیق در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد. بر این اساس فرضیه معنادار بودن اختلاف میانگین هوش معنوی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد بین دو گروه آزمایش و کنترل تأیید می‌شود.

در ادامه به منظور مشخص نمودن میزان تأثیر دوره روان‌نمایشگری بر نمرات پس‌آزمون هوش معنوی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید که نتایج آن در جدول (۷) ارائه گردیده است.

جدول (۷) نتایج آزمون بونفرونی به منظور ارزیابی گروه‌های تحقیق از نظر هوش معنوی

گروه (I)	گروه (II)	اختلاف میانگین (I-II)	سطح معنی‌داری (P)	حد پایین	حد بالا
آزمایش کنترل		۳۲/۹۴۷	۰/۰۰۲*	۱۳/۲۴۴	۵۲/۶۴۹

* $p < 0.05$



همان‌طور که در جدول (۷) مشاهده می‌شود، اثربخشی دوره روان‌نمایشگری در افزایش هوش معنوی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد، در مرحله پس‌آزمون معنادار است ($p \leq 0.05$)، به عبارت دیگر مقایسه میانگین‌های گروه آزمایش و کنترل در این تحقیق، نشان‌دهنده این موضوع است که تفاوت معناداری بین اثربخشی روش روان‌نمایشگری بر هوش معنوی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل وجود دارد.

جدول (۸) نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس بر روی میانگین پس‌آزمون نمرات هوش هیجانی در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد در گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

جدول (۸) نتایج تحلیل آنکوا بر روی میانگین نمرات متغیر هوش هیجانی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد

مراحل آزمون	شاخص‌ها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معنی‌داری (P)
هوش هیجانی	گروه	۵۵۱۹/۳۸۲	۱	۵۵۱۹/۳۸۲	۲۸/۲۷۷	۰/۰۰۱*
	خطا	۵۲۷۰/۲۱۷	۲۷	۱۹۵/۱۹۳		
	کل	۶۰۹۹۲/۰۰۰	۳۰			

* $p < 0.05$

همان‌گونه که در جدول (۸) مشاهده می‌شود، با نتایجی که برای هوش هیجانی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد در مرحله پس‌آزمون با ($F = 28/277$ ، $P \leq 0.05$) به دست آمد، می‌توان این‌طور بیان کرد که بین تفاوت نمرات این متغیر، بین گروه‌های مورد تحقیق در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد. بر این اساس فرضیه معنادار بودن اختلاف میانگین هوش هیجانی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد بین دو گروه آزمایش و کنترل تأیید می‌شود. در ادامه به منظور مشخص نمودن میزان تأثیر دوره روان‌نمایشگری بر نمرات پس‌آزمون هوش هیجانی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید که نتایج آن در جدول (۹) ارائه شده است.

جدول (۹) نتایج آزمون بونفرونی به منظور ارزیابی گروه‌های تحقیق از نظر هوش هیجانی

گروه (I)	گروه (II)	اختلاف میانگین (I-II)	سطح معنی‌داری (P)	حد پایین	حد بالا
آزمایش کنترل		۲۷/۸۱	۰/۰۰۱*	۱۶/۰۰۹	۳۹/۹۵۳

همان‌طور که در جدول (۹) مشاهده می‌شود، اثربخشی دوره روان‌نمایشگری در افزایش هوش هیجانی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد، در مرحله پس‌آزمون معنادار است ($p \leq 0.05$)، به عبارت دیگر مقایسه میانگین‌های گروه آزمایش و کنترل در این تحقیق، نشان‌دهنده این موضوع است که تفاوت معناداری بین اثربخشی روش روان‌نمایشگری بر هوش هیجانی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل وجود دارد.

۷- بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد، روان‌نمایش‌گری بر هوش معنوی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد، تأثیر دارد، نتایج این فرضیه تحقیق نشان داد روش روان‌نمایشگری باعث افزایش میزان هوش معنوی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد، شده است. این نتیجه تحقیق با نتایج تحقیق سیمچیک و همکاران (۲۰۲۱) که نشان‌دهنده تأثیر سایکودرام بر کیفیت زندگی و خواب مادران کودکان فلج مغزی و تحقیق مرال و الدریم (۲۰۲۰) که نشان‌دهنده تأثیر گروه‌درمانی روان‌نمایشگری بر مهارت‌های نقش، فرآیند سازگاری، کیفیت زندگی و افسردگی اعمال شده در مادران کودکان مبتلا به دیابت و تحقیق اوزکان (۲۰۱۹) که حاکی از تأثیر روان‌نمایشگری بر معنویت بوده است، همخوانی داشته است. همچنین با نتایج تحقیقات داخلی از جمله: ستارپور و همکاران (۱۳۹۷)، شیخی زایوه (۱۳۹۶)، سپنتا و همکاران (۱۳۹۵) و نعمتی نیا (۱۳۹۵) نیز با نتایج تحقیق حاضر همخوانی داشته است. در تبیین این نتیجه باید گفت روان‌نمایشگری به عنوان فرآیند گروه‌درمانی مطرح است که از مسائل درون فردی و بین فردی از طریق نمایش موقعیت‌های قبلی و پیش‌بینی زندگی و ارتباط دادن نقش‌ها به منظور افزایش درک بهتر، تخلیه هیجانی و تغییر نقش بهره‌برده و منطق آن تغییر یادگیری شخصی برای تعامل روان‌شناختی، بین فردی و فرهنگ و نقش تخیل است. به کارگیری این تکنیک منجر به برخورد با واقعیت در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شده و از این طریق آن‌ها می‌توانند واقعیت را تا حد زیادی تصور کنند، این تخیل در واقعیت با بحث در جمع و اشتیاق سایر افراد به تصمیم‌گیری مناسب منجر می‌شود و می‌توانند از آن‌ها استفاده بیشتری کنند. در تبیین نتایج می‌توان عنوان داشت، روان‌نمایشگری کاربرد مداخلاتی برای مقابله با مشکلات مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی از طریق افزایش هیجانات مثبت و بالا بردن سطح معنویت



و افزایش معنا در زندگی است. در این رویکرد فرد می‌آموزد که با تمرکز عمیق بر معنای نهفته درون تنش‌ها و بحران‌های زندگی و با ترکیبی از هنر و بازی و رها شدن در عواطف راهکارهای جدید و مؤثری برگرفته از هوش معنوی به دست آورند. به‌طور کلی یکی از عوامل کاهش‌دهنده استرس‌های زندگی این دست از مادران، اعتقادات دینی و معنوی است با استفاده از همکاری و معاشرت و کار گروهی در روان‌نمایشگری بهبود می‌یابد.

نتایج نشان داد، روان‌نمایش‌گری بر هوش هیجانی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد، تأثیر دارد، نتایج این فرضیه تحقیق حاکی از این بود که روش روان‌نمایشگری باعث افزایش میزان هوش هیجانی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان یزد، شده است. این نتیجه تحقیق با نتایج تحقیق آکیل و دنیز (۲۰۲۲) که نشان دادند برنامه آموزشی خلاقانه مبتنی بر روان‌نمایش‌گری، سطح هوش هیجانی دانش‌آموزان را افزایش می‌دهد، همسو می‌باشد. همچنین نتایج تحقیق آلبال و همکاران (۲۰۲۱) که نشان دادند با استفاده از روان‌نمایشگری می‌توان بهبود آگاهی هیجانی و مهارت‌های ارتباطی پرستاران را بهبود بخشید نیز هم‌راستا با نتایج تحقیق حاضر می‌باشد. همچنین نتایج تحقیق بیایس و همکاران (۲۰۱۹) که نشان‌دهنده تأثیر روان‌نمایشگری بر مهارت‌های ارتباطی، نگرش، هوش هیجانی و خودبازتابی دانشجویان پرستاری، بوده است نیز منطبق با این تحقیق بوده است. همچنین نتایج تحقیقات داخلی از جمله: طاهرزاده و پوررضائیان (۱۴۰۲)، سپنتا و همکاران (۱۳۹۷)، سلمانی زاده و همکاران (۱۳۹۳) و اصائلو و همکاران (۱۳۹۰) نیز با نتایج تحقیق حاضر همخوانی داشته است. در تبیین این نتیجه تحقیق باید بیان داشت که داشتن فرزند دارای کم‌توانی ذهنی برای مادران منجر به ایجاد اختلالات هیجانی و کاهش هوش هیجانی می‌شود، زیرا این مادران اغلب احساس شکست در زندگی و شرمساری نسبت به فرزند دارای کم‌توانی ذهنی خود داشته که این امر باعث اختلال در هوش هیجانی وی می‌گردد. به‌کارگیری شیوه روان‌نمایشگری به این مادران این توانایی را می‌دهد تا ضمن بیان مشکلات خود، هیجانات خود را کنترل و مدیریت کنند. تعارضات خود را از عمق وجود به سطح کشیده و با محیط خود مواجه شوند. از جمله اهداف درمانی این شیوه مبتنی بر تسهیل رهاسازی احساسات حبس شده به‌منظور انجام تخلیه هیجانی و در نتیجه کسب احساس آرامش می‌باشد. با توجه به نتایج تحقیق حاضر پیشنهاد می‌گردد، کارگاه‌های آموزشی جهت آشنایی با روان‌نمایشگری و همچنین بیان فواید و کاربرد روش درمانگری نمایشگری جهت افزایش هوش معنوی و هوش هیجانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی برگزار گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد از تکنیک‌های مختلف روش روان‌نمایشگری در صورت رعایت احتیاط‌های بالینی و ضوابط مربوطه در افزایش هوش هیجانی و معنوی جوامع مختلف در موسسه‌ها، کلینیک‌ها، مراکز مشاوره، مراکز بهداشت و سلامت، همچنین دانشگاه‌ها بکار گرفته شود. در نهایت پیشنهاد می‌شود، مشاوران و خانواده درمان‌گران، جهت دستیابی به کارآمدی خانواده‌های دارای کودک کم‌توان ذهنی، آموزش راهکارهای لازم جهت بهبود هوش هیجانی (شناخت و مدیریت هیجانات و ...) و هوش معنوی (توجه به هدفمندی زندگی، معنای زندگی و ...) اعضای خانواده را بکار بگیرند. هر تحقیق هرچند در ماهیت به دنبال ارتباط مابین عوامل و میزان تأثیرات آن‌ها است، به‌رحال در باطن دارای یک سری محدودیت‌های ذاتی می‌باشد. محدودیت اصلی این تحقیق، عدم همکاری برخی از مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی مراجعه‌کننده به مرکز آرام یزد به دلیل مسائل و مشکلات آنان بوده است. افت آزمودنی‌ها از دیگر محدودیت‌های این تحقیق بود، از سوی دیگر با توجه به محدودیت زمان در این تحقیق مرحله پیگیری انجام نشده است که این موارد باعث می‌گردد تا در تعمیم نتایج این تحقیق با احتیاط عمل شود تا اعتبار بیرونی تحقیق حفظ گردد.

۸-منابع

۱. اصائلو، زهرا، پورمحمدرضای تجریشی، معصومه، سروری، محمدحسین. (۱۳۹۰) تأثیر آموزش مدیریت هوش هیجانی بر کاهش نشانگان استرس مادران کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر (مقاله علمی وزارت علوم)، پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱۱(۲)، ۱۶۳-۱۵۱.
۲. افروز، غلامعلی. (۱۴۰۲). مقدمه‌ای بر روانشناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
۳. افشانی، علیرضا، ابویی، آزاده. (۱۴۰۱). پیش‌بینی سبک زندگی بر اساس هوش معنوی و هوش اخلاقی در دانش‌آموزان. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. ۱۴ (۱)، ۳۵-۲۹.
۴. اسفندیاری محمد. (۱۳۹۲). رابطه هوش معنوی و خلاقیت با بهره‌وری دبیران مقطع متوسطه شهر مرودشت، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
۵. حمیدی، فریده، نصری، صادق، حافظی نرگس. (۱۳۹۹). اثربخشی روان‌نمایشگری بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان مهاجر، با تأکید بر مهاجران افغان. رویش روان‌شناسی. ۹ (۵)، ۳۸-۳۱.



۶. رقیبی، مهوش، قره چایی، مریم. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین هوش هیجانی و هوش معنوی در زنان و مردان در شرف طلاق و سازگار. فصلنامه زن و جامعه. ۴ (۱)، ۱۴۰-۱۲۳.
۷. سپنتا ماندانا، عابدی احمد، یارمحمدیان احمد، قمرانی امیر، فرامرزی سالار. (۱۳۹۷). اثربخشی روان نمایشگری بر تنظیم هیجان دانش آموزان مبتلا به نارساخوانی. تحقیقات علوم رفتاری. ۱۶ (۳)، ۲۷۲-۲۸۴.
۸. شیخی زاویه، جعفر. (۱۳۹۶). مقایسه ی تاب آوری، هوش معنوی و رضایت زناشویی در مادران دانش آموزان با و بدون کم توانی ذهنی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه محقق اردبیلی.
۹. طبیبی ماسوله، مریم، پوشنه، کامبیز، رضانی، احمد. (۱۴۰۲)، اعتبارسنجی الگوی برنامه درسی آموزش شهروندی برای دانش آموزان با نیازهای ویژه (کم توان ذهنی) (مقاله علمی وزارت علوم)، آموزش کودکان استثنایی. ۲۳ (۱)، ۷-۱۸.
۱۰. کوری، جerald. (۱۴۰۲) گروه درمانی (ترجمه سیامک نقش بندی، حسین شاهی و همکاران) تهران: روان.
۱۱. الگوزین، بی و یسلدایک، جی. (۱۳۹۰). تدریس دانش آموزان کم توان ذهنی (ترجمه عباسعلی خانزاده و علیرضا محمدی آریا)، تهران: رشد فرهنگ.
۱۲. مقتدر لیلا، محمد زاده معصومه، اسدی مجره سامره (۱۳۹۸). بررسی ارتباط سرسختی روانی و سازگاری عاطفی با هوش هیجانی مادران دارای کودک کم توان ذهنی. نشریه پژوهش پرستاری ایران. ۱۴ (۱) ۳۵-۲۹.
۱۳. میکائیلی منیع فرزانه. (۱۳۸۸). روابط ساختاری بین بهزیستی روان شناختی با هوش هیجانی ادراک شده، توانایی کنترل تفکر منفی و افسردگی مادران کودکان کم توان ذهنی و مقایسه آن با مادران کودکان عادی. فصلنامه کودکان استثنایی. ۹ (۲)، ۱۲۰-۱۰۳.
۱۴. نعمتی نیا، فاطمه. (۱۳۹۵). پیش بینی سلامت روان و افسردگی مادران دانش آموزان کم توان ذهنی بر اساس هوش معنوی و تاب آوری. مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی. ۲ (۳) ۸۴-۷۱.
۱۵. هادی زاده مقدم، اکرم، رامین مهر، حمید، حسینی، سیدسجاد. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط هوش هیجانی با گرایش کارآفرینانه، توسعه کارآفرینی، (۴)، ۱۳۹-۱۶۲.
۱۶. همتی، قربان، شجاعی، ستاره. (۱۳۹۶). برنامه درسی برای دانش آموزان با نیازهای ویژه، تهران: انتشارات آوای نور.
۱۷. هوشیاری، جعفر، تقییان، حسن، محسنی، مهناز، حلیمی، معصومه. (۱۴۰۱). رابطه بین هوش معنوی و کارآمدی خانواده؛ نقش تعدیل کننده هوش هیجانی، روان شناسی و دین. ۱۵ (۵۷)، ۱۶۵-۱۴۹.

18. Akyl, Y., & Deniz, M. E. (2022). The Effect of Creative Drama-Based Psycho-Education Program on Emotional Intelligence of Adolescents. *OPUS Journal of Society Research*, 19(46), 206-216.
19. Albal, E, Alanli, O, Buzlu, S. (2021). The effects of psychodrama on the emotional awareness and communication skills of psychiatric nurses: A randomized controlled trial, *The Arts in Psychotherapy*, (75):1-8.
20. Balbo N, Bolano D. (2024) Child disability as a family issue: a study on mothers' and fathers' health in Italy. *Eur J Public Health*. 5; 34(1):79-84.
21. Beauvais, Audrey M.; Özbaş, Azize Atli; Wheeler, Kathleen, (2019). End-of-life psychodrama: Influencing nursing students' communication skills, attitudes, emotional intelligence and self-reflection. *Nursing and Health Studies Faculty Publications*. 10(3):103-110.
22. Bhandari, S. (2022). Intellectual disability. Webmd.
23. Goleman, D. (2021). Leadership: The power of emotional intelligence. More Than Sound LLC
24. Hertel J, Schütz A, Lammers CH (2009). Emotional intelligence and mental disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 65: 942-954.
25. Holmes, P. (2014). The inner world outside (object relations theory and psychodrama). *London and New York, Rutledge*
26. Huang J, Zhu T, Qu Y, Mu D. (2016). Prenatal, Perinatal and Neonatal Risk Factors for Intellectual Disability: A Systemic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 11(4):1-10.
27. Khamis, V. (2007). Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates, *Social Science & Medicine*, 64(4):850-857.
28. King, D. (2008), Rethinking claims of spiritual intelligence: a definition, model and measure Applications of modeling in the Natural and social sciences program, *Trent University, Canada*.
29. Kushnir A, Orkibi H. (2021). Concretization as a Mechanism of Change in Psychodrama: Procedures and Benefits. *Front Physiol*, 12: 176
30. Lehman, S. (2024). Emotional Intelligence: How We Perceive, Evaluate, Express, and Control Emotions, *Verywellmind*.



31. Meral, D, Yildirim, Er. (2020). The Effect of Psychodrama Group Therapy on the Role Skills, Adaptation Process, Quality of Life and Depression Applied to Mothers of Children with Type 1 Diabetes: A Mixed Methods Study. *Journal of Academic Research in Nursing*. 6(3):465-475.
32. Pan W, Wang T, Wang X, Hitchman G, Wang L, Chen A (2014) Identifying the Core Components of Emotional Intelligence: Evidence from Amplitude of Low-Frequency Fluctuations during Resting State. *PLoS ONE*, 9(10):1-15.
33. Purdhani, S, Saxena, T. (2020). Spiritual intelligence and emotional competence in parents having children with special needs: A comparative study, *IAHRW International Journal of Social Sciences Review*; Haryana, 8 (4): 192-195.
34. Salehi, M., Shokri, M. (2016). The group psychodrama consultation effect on resiliency and spiritual intelligence of eight grade female students. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*, 5(3):164-170.
35. Salovey, P., Stroud, L. R., Woolery, A., & Epel, E. S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychology and Health*, 17: 611-627.
36. Skrzypińska, K. (2021) Does Spiritual Intelligence (SI) Exist? A Theoretical Investigation of a Tool Useful for Finding the Meaning of Life. *J Relig Health*, 60, 500-516.
37. Testoni, I. Biancalani, G, Pedrini, A. (2023). Ambiguous loss and disenfranchised grief in formal caregivers of people with dementia: Effectiveness of a training intervention with psychodrama, *The Arts in Psychotherapy*, (85):1-12.
38. Yoo SH, Matsumoto D, LeRoux JA. (2006)The influence of emotion recognition and emotion regulation on intercultural adjustment. *Int J Intercult Relat*, 30(3): 345-63.
39. Zabidi, A., Hastings, R. Totsika, V. (2023) Spending leisure time together: Parent child relationship in families of children with an intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*. 133:12-29.



The Efficacy of Psychodrama Training Program on spiritual intelligence and emotional intelligence of Mothers of mentally retarded students in Yazd city

Abstract

Mothers of intellectually disabled students are faced with a variety of difficult and complex choices in dealing with their children's issues, which is accompanied by confusion in emotions based on emotional intelligence and a decrease in spiritual intelligence. Psychoanalysis is one of the methods that are believed to increase spiritual intelligence and emotional intelligence of people. This research was conducted with the purpose of investigating the effectiveness of psychodramatics on the spiritual intelligence and emotional intelligence of mothers of mentally retarded students in Yazd city. This research was applied in terms of purpose and semi-experimental in nature with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population was all the mothers of mentally disabled students of the Aram Rehabilitation Center in Yazd city in the academic year of 1402-1403. Based on the entry and exit criteria, 30 people were selected by a simple random method and were divided into two equal groups, experimental and control. The data in this research were standard questionnaires, spiritual intelligence of King (2008) and emotional intelligence of Wong and Lau (2002). Data analysis and hypothesis testing of this research were tested with the help of descriptive and inferential statistics including multivariate and univariate covariance analysis and SPSS software. The results showed that participating in psychological screening courses has improved the spiritual intelligence and emotional intelligence of mothers of students with mental disabilities in Yazd city.

Keywords: Psychodrama spiritual intelligence, emotional intelligence, Mothers, mentally retarded students.