

اثربخشی نقاشی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر

خدامراد مؤمنی؛ کامران یزدانبخش؛ و هدی اکبری^۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۲/۲ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۴/۲۱

چکیده

مقدمه: نقاشی درمانی نیز به عنوان روشی مناسب برای درمان و کاهش اختلالات رفتاری پیشنهاد شده است. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی نقاشی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی انجام شد.

روش: مطالعه‌ی حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر به تعداد ۸۰ نفر با دامنه‌ی سنی ۸ تا ۱۴ سال واقع در مراکز آموزش استثنایی شهرستان ایلام بود. پس از تکمیل پرسشنامه‌ی مهارت‌های اجتماعی گرشام و الیوت (۱۹۹۰) توسط مادران این کودکان، ۲۰ نفر که واجد شرایط بودند، انتخاب گردیدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای داده شدند. گروه آزمایش، به مدت ۸ جلسه‌ی هفتگی (۴۵ الی ۶۰ دقیقه‌ای) طبق پروتکل سیلور (۲۰۰۸) به نقاشی کشیدن پرداختند و گروه کنترل در فعالیت‌های عادی کلاس شرکت کردند. شرکت‌کنندگان ۱۰ روز پس از آخرین جلسه و سه ماه بعد نیز پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون اختلالات رفتاری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و نتایج پیگیری نیز حاکی از ثبات دستاوردها بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این مطالعه، استفاده از روش‌های درمانی غیردارویی همچون نقاشی درمانی، در جهت کاهش اختلالات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: نقاشی درمانی، اختلالات رفتاری، دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی

شبه‌وی ارجاع‌دهی به این مقاله: خدامراد، خدامراد، یزدانبخش، کامران، و اکبری، هدی (۱۳۹۳). اثربخشی نقاشی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر. *دوفصلنامه‌ی روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان*. ۱(۲): ۹-۲۴.

۱. نویسنده‌ی مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه رازی (khhomoni2000@yahoo.com)

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه رازی

۳. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه رازی

مقدمه

با توجه به تعریف موجود در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)، کم‌توانی ذهنی حالتی است که در آن کارکرد هوش عمومی فرد به میزان چشمگیری زیر حد متوسط باشد و به طور همزمان سبب تخریب رفتارهای انطباقی وی گردد که شروع این اختلال قبل از سن ۱۸ سالگی می‌باشد. کودکان کم‌توان ذهنی، از جمله کودکانی هستند که در رفتارهای سازمانی ضعف عمده‌ای دارند؛ به گونه‌ای که انجمن کم‌توانی ذهنی آمریکا^۱ (۲۰۱۰) دو ویژگی برجسته‌ی کم‌توانی ذهنی را محدودیت چشمگیر در کارکرد شناختی و رفتارهای سازشی می‌داند. طبق نظر انجمن کم‌توانی ذهنی آمریکا، ضعف عمده در رفتار سازشی کودکان کم‌توان ذهنی، بر زندگی روزمره‌ی آنان تأثیر می‌گذارد و توانایی پاسخ‌دهی آنان به یک موقعیت خاص یا محیط را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این کودکان، تقریباً از همان اوایل دوران کودکی با اختلالات جدی در رفتار و تعاملات اجتماعی مواجه هستند (کلمبی، کریستین لیبال، توماسلو، یانگ، وارنکین و راجرز و همکاران، ۲۰۰۹).

اختلالات رفتاری و عاطفی کودکان، به دو گروه اصلی اختلالات برونی‌سازی و درونی‌سازی تقسیم‌بندی می‌شوند. اختلالات برونی‌سازی، معطوف به خارج و مشتمل بر رفتارهایی مانند برون‌ریزی، ستیزه‌جویی و نافرمانی، و اختلالات درونی‌سازی، معطوف به درون و مشتمل بر گوشه‌گیری، افسردگی و اضطراب است. علاوه بر این، معمولاً کودکان از خود رفتارهایی از جمله اختلالات خواب، تغذیه و مشکلات مربوط به آداب توالت رفتن نشان می‌دهند که در هیچ‌یک از

1. mental retardation

2. American Association of mental retardation

3. Colombi, Kristin Liebal, Tomasello, Young, Warneken, Rogers et al

این گروه‌ها قرار نمی‌گیرند (جانسون، ۲۰۱۲). اختلالات برون‌سازی در چارچوب سه اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی^۲ (ADHD)، اختلال سلوک^۳ (CD) و اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۴ (ODD) تشخیص داده می‌شوند (مک‌کاریک-دیکس، ۲۰۱۰).

میزان شیوع اختلالات رفتاری در افراد کم‌توان ذهنی بین ۲۰ تا ۲۴ درصد گزارش شده است که این میزان، تقریباً ۴ برابر کودکان عادی است (داسن و دای، ۲۰۰۸). معمولاً در بسیاری از موارد، کودکان کم‌توان ذهنی به این دلیل اختلالات رفتاری آشکاری دارند که از نادرستی رفتار خود آگاه نیستند و والدین نیز گمان می‌کنند که در ارتباط با آنان نمی‌توانند تغییرات بنیادین ایجاد کنند و در نتیجه یا با درماندگی، آنان را به حال خود رها می‌کنند و یا با همان شیوه‌ی تربیتی متداول کودکان عادی به مقابله‌ی با آنها می‌پردازند (مددی، ۱۳۸۹).

درمان‌های مربوط به اختلالات رفتاری در سه حوزه‌ی کودک‌محور، مدرسه‌محور و خانواده‌محور جای می‌گیرد. یکی از روش‌هایی که از درمان‌های کودک‌محور به شمار می‌آید هنردرمانی است (سیلور، ۲۰۰۸). به کار بستن روان‌شناسی هنر به شکل کنونی توسط فروید آغاز شده است (نامبرگ، ۲۰۱۳). هنردرمانی، یک روش ایجاد شده برای سلامت روان است که از روش خلاق ایجاد هنر، به افراد کمک می‌کند تا تعارضات و مشکلات را حل کنند و مهارت‌های بین‌فردی، مدیریت رفتار، کاهش استرس، افزایش عزت‌نفس و خودآگاهی را گسترش داده به بینش^۵ دست یابند (الکساندرا، ۲۰۱۲). هنردرمانی، زمینه‌ای بسیار

1. Johnson

2. attention deficit hyperactivity disorder

3. conduct disorder

4. oppositional defiant disorder

5. Mccarrick-Dix

6. Dosen & Day

7. Silver

8. Naumberg

9. insight

1. Alexandrra

گسترده دارد که از شاخه‌های این رشته می‌توان به فیلم‌درمانی^۱، نمایش‌درمانی^۲، نقاشی‌درمانی^۳، موسیقی‌درمانی^۴ و حرکات موزون‌درمانی^۵ اشاره کرد (اناری، ۱۳۸۸).

نقاشی، عبارت است از ترسیم خودانگیزه‌ی تصاویر که فرصت‌هایی برای ارتباط و بیان غیرکلامی فراهم می‌کند (لویک^۶؛ ۲۰۱۳). نامبرگ (۲۰۱۰) نخستین پیشگام هنردرمانی در آمریکا، بر اساس درمان روان‌تحلیلگری، پس از کار با کودکان در مدرسه، دریافت که کودکان، هیجان‌های خود را در نقاشی‌هایشان منعکس و فراق‌کنی می‌کنند. نقاشی‌درمانی، یکی از روش‌های هنردرمانی است که در آن کودکان و نوجوانان به طور گروهی به نقاشی کشیدن می‌پردازند و معمولاً نباید برای موضوع نقاشی اجباری در کار باشد. در جلسات اول، روش کار با هریک از مواد به کودکان آموزش داده می‌شود و در پایان هر جلسه، از آنان درخواست می‌شود در مورد داستان نقاشی خود توضیح دهند. زمانی که کودک به نکاتی در مورد احساساتش اشاره می‌کند، با جملاتی به وی بازخورد داده می‌شود و ترغیب به ارائه‌ی توضیحات بیشتر می‌گردد (نوری و به‌پژوه، ۱۳۸۲).

در سال‌های اخیر، نقاشی‌درمانی برای درمان موارد متنوعی همچون پرخاشگری (یلین^۷؛ ۲۰۰۸؛ به‌پژوه و نوری، ۱۳۸۹)، اختلال نافرمانی مقابله‌ای (غلام‌زاده خادر، باباپور و صبوری مقدم، ۲۰۱۳) و اختلالات رفتاری (زینعلی و خسرو جاوید، ۱۳۸۵؛ زارع و جنتی، ۱۳۸۷) در کودکان عادی به کار رفته است؛ اما مطالعات اندکی از این روش در کودکان کم‌توان ذهنی استفاده کرده‌اند. برای نمونه به‌پژوه و نوری

1. movie therapy

2. dram therapy

3. painting therapy

4. music therapy

5. rhythmic therapy

6. Levick

7. Yellin

(۱۳۸۹) و نژادی کاشانی (۱۳۸۸) از نقاشی درمانی برای درمان پرخاشگری در کودکان کم‌توان ذهنی استفاده کرده‌اند که تمام این مطالعات، حاکی از اثربخشی این روش درمانی بوده است.

با توجه به اینکه اختلالات رفتاری، از جمله مشکلات متداول میان افراد کم‌توان ذهنی است و با توجه به پژوهش‌های گذشته که نشان می‌دهد تاکنون احتمالاً مطالعه‌ای که به تعیین اثربخشی نقاشی [با موضوعات مشخص] بر کاهش اختلالات رفتاری دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی پرداخته باشد صورت نگرفته است و همچنین از آنجا که نقاشی در کودکان کم‌توان ذهنی همچون کودکان عادی بسیار مهم است و آموزش آن در قالبی همچون هنردرمانی و نقاشی درمانی می‌تواند موجب تسهیل یادگیری و آموزش مهارت‌های اجتماعی، مهارت ابراز وجود، اعتماد به نفس، کاهش استرس و اضطراب، ایفای نقش و نیز افزایش قدرت شناخت و ادراک در این دسته از کودکان شود (جانسون، ۲۰۱۲)، لذا انجام پژوهش‌هایی در این زمینه لازم به نظر می‌رسد. بنابراین مطالعه‌ی پیش‌رو، درصدد پاسخ به این سؤال است که آیا استفاده از نقاشی، در کاهش اختلالات رفتاری دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر مؤثر خواهد بود یا خیر؟

روش

روش تحقیق: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. براساس این روش، نقاشی درمانی به عنوان متغیر مستقل و اختلالات رفتاری، به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد.

شرکت‌کنندگان در تحقیق: جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر ۸ تا ۱۴ ساله‌ی مراکز آموزش استثنایی شهرستان ایلام به تعداد ۸۰ نفر در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ بود. پس از اجرای پرسشنامه‌ی مشکلات رفتاری، ۲۰ نفر که بالاترین نمره‌ی اختلالات رفتاری را کسب

کرده و دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن بهره‌ی هوشی ۵۵ تا ۷۰ با توجه به نتایج ثبت شده در پرونده، محدودهی سنی بین ۸ تا ۱۴ سال، موافقت دانش‌آموز و اولیای وی جهت شرکت در پژوهش و حضور در مدرسه حداقل به مدت یک سال. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل داشتن هرگونه اختلالات بینایی، شنوایی، حرکتی و گفتاری مشخص، بیماری صرع و مصرف دارو بود.

ابزار گردآوری داده‌ها: برای گردآوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد:

پرسشنامه‌ی مهارت‌های اجتماعی (SSRS): مقیاس درجه‌بندی

مهارت‌های اجتماعی که توسط گرشام و الیوت (۱۹۹۰) تهیه شده، شامل ۵۵ سؤال برای سه مقطع پیش‌دبستانی، دبستان و دبیرستان و نیز سه فرم ویژه‌ی والدین، معلمان و دانش‌آموزان می‌باشد. در این پژوهش، فرم ویژه‌ی والدین مورد استفاده قرار گرفته است. لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر صرفاً از بخش اختلالات رفتاری ۱۷ سؤالی (با زیرمقیاس‌های برون‌گرایی، درون‌گرایی و بیش‌فعالی) استفاده شده و بخش مهارت‌های اجتماعی حذف گردیده است. در مقیاس حاضر، نمره‌ی بالاتر، نشانگر اختلالات رفتاری بیشتر و نمره‌ی پایین‌تر، نمایانگر اختلالات رفتاری کمتر است. گرشام و الیوت (۱۹۹۰) پایایی این مقیاس را با استفاده از روش‌های بازآزمایی و آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۴ گزارش داده‌اند. شهیم (۱۳۷۸) پایایی پرسشنامه‌های ویژه‌ی والدین را در گروهی از کودکان کم‌توان ذهنی مورد بررسی قرار داد که در آن، ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ متغیر بود. به منظور بررسی روایی مقیاس، ضریب همبستگی بین دو بخش مستقل پرسشنامه‌های والدین نیز محاسبه گردید. این ضرایب، برای مهارت اجتماعی در فرم والدین ۰/۵۲- و

¹. Social Skills Rating Scale

معنادار بود. به عبارت دیگر در هر دو فرم مهارت اجتماعی و اختلالات رفتاری، همبستگی منفی معناداری مشهود است (شهیم، ۱۳۷۷).

شیوهی مداخله

در این پژوهش، از پروتکل نقاشی درمانی سیلور (۲۰۰۸) استفاده شد. این پروتکل، بر اساس کتاب راهنمای هنردرمانی برای کار با کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی ساخته شده است. سیلور معتقد است که اختلالات و موانعی که کودکان کم توان ذهنی در برقراری ارتباط با دیگران دارند، باعث ایجاد اختلالات رفتاری در آنان می شود که این پروتکل، با افزایش قدرت تعامل، خود افشایی، کارکردهای حرکتی درشت، هماهنگی دیداری - حرکتی و افزایش همکاری با همسالان، موجب بهبود اختلالات رفتاری آنان می گردد. این پروتکل، در هشت جلسه ی هفتگی (۴۵ الی ۶۰ دقیقه ای) طبق برنامه ی موجود در جدول ذیل انجام می شود. همچنین جهت بالا بردن میزان همکاری در گروه آزمایش، در هر جلسه سعی بر آن بود که از وسایل متنوع و نوین استفاده شود و پس از پایان همه ی جلسات، آن وسایل به خود دانش آموزان داده می شد. محتوای هر جلسه در جدول (۱) آمده است:

جدول ۱: پروتکل درمانی نقاشی درمانی سیلور (۲۰۰۸)

جلسه	محتوا
اول	ترسیم هیجانانگیز مختلف (خندیدن، گریه کردن، اخم و ...)
دوم	ترسیم اعضای گروه
سوم	چه چیزی مرا ناراحت می کند؟
چهارم	حیوانی را ترسیم کنید که دوست دارید باشید.
پنجم	نقاشی دیواری گروهی (با موضوع دلخواه کودکان)
ششم	وقتی باران می بارد، هوا چگونه است؟
هفتم	نقاشی از بدن
هشتم	نقاشی همراه با موسیقی (موسیقی با ریتم کند و تند و موضوع دلخواه کودکان)

روند اجرای پژوهش: پس از مشخص شدن نمونه‌ی مورد نظر، پروتکل نقاشی درمانی سیلور (۲۰۰۸) به مدت هشت هفته و در قالب جلسات هفتگی ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد و در زمان اجرای برنامه برای گروه آزمایش، گروه کنترل در فعالیت‌های معمول کلاس شرکت می‌کردند. لازم به ذکر است که محقق یا مجری طرح، فقط نقش راهنما را داشت و دانش‌آموزان در این جلسات کاملاً آزاد بودند. در نهایت، پس از گذشت ۱۰ روز از آخرین جلسه‌ی مداخله، پس‌آزمون برای دانش‌آموزان گروه آزمایش و گواه اجرا شد. سه ماه بعد نیز آزمون پیگیری انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش آماری تحلیل کواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار و تعداد آزمودنی‌های نمونه برای کلیه‌ی متغیرها در این پژوهش، در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره‌ی اختلالات رفتاری گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	آزمایش						کنترل					
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
اختلالات رفتاری	۱۹/۱۰	۶/۳۳	۵/۰۰	۳/۲۹	۸/۶۰	۴/۸۵	۱۱/۸۰	۷/۱۶	۱۶/۶۰	۲/۷۱	۱۴/۶۰	۴/۵۹
برون‌گرایی	۶/۷۰	۳/۲۳	۱/۵۰	۱/۳۵	۲/۹۰	۱/۷۹	۵/۱۰	۳/۲۱	۵/۳۰	۱/۴۹	۶/۲۰	۲/۵۷
درون‌گرایی	۵/۲۰	۲/۳۹	۱/۹۰	۱/۶۶	۲/۹۰	۱/۶۶	۲/۰۰	۲/۰۰	۴/۹۰	۰/۸۷۵	۲/۳۰	۱/۳۳
بیش‌فعالی	۷/۰۰	۲/۷۴	۱/۶۰	۱/۱۷	۲/۸۰	۲/۲۰	۴/۷۰	۳/۵۹	۶/۴۰	۱/۹۵	۶/۱۰	۲/۴۲

همانطور که در جدول بالا مشاهده می‌شود، میانگین برون‌گرایی، درون‌گرایی و بیش‌فعالی، از پیش‌آزمون به پس‌آزمون در گروه آزمایش کاهش یافته و نمرات میانگین پیگیری نیز با توجه به نمرات میانگین پیش‌آزمون، کاهش داشته است.

برای رد فرض نامساوی بودن میانگین و واریانس‌های نمره‌های پیش‌آزمون مقیاس اختلالات رفتاری دو گروه آزمایش و کنترل و همگنی واریانس‌ها، آزمون لوین به کار رفت و تساوی واریانس‌های نمره‌های دو گروه در کلیه‌ی متغیرهای پژوهش تأیید گردید. برای بررسی تأثیر نقاشی درمانی در اختلالات رفتاری پسران کم‌توان ذهنی، نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون بررسی فرض همگنی شیب‌های خط رگرسیون متغیرهای پژوهش دو گروه در جامعه

مرحله		مرحله		متغیر
پیش‌آزمون - پیگیری	منبع تغییرات	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	منبع تغییرات	
p	F (تعامل)	p	F (تعامل)	
۰/۱۷۵	۲/۰۱	۰/۰۹۷	۳/۱۱	اختلالات رفتاری
۰/۱۱۷	۲/۷۴	۰/۱۰۶	۲/۹۳	مؤلفه برون‌گرایی
۰/۱۳۸	۲/۴۴	۰/۹۵۴	۰/۲۹۶	مؤلفه درون‌گرایی
۰/۰۹۵	۳/۱۵	۰/۰۸۲	۳/۴۵	مؤلفه بیش‌فعالی

همانگونه که در جدول شماره (۳) مشاهده می‌شود، مقدار F (تعامل) برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون برای کلیه‌ی متغیرهای تحقیق غیر معنادار می‌باشد. به عبارت دیگر، همگنی شیب خط رگرسیون پذیرفته شده است. برای بررسی تأثیر نقاشی درمانی بر اختلالات رفتاری [و مؤلفه‌های آن] در پسران کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر، نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در جدول شماره (۴) آمده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه برای مقایسه‌ی میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p
اختلالات رفتاری	۵۲۳/۲۱	۱	۵۲۳/۲۱	۵۴/۲۵	۰/۰۰۰۱
برون‌گرایی	۲۳/۵۸	۱	۲۳/۵۸	۱۴/۵۶	۰/۰۰۲
درون‌گرایی	۱۳/۵۹	۱	۱۳/۵۹	۸/۹۴	۰/۰۰۹
بیش‌فعالی	۸۳/۵۵	۱	۸۳/۵۵	۳۱/۵۹	۰/۰۰۰۱

همانطور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون بین‌گروه آزمایش و کنترل از لحاظ اختلالات رفتاری ($F=54/25$ و $P < 0/0001$)، برون‌گرایی ($F=14/56$ و $P < 0/0001$)، درون‌گرایی ($F=8/94$ و $P < 0/009$) و بیش‌فعالی ($F=31/59$ و $P < 0/0001$) تفاوت معناداری مشهود است. به عبارت دیگر، نقاشی درمانی موجب کاهش اختلالات رفتاری و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش شده است. برای بررسی ماندگاری دستاوردها در مرحله‌ی پیگیری، از تحلیل کواریانس یک‌راهه استفاده شده که نتایج آن در جدول شماره‌ی (۵) مشاهده می‌شود.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه بر روی میانگین نمرات پیگیری گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
اختلالات رفتاری	۲۰۲/۷۸	۱	۲۰۲/۷۸	۹/۱۷	۰/۰۰۸
برون‌گرایی	۲۶/۴۸	۱	۲۶/۴۸	۶/۰۲	۰/۰۲۷
درون‌گرایی	۱/۳۲	۱	۱/۳۲	۰/۸۱۱	۰/۳۸۲
بیش‌فعالی	۵۲/۲۴	۱	۵۲/۲۴	۱۰/۴۸	۰/۰۰۶

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، در مرحله‌ی پیگیری با کنترل پیش‌آزمون، گروه آزمایش و کنترل از لحاظ اختلالات رفتاری ($F=9,17$ و $p < 0,008$)، برون‌گرایی ($F=6,02$ و $p < 0,027$)، درون‌گرایی ($F=0,382$ و $p > 0,057$)، بیش‌فعالی ($F=10,48$ و $p < 0,006$) تفاوت معناداری دارند. به عبارت دیگر، نقاشی درمانی، موجب تداوم کاهش اختلالات رفتاری و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش شده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر نقاشی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر بود. نتایج نشان داد که نقاشی درمانی، بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر مؤثر است. در تبیین نتایج پژوهش می توان گفت که نقاشی درمانی از جمله روش هایی است که نتایج مفید و جالب توجهی را به دنبال دارد و فرصت های مناسبی را برای تخلیه ی رفتارهای پر خاشگرانه و برون گرایانه ی کودکان فراهم می سازد و با شیوه های مثبت، رفتارهای تکانشی و هیجانی را متعادل می سازد. در تبیین یافته های پژوهش می توان گفت از آنجا که کودکان کم توان ذهنی قادر به برقراری ارتباط مناسب نیستند، در نتیجه نسبت به کودکان عادی اختلالات رفتاری بیشتری دارند که یکی از همین اختلالات، بروز رفتارهایی در زمینه ی برون گرایی است. در فرایند نقاشی درمانی، به سبب افزایش ارتباطات بین فردی مؤثر و به تبع آن افزایش اعتماد به نفس، راهکارهای حل مسأله نیز بهبود یافته و کودک احساس بهتر بودن می کند. به علاوه نقاشی درمانی می تواند از طریق ایجاد فرصتی برای تخلیه ی هیجانات در محیطی امن و آرام از طریق نقاشی کشیدن، موجب پالایش هیجانی کودک گردد و همچنین خشم و عصبانیت و اختلالات رفتاری در زمینه ی برون گرایی وی را کاهش دهد (هلی می، ۲۰۰۹).

نتایج نشان داد که نقاشی درمانی، بر کاهش اختلالات رفتاری در زمینه ی درونگرایی کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر نیز مؤثر است. این نتایج، با یافته های زارع و جنتی (۱۳۸۷) و زینعلی (۱۳۸۵) همسو است. آنان در تحقیقات خود نشان دادند که نقاشی درمانی، از جمله روش های مؤثری است که به کودکان کمک می کند تا به گونه ای غیر کلامی، به بیان احساسات و تعارضات خود پردازند.

^۱. Hellymie

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که کودکان کم‌توان ذهنی، به علت داشتن مشکل در ارتباط با محیط و بازخورد غلط جامعه به آنان، معمولاً منزوی و درون‌گرا هستند. کودکان کم‌توان ذهنی، با بازی، ترسیم و نقاشی کردن، احساسات و هیجانات درونی خود را بروز داده که از این طریق می‌توان به درون کودک پی برد. ترسیم کردن می‌تواند به گونه‌ای غیرمستقیم، کودک را به بیان تعارضات و احساسات درونی خویش وادارد. از این جهت، نقاشی کردن که دارای کنش پالایشی است، می‌تواند به برون‌ریزی تنش‌هایی که به دلایل مختلف در کودک به وجود می‌آید کمک کند. کودک می‌تواند خود را ابراز کند و احساس خشم، ترس و دیگر احساسات منفی خود را کاهش دهد. همچنین شرکت در جلسات نقاشی درمانی کمک می‌کند تا کودک اعتماد به نفس بیشتری به دست آورده و به گونه‌ای مؤثر با مشکلات کنار بیاید (هلی‌می، ۲۰۰۹).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که نقاشی درمانی به طور معناداری، کاهش اختلالات رفتاری در زمینه‌ی بیش‌فعالی را در کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر به دنبال دارد. نقاشی کردن، موجب رشد عمومی شناخت در کودکان شده، حل مسأله را در آنان تقویت می‌کند. همچنین در این جریان، نقاشی برای کودک به صورت یک فعالیت اجتماعی عمل کرده و وسیله‌ای می‌شود برای ایجاد ارتباط و مشارکت با واقعیت اشیا و افراد. به همین دلیل، نقاشی، رشد هیجانی را افزایش داده و به روشی مفید برای کاهش اختلالات رفتاری در زمینه‌ی هیجانی، بی‌قراری و بیش‌فعالی مبدل می‌گردد (هلی‌می، ۲۰۰۹). بزرگترین حسن هنردرمانی و نقاشی آن است که کیفیت غیرکلامی فرایند هنری، به سطح پیش‌کلامی خودآگاه که از طریق حواس حمایت می‌شوند، نفوذ می‌کند و آن را هنگام کار با کودکان به طور ویژه‌ای مؤثر می‌سازد. اثر هنری، درمانجو و درمانگر را با نمونه‌ای ملموس از مشکلات آشنا می‌سازد که شاید درمانگر و درمانجو از آن آگاهی نداشته و یا

علاقه‌ای به توجه کردن به آن نداشته‌اند و می‌تواند در درمان، به صورت غیر کلامی ظاهر شود (مل کویت، ۲۰۰۸).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، اجرای پروتکل توسط خود پژوهشگر بود که ممکن است باعث سوگیری در اجرای دستورالعمل شده باشد. همچنین استفاده از آزمودنی‌هایی که حداقل نمره را در مرحله‌ی غربالگری بدست آورده بودند و به عنوان گروه نمونه انتخاب شده بودند که این خود ممکن است باعث کاهش روایی درونی پژوهش شود. با توجه به این محدودیت‌ها و بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان پیشنهاد کرد که از مقوله‌ی نقاشی درمانی و به طور کلی هنردرمانی، در تمام مدارس کودکان کم‌توان ذهنی به عنوان یک مکانیسم دفاعی و روانی در مواجهه با ناتوانی‌ها استفاده کرد. علیرغم عدم استفاده‌ی کامل از مقوله‌ی هنردرمانی در مدارس و جدید بودن آن، با توجه به مطالعات و پژوهش‌ها، هنردرمانی می‌تواند در رشد و تحول ابعاد گوناگون کودکان دارای نیازهای ویژه فوق العاده مؤثر و مفید باشد. همچنین پیشنهاد می‌شود به منظور جلوگیری از سوگیری، برای اداره کردن کارگاه‌ها از تسهیل‌گر استفاده شود و نیز به جای استفاده از نمرات پایین، بهتر است در صورت امکان از پرسشنامه‌ای که نقطه‌ی برش داشته باشد استفاده گردد. در نهایت پیشنهاد می‌شود این پژوهش در دیگر گروه‌های سنی، جنسی، تحصیلی و جغرافیایی مختلف انجام گیرد.

سپاسگزاری

از کلیه‌ی والدین و دانش‌آموزانی که در پژوهش حاضر همکاری داشته‌اند، صمیمانه سپاسگزاریم.

منابع

- اسدی دوست، نوشین. (۱۳۸۷). تأثیر روش یکپارچگی حسی و آموزش مهارت‌های ادراکی - حرکتی بر مشکلات حرکتی کودکان نارساخوان پایه‌های اول تا سوم مقطع ابتدایی. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.
- اناری، جهانبخش. (۱۳۸۸). مطالعه اثر نمایش درمانی بر کاهش علائم اضطراب اجتماعی در کودکان، رساله‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.
- به‌پژوه، احمد و نوری، فریده. (۱۳۸۹). تأثیر نقاشی درمانی بر کاهش رفتارهای پرخاشگرانه‌ی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. *مجله‌ی روانشناسی و علوم تربیتی*، ۳۲ (۲)، ۱۵۵-۱۷۰.
- زارع، مهدی و جنتی، مریم. (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی نقاشی درمانی گروهی بر مشکلات رفتاری دختران ۱۸-۱۲ ساله‌ی بی‌سرپرست و بدسرپرست مراکز شبانه‌روزی بهزیستی شهرستان آباء. *مجموعه مقالات دومین کنگره‌ی سراسری هنردرمانی در ایران*، ۷۸-۶۶.
- زینعلی، شینا و خسروجاوید، مهناز. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر نقاشی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان بی‌سرپرست (۵ تا ۹ ساله) شهرستان تهران. *مجموعه مقالات دومین کنگره‌ی سراسری هنردرمانی در ایران*، ۳۴-۲۳.
- شهیم، سیما. (۱۳۷۷). بررسی روایی و پایایی مقیاس روش درجه بندی مهارت اجتماعی در گروهی از کودکان دبستانی شیراز. *مجله‌ی علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۳ (۴)، ۳۸-۱۷.
- شهیم، سیما. (۱۳۷۸). بررسی مهارت اجتماعی در گروهی از کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر با استفاده از نظام درجه‌بندی مهارت اجتماعی. *مجله‌ی روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران*، ۴، ۳۷-۱۸.
- مددی، نازنین. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر نقاشی درمانی بر کاهش مشکلات عاطفی کودکان ۷-۱۱ ساله. رساله‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی تهران.
- زادای کاشانی، غزاله. (۱۳۸۸). تأثیر نقاشی بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان دختر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر مقطع ابتدایی. *ویژه‌نامه‌ی توانبخشی اعصاب کودکان*، ۱۱ (۴)، ۷۸-۷۰.

- نوری، فریده و به‌پژوه، احمد. (۱۳۸۲). بررسی تأثیر نقاشی‌درمانی بر کاهش رفتارهای پرخاشگرانه‌ی دانش‌آموزان عقب‌مانده‌ی ذهنی آموزش‌پذیر شهرستان تهران. رساله‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی کودکان استثنایی، دانشگاه تهران.
- Alexandria, V. A. (2012). Retrieved from American Art Therapy Association: <http://www.arttherapy.org>
- American Association of Mental retardation. (2010). *Mental retardation: Pefinition, classi ficaton, and system of support* (11th ed.). Washngten, DC: Author.
- Colombi, C., Kristin Liebal, K., Tomasello, M., Young, G., Warneken, F., & Rogers, J . (2009). Examining correlates of cooperation in autismimitation, joint attention, and understanding intentions. *Autism*, 13, 143-163.
- Dosen, A., & Day, K. (2008). *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation* (6th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gholamzade Khadara, M., Babapourb, J., & Sabourimoghaddam, H. (2013). The Effect of Art Therapy Based on Painting Therapy in Reducing Symptoms of Oppositional Defiant Disorder (ODD) in Elementary School Boys. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1872–1878.
- Gresham, F. M., & Eliot, S. N. (1990). *Social skills rating system*. Circle pines, MN: American Guidance Services.
- Hellymie. D. (2009). *Clayworks in Art Therapy playing the sacred circle*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley publishers.
- Johnson, J. L. (2012). Preventing condust problems and increasing social competence in high- rish preschoolers. *Disseltution abstracts international: Section B: The Science and Engineering*, 62, 2-13.
- Levick, M. F. (2013). *They couldn't talk and so they draw* (2th ed.). Illinois Charles: Thomas.
- Mccarrick-Dix, D. M. (2010). Violense in the school. Dissertation abstracts. *International section A: Humanifies and social sciences*, 61, 3-4.
- Melkowitz, A. T. (2008). *Art therapy with an adoptive family: A case study of adoptee with reactive attachment disorder*. Thesis for master of art in art Therapy and counseling. Ursuline College.
- Naumberg, M. (2010). *Dyna mically oriented Art therapy; Its principals and practice*. NewYork: Grune & Straton.
- Naumberg, M. (2013). Spontaneous art in education and art psychotherapy. *American Journal of Art Therapy*, 40, 46-64.

- Silvers, J. B. (2008). *Art therapy workbook for children and adolescents with Autism*. Master of art thesis in art therapy and counseling. Ursuline College.
- Yellin, D. (2008). A model for art therapy in educational settings with children who behave aggressively. *The Arts in Psychotherapy*, 35, 341-348.