

اثر بخشی نقاشی درمانی در کاهش رفتارهای پر خاشگرانه دانش آموزان دختر کم شنوا

الهام نظامی پور* / دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی / دانشگاه آزاد واحد تهران
عاطفه عبدالمنافی / دانشجوی دکترای روان شناسی بالینی / دانشکده علوم انسانی / دانشگاه تربیت مدرس تهران
مهین اعتمادی نیا / دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی / دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی / دانشگاه تهران
نسرین ایزدی نیا / دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی / دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی / دانشگاه تهران

چکیده

زمینه: کودکان کم شنوا به علت نارسایی در مهارت های ارتباطی مستعد بروز رفتارهای برون نمود از قبیل پر خاشگری هستند. هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی نقاشی درمانی در کاهش رفتار پر خاشگرانه دانش آموزان دختر کم شنوا بود.
روش: جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل همه دانش آموزان ابتدایی دختر کم شنوا در استان قم بودند که پس از تکمیل پرسش نامه فهرست رفتاری کودکان توسط معلمان، ۴۶ دانش آموزی که بالاترین نمره را در زیر مقیاس رفتار پر خاشگرانه داشتند، به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای دهی شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه به نقاشی آزاد پرداختند. در پایان دوره آموزشی، معلمان دو گروه پرسشنامه یاد شده را به عنوان پس آزمون تکمیل کردند.
یافته ها: تحلیل نتایج با استفاده از تحلیل کوواریانس بیانگر تاثیر نقاشی درمانی بر کاهش نمره های رفتار پر خاشگرانه ($P > 0/05$) دانش آموزان کم شنوا در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل بود.
نتیجه گیری: نتایج نشان داد که مداخله نقاشی درمانی در کاهش رفتار پر خاشگرانه دانش آموزان دختر کم شنوا موثر بوده است. بنابراین می توان گفت که کاربرد روش های هنر درمانی و به طور ویژه نقاشی درمانی باعث کاهش مشکلات رفتاری کودکان با نیازهای ویژه می شود.
واژه های کلیدی: نقاشی درمانی، رفتارهای پر خاشگرانه، دانش آموزان، کم شنوا

مقدمه

کودکان مهارت های سازش نایافته ای را مورد استفاده قرار می دهند و به علت نارسایی در مهارت های ارتباطی مستعد بروز رفتارهای برون نمود از قبیل پر خاشگری به علت نارسایی در مهارت های ارتباطی خود هستند (بارکر^۴ و همکاران، ۲۰۰۹؛ ون الدیک^۵ و همکاران، ۲۰۰۴).

پژوهش های دیگری نیز نشان می دهند که کودکان آسیب دیده شنوایی به صورت بسیار ویژه ای، درصد بالایی (۳۰ تا ۳۸ درصد) از مشکلات برون نمود مانند پر خاشگری را (ون الدیک و همکاران، ۲۰۰۴)، نسبت به کودکان عادی (۳ تا ۱۸ درصد) نشان می دهند (هینشاو و لی^۶، ۲۰۰۳).

این کودکان برخلاف بیشتر همسالان خود در

آسیب شنوایی یکی از رایج ترین نارسایی حسی-عصبی در انسان است و به طور تقریبی از هر هزار کودک یک کودک با ناشنوایی شدید تا عمیق پایدار حسی-عصبی متولد می شود (پراساد^۱ و همکاران، ۲۰۰۰) که این آمار در پژوهش های اخیر به یک در ۶۵۰ نوزاد تغییر یافته است (اسنوکس^۲ و همکاران، ۲۰۰۵)، برخی از مواقع مشکلات رفتاری-هیجانی که از نمودهای آن می توان از مشکلات سلوکی و رفتارهای پر خاشگرانه نام برد، همراه آسیب شنوایی است (شانون و اندرسون^۳، ۲۰۰۸). ویژگی های منحصر به فردی که این گونه کودکان با نارسایی شنوایی دارند، به شیوه های متعددی از جمله رفتاری، هیجانی و تحصیلی آشکار می شود. این

4. Barker
5. Van Eldik
6. Hinshaw & Lee

1. Prasad
2. Snoeckx
3. Shanon & Anderson
* e.nezamipour@yahoo.com

داشته باشد. برای کودک آسیب دیده شنوایی، آسیب دیده بینایی یا کودکی که ادراک‌های حسی او آسیب دیده است، پاسخ‌های نامنظم و جزئی می‌تواند باعث رشد فرآیندهای شناختی شود (الکس آبوهورف^۷، ۲۰۰۸).

اسمیجستر و کلون^۸ (۲۰۰۶) و سیلور^۹ (۲۰۰۶) کاربرد هنردرمانی و درمان‌های ترسیمی را برای کاهش رفتارهای پرخاشگرانه سودمند می‌دانند و بر سودمند بودن آن بر بسیاری از متغیرهای روان‌شناختی تاکید می‌کنند که این امر در پژوهش‌های انجام‌شده که نتایج آن‌ها بررسی می‌شود، مورد تایید قرار گرفته است. در همین زمینه، ایدسون^{۱۰} (۱۹۸۹) اثرات موسیقی درمانی رفتاری را روی کودکان با ناتوانی مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که رفتار این کودکان دو برابر بیشتر از کودکانی که این درمان را دریافت نکرده بودند، باثبات شده بود. کیولند^{۱۱} (۱۹۸۶) در یک پژوهش موردی بر روی یک کودک با اختلال سلوک نشان داد که جلسات موسیقی‌درمانی موجب افزایش خودبینی مثبت می‌شود. همچنین هندرسون^{۱۲} (۱۹۸۳) دریافت که استفاده از برنامه‌های موسیقی‌درمانی در کودکانی که مبتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی هستند، موجب بهبود عزت‌نفس در این کودکان می‌شود.

نقاشی‌درمانی می‌تواند در مشاوره و پیشگیری از اختلال‌های درون‌نمود همچون اضطراب جدایی و احساس خودکشی در کودکان موثر بوده و به آن‌ها کمک کند. نقاشی به این کودکان کمک می‌کند تا نشانه‌های مرضی جسمی اختلال خود را در کنار نشانه‌های مرضی عاطفی ابراز کنند (راگرمن^{۱۳}، ۱۹۹۹؛ لی^{۱۴}، ۲۰۰۲).

هدف نقاشی‌درمانی، فراهم آوردن فرصتی برای افراد است تا از طریق رنگ‌ها و خطوط؛ احساسات، عواطف، نیازها و حتی دانسته‌های خود را آزادانه و به نحوی که مایل‌اند، بیان کنند (لندگارتن^{۱۵}، ۱۹۸۱). نقاشی و سایر هنرها مانند پلی میان دنیای درون و واقعیت‌های بیرونی قرار می‌گیرند و تصویر مانند

شرایط عادی قادر به سازگاری با محیط نیستند و از نظر فکری، جسمی، ذهنی، رفتاری و عاطفی با افراد هم‌سن خود تفاوت دارند و برای این که بتوانند از استعداد خود بیشترین استفاده را ببرند، نیاز به روش‌های ویژه تربیتی، آموزشی و درمانی دارند (میلانی فر، ۱۳۸۹). در این زمینه، بررسی‌ها نشان می‌دهد که کاربرد هنردرمانی به عنوان یک الگوی درمانی، به‌ویژه در گروه درمانی می‌تواند به این کودکان کمک کند تا به شیوه‌ای مناسب خود را بیان کنند. به عبارتی، هنردرمانی به این گروه از کودکان اجازه می‌دهد هیجان‌های خود را به وسیله یک واسطه بیان کنند که باعث افزایش سازگاری و عزت‌نفس آن‌ها نیز می‌شود (هیتال و هانلاین^۱، ۲۰۰۳؛ نیسیمو - ناهون^۲، ۲۰۰۸).

به کار بستن روان‌شناسی هنر به شکل کنونی، توسط فروید آغاز شده و تحلیل روانی و هنر به تدریج از تأثیرات متقابل یکدیگر سود برده‌اند (گلین و آنجل^۳، ۱۹۹۰). کرامر^۴ (۱۹۵۸) هنرمند و آموزگاری است که نخستین بار با کودکان دارای اختلال‌های هیجانی به کار نقاشی‌درمانی پرداخت. وی هدف هنردرمانی را ایجاد موقعیتی برای انتخاب و تغییر رفتارها می‌داند.

استفاده از هنرهای همچون نقاشی، حرکات موزون، موسیقی و غیره در فرآیند مشاوره را می‌توان «هنردرمانی» نامید. هنردرمانی به عنوان یک حرفه، نخستین بار در نوشته‌های مارگارت نامبورک تعریف شده است. او مطرح کرد که بیان آزاد هنر در کودکان معرف نوعی کلام نمادین است و بیان خودانگیزخته هنر می‌تواند اساس معالجه‌های روان‌درمانی باشد (روبین و جودیت^۵، ۱۹۹۸). از راه هنردرمانی بیماران می‌توانند خود را به گونه‌ای خلاق ابراز کنند و احساس خشم، ترس و دیگر احساس‌های منفی خود را کاهش دهند. هنردرمانی کمک می‌کند تا فرد اعتماد به نفس خود را افزایش داده و به گونه‌ای خلاق و موثر با مشکلات کنار بیاید (کاریگان^۶، ۱۹۹۳). هنردرمانی برای کودکان با ناتوانی می‌تواند یکی از موثرترین راه‌های رساندن آن‌ها به آگاهی و پل‌های ارتباطی و انگیزشی باشد. کودکی که مورد خشم قرار گرفته می‌تواند یک بیان بدون انتقام

7. Elkis-Abuhoff
8. Smeijsters & Cleven
9. Silver
10. Eidson
11. Kivland
12. Henderson
13. Raghurman
14. Li
15. Landgarten

1. Heather & Hanline
2. Nissimov-Nahum
3. Gellin, T. & Angel
4. Kramer
5. Rubin & Judith,
6. Carrigan

به عنوان نوعی مکانیزم مقابله‌ای به کار رود. هاون^۷ (۲۰۰۴) نشان داد در مورد بیماران که دوسوگرایی‌های هیجانی را در هنر ابراز کرده و نسبت به این تعارض درونی بینش پیدا می‌کنند، این احتمال وجود دارد که این تعارضات را در یک کار هنری یکپارچه کنند و تکانه‌های مخرب و پرخاشگری را کاهش دهند، بنابراین، این افراد از این طریق می‌توانند از افزایش تنش‌های هیجانی که می‌تواند در رنجش یا دلخوری از کنترل خارج شود و به اوج برسد، جلوگیری کنند.

هنردرمانی موجب تنظیم تنش، کنترل تکانه، تنظیم پرخاشگری، ساختاربندی رفتار و رشد توانایی‌ها می‌شود (اسمیجستر و کلونین، ۲۰۰۶). لویز و کارولان^۸ (۲۰۰۱) نیز نتایج مشابهی را در این زمینه نشان دادند. پژوهش‌های دیگر نیز اثربخشی نقاشی‌درمانی بر کاهش پرخاشگری را تایید کرده‌اند (راسل^۹، ۲۰۰۸؛ لی، ۲۰۰۲).

با توجه به تاثیر و نقش هنردرمانی در درمان برخی بیماری‌های جسمی و روانی، توجه به پژوهش‌هایی که گویای ارتباط بین نقاشی‌درمانی و رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان کم‌شنواست، ضروری به نظر می‌رسد. از آن جا که رشد و پرورش کودکان و ایجاد رفتارهای صحیح در آنها از اهمیت بسزایی برخوردار است و با توجه به کمبود شواهد پژوهش داخلی در زمینه نقش هنردرمانی در مشکلات عاطفی و روحی کودکان، به ویژه کودکان استثنایی، بررسی این قبیل پژوهش‌ها ضروری به نظر می‌رسد، بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی نقاشی‌درمانی در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه دانش‌آموزان دختر کم‌شنوا انجام شد.

روش بررسی

جامعه آماری پژوهش شامل همه دانش‌آموزان دختر کم‌شنوا در استان قم بودند که در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ در مدارس استثنایی شهر قم به تحصیل اشتغال داشتند. با توجه به این که همه دانش‌آموزان دختر کم‌شنوا در استان قم ۶۰ نفر بودند، نخست پرسش‌نامه فهرست رفتاری کودک^{۱۰} توسط معلمان دانش‌آموزان

یک میانجی در فاصله این دو عمل کرده و جنبه‌های خودآگاه و ناخودآگاه فرد را بازگو می‌کند (جوزف^۱، ۱۹۹۰). نقاشی بیش از آن که در تشخیص اختلال‌های روانی بزرگسالان مفید باشد، در شناخت و درمان مشکلات کودکان سازش‌نایافته، پرخاشگر و بی‌قرار مناسب‌تر است و برای این‌گونه کودکان زمینه‌ای فراهم می‌کند تا قابلیت و خلاقیت خود را بروز دهند (لویک^۲، ۱۹۸۳ و اسمیجستر و کلونین، ۲۰۰۶). لویک (۱۹۸۳) بیان کرده است که از ترسیم نقاشی می‌توان برای تشخیص شرایط آسیب‌شناختی استفاده کرد.

مشکلات رفتاری و پرخاشگری در کودکان آسیب‌دیده شنوایی مشکل رایجی است که در همه جای دنیا نیاز به توجه فزاینده‌ای دارد و پژوهش درباره راه‌حل‌های موثر، چالش بزرگی برای متخصصان و نظریه‌پردازان ایجاد کرده و با توجه به تاثیرات زیان‌آور پرخاشگری در فرآیند رشد کودک، پژوهش‌های گسترده‌ای در این زمینه انجام شده است (بارکر و همکاران، ۲۰۰۹؛ ون‌الدیک و همکاران، ۲۰۰۴).

پرخاشگری رفتاری است که با هدف صدمه زدن به خود یا دیگران صورت می‌گیرد. پرخاشگری می‌تواند تاثیرات مخربی از جمله صدمه، آسیب زدن، حملات آسیب‌زا به خود و دیگران، مرگ غیرمنتظره و رفتارهای پرمخاطره را به دنبال داشته باشد (جنتری^۳، ۲۰۰۷). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که پرخاشگری با پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی همراه است که می‌تواند مشکلاتی چون احساس درماندگی، تنهایی، ناسازگاری اجتماعی، زخم معده، میگرن، افسردگی و اضطراب را به همراه داشته باشد (استراچن^۴، ۲۰۰۷).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که هنردرمانی به شکل‌های مختلف مانند نقاشی‌درمانی، نمایش‌درمانی، نمایش عروسکی، موسیقی‌درمانی در درمان و کنترل پرخاشگری موثر است (کریمنس^۵، ۲۰۰۶) و فرآیند هنر، موجب رشد مناسب تعاملات و کاهش تمایلات پرخاشگرانه می‌شود (کاپلان^۶، ۲۰۰۷). اظهار هنرمندانه هیجانات به جای برون‌ریزی رفتار پرخاشگرانه می‌تواند

1. Josef
2. Levick
3. Jentery
4. Strachan
5. Crimmens
6. Kaplan

7. Haeyen
8. Lopez, & Carolan
9. Rastle
10. CBCL

تکمیل شد و سپس از میان آن‌ها، ۴۶ نفر که در زیر مقیاس رفتار پرخاشگرانه بیشترین نمره را به دست آورده بودند، انتخاب شدند و پس از اینکه دو گروه از لحاظ سن، پایه تحصیلی و میزان آسیب شنوایی هم‌تا شدند، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. متغیر کنترل در این پژوهش سن، جنسیت و میزان آسیب شنوایی دانش آموزان بود. طرح این پژوهش از نوع آزمایشی و با روش پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود.

شیوه مداخله: پس از اجرای پرسش‌نامه رفتار پرخاشگرانه توسط معلمان دانش‌آموزانی که بالاترین نمره پرخاشگری را داشتند به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. سپس ۸ جلسه نقاشی آزاد به مدت یک ساعت در هفته برای دانش‌آموزان گروه آزمایشی با حضور روان‌شناس ترتیب داده شد. هدف از اجرای مداخله نقاشی آزاد، تخلیه هیجانی کودکان و بیان آزادانه احساسات و افکار آن‌ها در قالب نقاشی و همچنین افزایش اعتماد به نفس کودکان بود. بدین صورت که همه وسایل نقاشی مانند ماژیک، مداد رنگی، مدادشمعی و گواش در اختیار آزمودنی‌ها قرار می‌گرفت و با توجه به این که کودکان کم‌شنوا بودند از معلم‌شان خواسته می‌شد با زبان اشاره برای آن‌ها توضیح دهد که هر موضوعی را دوست دارند به طور آزاد و اختیاری نقاشی کنند. اگر در جلسه‌ای کودکی از کشیدن نقاشی خودداری می‌کرد به او در این مورد اصرار نمی‌شد. در پایان جلسه از کودکان خواسته می‌شد تا در مورد نقاشی‌های‌شان توضیح دهند، سپس نقاشی‌ها جمع‌آوری و نگهداری شد. پس از اجرای برنامه مداخله نقاشی درمانی، دوباره از معلمان خواسته شد تا پرسش‌نامه یاد شده را تکمیل کنند.

قواعد» و «رفتار پرخاشگرانه» منجر شده است. ۹ سوال نیز در هیچ‌یک از این ۸ عامل جای نگرفتند و در مقیاسی با عنوان «مشکلات دیگر» قرار گرفتند. سه عامل «مضطرب - افسرده»، «انزوا - افسردگی» و «شکایت‌های جسمی» عامل مرتبه دوم «مشکلات درون‌نمود» را تشکیل دادند و از مجموع نمره‌های دو عامل «نادیده گرفتن قواعد» و «رفتار پرخاشگرانه» عامل «مشکلات برون‌نمود» به وجود آمد. سرانجام می‌توان با جمع کردن نمره‌های ۹ مقیاس به نمره کلی که بالاترین و کلی‌ترین عامل است، دست یافت. برای نمره‌گذاری، مقیاس‌های مبتنی بر تحلیل عوامل ملاک قرار گرفت و پس از جمع نمره‌های مواد تشکیل‌دهنده هر مقیاس، نمره مقیاس به دست آمد که در این پژوهش فقط از نمره‌های مربوط به زیر مقیاس رفتار پرخاشگرانه استفاده شد. پایایی و روایی این پرسش‌نامه در مقیاس‌های صلاحیت ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ جای گرفته‌اند. با در نظر گرفتن تعداد اندک پرسش‌ها و متفاوت بودن شکل آن‌ها مقادیر آلفا در سطح مورد انتظار و رضایت‌بخش قرار دارند (مینایی، ۱۳۸۴).

ضرایب آلفای مقیاس‌ها و زیرمقیاس‌های CBCL بین ۰/۸۷ (برای مقیاس برون‌نمود) و ۰/۷۳ (برای مشکلات اجتماعی) قرار دارد. پایایی آزمون - بازآزمایی (در فاصله بین ۵ تا ۸ هفته) نیز نشان داد، همه ضرایب همبستگی در سطح $P < 0.05$ معنادار هستند و بین دامنه ۰/۹۷ (برای مقیاس برون‌نمود) و ۰/۳۸ (برای مقیاس مشکلات تفکر) قرار دارند. در این پژوهش از فرم کوتاه این پرسش‌نامه که ۵۷ سوالی بود، استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ برای نمونه حاضر ۰/۶۸ به دست آمد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

جدول شماره ۱ شاخص‌های آمار توصیفی شامل تعداد، میانگین، انحراف استاندارد، کمینه و بیشینه را برای دو گروه آزمایش و کنترل در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود بین میانگین‌های دو گروه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت وجود دارد.

ابزار پژوهش: فهرست رفتاری کودک شامل ۱۱۲ گویه درباره مشکلات ویژه کودکان است و معلمان باید وضعیت دانش‌آموز خود را در هر گویه با انتخاب یکی از سه گزینه «نادرست = صفر»، «تا حدی درست = ۱» و «کاملاً درست = ۲» مشخص کنند.

پژوهش‌های تحلیل عاملی آخن‌باخ و همکارانش به شکل‌گیری ۸ عامل «مضطرب - افسرده»، «انزوا - افسردگی»، «شکایت‌های جسمی»، «مشکلات اجتماعی»، «مشکلات تفکر»، «مشکلات توجه»، «نادیده گرفتن

همان‌گونه که در جدول ۳ مشخص است، اثر پیش‌آزمون از لحاظ آماری معنادار بوده است ($P > 0/001$ و $F(1, 43) = 93/46$). به بیان دیگر نمره‌های پس‌آزمون تحت تاثیر نمره‌های پیش‌آزمون بوده است. برای آزمودن اثر گروه یا مداخله (نقاشی درمانی) بر متغیر وابسته (پرخاشگری) باید اثر پیش‌آزمون به عنوان عامل همپراش کنترل شود. نتایج نشان داد اثر گروه یا مداخله با کنترل متغیر همپراش نیز از لحاظ آماری معنادار بوده است ($p > 0/001$ و $F(1, 37) = 34/24$)، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که نقاشی درمانی باعث تغییر در گروه‌ها شده است. میزان اندازه اثر متغیر آزمایشی ۰/۴۴ به دست آمد که با در نظر گرفتن این شاخص، ۴۴ درصد از تغییرات پرخاشگری، مربوط به عضویت گروهی است.

همان‌طور که پیش‌تر نیز به آن اشاره شد، برای بررسی فرضیه پژوهش از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد که همراه با شاخص‌های توصیفی و مفروضه‌های آن در جدول‌های زیر آورده شده است. از جمله مفروضه‌های اجرای تحلیل کوواریانس مفروضه نرمال بودن، تصادفی بودن و همسانی واریانس‌هاست که به منظور بررسی مفروضه آخر آزمون لوین اجرا شد ($p > 0/10$). از این رو مفروضه بهنجار بودن برقرار است. مقدار آماره ام. باکس برای مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از نظر آماری معنی‌دار نبود. بر اساس جدول ۲ واریانس‌ها برابر بوده و شرایط انجام آزمون فراهم است و فرض همگنی شیب‌ها نیز رعایت شده است ($F=2/74$ و $p > 0/100$).

جدول ۱. شاخص‌های آمار توصیفی دو گروه آزمایش و کنترل در مقیاس رفتار پرخاشگرانه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
پیش‌آزمون	آزمایش	۱۰/۴۳	۵/۰۲	۱	۲۰
	کنترل	۹/۶۲	۴/۹۰	۰	۲۰
پس‌آزمون	آزمایش	۷/۳۷	۳/۰۷	۱	۱۳
	کنترل	۹/۰۲	۴/۱۲	۰	۱۹

جدول ۲. آزمون لوین برای همسانی واریانس‌ها در زیر مقیاس، پرخاشگری پرسش‌نامه فهرست رفتاری کودکان

F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
۲/۷۴	۱	۴۴	۰/۱۰۰

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس بین نمره‌های پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در مقیاس رفتار پرخاشگرانه

منبع	SS	Df	MS	F	p
پیش‌آزمون	۶۵۰/۹۶	۱	۶۵۰/۹۶	۹۳/۴۶	۰/۰۰۱
گروه	۲۳/۹۵	۱	۲۳/۹۵	۲۳/۹۵	۰/۰۰۱
خطا	۳۰/۰۸	۴۳	۰/۷۰	-	-
کل	۴۰۳۲	۴۶	-	-	-

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به این که بسیاری از پژوهش‌ها در زمینه پرخاشگری کودکان انجام شده است، این پژوهش با هدف اثربخشی نقاشی‌درمانی در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه دختران کم‌شنوا انجام شد. پرخاشگری آثار نامطلوبی هم بر رفتارهای بین‌فردی و هم حالات درونی و روانی افراد می‌گذارد. یکی از روش‌هایی که در کاهش رفتار پرخاشگرانه کودکان با نیازهای ویژه می‌تواند اثرگذار باشد، هنردرمانی است که از جمله می‌توان به نقاشی‌درمانی، موسیقی‌درمانی، تئاتر درمانی، بازی درمانی و نظایر آن اشاره کرد. در هنردرمانی فرض اساسی بر این است که بیان احساسات و هیجانات از طریق فعالیت هنری اثر درمانی دارد و در این روش کودک تشویق می‌شود که در حضور درمانگر به نقاشی، رنگ‌آمیزی، ساختن الگو و یا مجسمه‌سازی بپردازد (درمیر و همکاران، ۲۰۱۱).

نقاشی این امکان را برای کودک فراهم می‌کند تا از راه ترسیم، افکار و احساسات خود را بیان کند و به عبارتی نقاشی کودکان منعکس‌کننده دانش آن‌ها از جهان است. نقاشی، نه تنها نشانگر هماهنگی حرکتی ظریف کودک است، بلکه خودپنداره، نگرش‌های عاطفی و رشد شناختی او را نشان می‌دهد بنابراین از طریق نقاشی درمانی می‌توان به روحيات و تمایلات کودکان پی‌برد و به آن‌ها در حل تعارضات و مشکلات‌شان کمک کرد (علیزاده، ۱۳۸۸). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تفاوت معناداری در نمره‌های رفتار پرخاشگرانه دانش‌آموزان دختر گروه آزمایش در مقایسه با دانش‌آموزان گروه کنترل پس از اجرای جلسات نقاشی‌درمانی وجود دارد که نشانگر این است که نقاشی به عنوان یک روش درمانی در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه کودکان کم‌شنوا موثر بوده است.

یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های راسل (۲۰۰۸)؛ لی (۲۰۰۲)؛ لوپز و کارولان (۲۰۰۱)؛ اسمیجستر و کلونین (۲۰۰۶) و کرینمس (۲۰۰۶) همخوانی دارد. نقاشی‌درمانی به این کودکان کمک کرده است تا با کشیدن نقاشی رفتارهای خشونت‌آمیز خود را کاهش دهند. در همین راستا کاریگان (۱۹۹۳) بیان می‌کند که کودکان از طریق نقاشی می‌توانند عواطف خود

را به شکلی که از لحاظ اجتماعی نابهنجار محسوب می‌شوند، بیان کنند یا به سخن دیگر این روش به کودکان کمک می‌کند تا به گونه‌ای خلاق خود را ابراز کنند و احساس خشم، ترس و دیگر احساس‌های منفی خود را کاهش دهند.

به طور کلی نقاشی و حیطه کودکان استثنایی را می‌توان از چند جنبه به یکدیگر مرتبط دانست: نخست تحول نقاشی در کودکان استثنایی از حیث توانایی‌های شناختی از جمله توجه، ادراک، تخیل و از سوی دیگر هماهنگی ادراکی- حرکتی و ویژگی‌های عاطفی است. دوم، استفاده از نقاشی و ترسیم به عنوان وسیله و روش ارزیابی است که جنبه‌های تحولی و آسیب‌شناختی کودک را بررسی می‌کند و در آخر نقاشی به عنوان جزئی از هنردرمانی، روشی درمانی است (علیزاده، ۱۳۸۸). با توجه به این که کودکان دارای نیازهای ویژه در برخی موارد فاقد قابلیت‌ها و توانایی‌های ویژه هستند، استفاده از عواملی مانند ایجاد خلاقیت، تمرکز، توجه و دقت لحاظ‌شده در هنردرمانی می‌تواند پیشرفت‌ها و موفقیت‌های پیشنهادی را در طول دوران زندگی برای آن‌ها به ارمغان آورد، بنابراین در اثر آموزش‌های هنردرمانی، مهارت‌های ارتباطی، خودآگاهی، احساس‌ها و عواطف؛ متعادل و متوازن می‌شود و همچنین قدرت من (خود) در این کودکان بیش از پیش بهبود و گسترش می‌یابد (هیترا و هانلاین، ۱۳۸۲).

روانشناسان از سالیان گذشته بر این باور بوده‌اند که نقاشی کودک فرآورده‌ای و رای جنبه‌های شناختی و ادراکی- حرکتی است و احساس‌ها و عواطف نیز در آفرینش آن دخالت دارد؛ به این صورت می‌توان گفت که در نقاشی‌ها اندازه‌ها، موقعیت فضایی و محتوایی نقاشی و همچنین رنگ‌آمیزی و ترجیح رنگ‌ها تحت تاثیر عواطف و احساسات کودک قرار دارد (برکیت، بارت و دیویس^۱، ۲۰۰۳). همان‌طور که گفته شد کودکان آسیب دیده شنوایی درصد بالایی از میزان پرخاشگری را نشان می‌دهند (ون الدیک و همکاران، ۲۰۰۴) و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای برای پیشگیری از این مشکل لازم به نظر می‌رسد که در این میان نقاشی برای کار با کودکان دارای پرخاشگری بالا سودمند است زیرا پرخاشگری منبعی سرشار از

الگوهای رفتاری خود تغییر ایجاد کنند (لویک، ۱۹۸۳). با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های دیگر، هنردرمانی و به ویژه نقاشی‌درمانی می‌تواند نقش موثری در کاهش پرخاشگری داشته باشد و با توجه به این که کودکان استثنایی با ناکامی‌های بیشتری در امر تحصیل مواجه هستند، پرخاشگری در این گروه می‌تواند امری رایج باشد، بنابراین لازم است معلمان، مربیان و والدین در جریان فواید این درمان قرار گیرند و برای کار با این گروه از کودکان از این روش استفاده کنند. در مراکز توان‌بخشی نیز می‌توان از نقاشی‌درمانی در کنار دیگر راهکارها و خدماتی که به افراد آسیب‌دیده شنوایی‌اریه می‌دهند، بهره برد. پیشنهاد می‌شود که در سایر پژوهش‌ها تاثیر نقاشی‌درمانی را در کاهش بیماری‌های عاطفی (افسردگی، اضطراب و...) در کودکان عادی یا دیگر گروه‌های کودکان استثنایی بررسی کنند و همچنین به اثر سایر جنبه‌های هنردرمانی (موسیقی‌درمانی، نمایش‌درمانی و غیره) در کاهش پرخاشگری کودکان بپردازند. با توجه به این که این پژوهش در نمونه اندکی انجام شد باید در تعمیم نتایج به جوامع و گروه‌های دیگر با احتیاط برخورد کرد.

انرژی برای فعالیت خلاق است. فرآیند خلاق، از پرخاشگری فروخورده شده هم بهره می‌گیرد و هم آن را خنثی می‌کند (نیمسو - ناهوم، ۲۰۰۹). بر اساس نظریه فروید تخلیه هیجانی و به عبارتی بیان هیجانات موجب حل تعارض‌ها و کاهش تنش می‌شود، بنابراین کودکی که حسادت خود نسبت به برادر و خواهرش را از راه نقاشی یا دیگر کارهای هنری بیان می‌کند، از تنش‌هایی می‌یابد (مالچیودی، ۲۰۰۳).

برای تبیین بیشتر یافته‌های پژوهش می‌توان به فواید هنر در رشد کودک اشاره کرد. نخست، هنر باعث رشد مهارت‌های کودک برای ابراز عقاید و احساسات به دیگران می‌شود. دوم، هنر می‌تواند فرصتی را برای کودک فراهم کند تا به وسیله آنچه پدید می‌آورد به بیان خویشتن بپردازد. سوم، از آن جایی که هیچ درست و نادرستی در آنچه پدیدآمده وجود ندارد، هنر می‌تواند برای فرد منشأ کسب موفقیت شود. چهارم این که هنر باعث رشد خلاقیت افراد می‌شود (سایمون، ۱۹۹۶)، بنابراین هنردرمانی به کودکان کمک می‌کند تا با دنیای اطراف بهتر سازگار شوند و بهتر بتوانند در

منابع

- بارون، رابرت. (۲۰۰۹). روان‌شناسی اجتماعی. ترجمه یوسف کریمی (۱۳۸۹)، تهران: نشر روان.
- گلین، توماس؛ و آنجل، ام. (۱۹۹۱). سلیک. مقدمه‌ای بر روان‌شناسی نقاشی کودکان. ترجمه عباس مخبر (۱۳۷۰)، تهران: طرح نو.
- جوزف، دی لئو. (۱۹۹۵). تفسیر نقاشی‌های کودکان. ترجمه فاطمه فروزان (۱۳۷۵)، تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور.
- علیزاده، حمید. (۱۳۸۸). کاربرد نقاشی در شناخت، ارزیابی و درمان مشکلات کودکان استثنایی. نشریه روان‌شناسی و علوم تربیتی تعلیم و تربیت استثنایی، ۳۰، ۳-۱۱.
- لندگارتن، هلن. (۱۹۹۸). هنردرمانی بالینی. ترجمه کیانوش هاشمیان و الهام ابوحمزه (۱۳۷۸)، تهران: نشر مهاجر.
- هیتال و هانلین. (۲۰۰۳). هنردرمانی و کودک استثنایی. ترجمه مهرناز سلوکی (۱۳۸۲)، تهران: نشر مهاجر.
- Barker, D. H., Quittner, A. L., Fink, N., Eisenberg, L., Tobey, E., Niparko, J., & et al. (2009). Predicting behavior problems in deaf and hearing children: The influences of language and attention. *Development and psychopathology*, 21, 373-392.
- Burkitt, E., Barrett, M., & Davis, A. (2003). Children's colour choices for completing drawings of affectively characterized topics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 445-455.
- Caldwell, K., Brinko, K. T., Krenz, R., & Townsend, K. (2008). Individuals with intellectual disabilities: Educators in expressive arts therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 35, 129-139.
- Carrigan, J. (1993). Painting therapy: A Swiss experience for people with mental retardation. *American Journal of Art Therapy*, 32, 53-59.
- Crimmens, P. (2006). *Drama Therapy and Story making in Special Education*. First edition. Philadelphia: London Jessica Kingsley Publishers.
- Cumberbatch, G., & Humphreys, P. (2000). Social psychology. In D. Gupta & R. Gupta (Eds), *Psychology for psychiatrists*, 375-416. London: Whurr Publishers Lid.

- Dere-Meyer, C., Bender, B., Metz, E., & Diaz, K. (2011). Psychotropic medication and art therapy: Overview of literature and clinical considerations. *The Arts in Psychotherapy*, 38, 29–35.
- Eidson, C. E. (1989). The effect of behavioral music therapy on the generalization of interpersonal skills from sessions to the classroom by emotionally handicapped middle school students. *Journal of Music Therapy*, 26, 206-221.
- Elkis-Abuhoff, D. L. (2008). Art therapy applied to an adolescent with Asperger's syndrome. *The Arts in Psychotherapy*, 35, 262–270.
- Haeyen, S. (2004). Verbindendwerk. Beeldendetherapie met borderline-clients op basis van de dialectische gedragstherapie van Linehan [Work that connects. Art therapy with borderline clients based on the dialectical behavior therapy of Linehan]. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 23(1), 5–10.
- Henderson, S. M. (1983). Effects of a music therapy programme upon awareness of mood in music, group cohesion, and self-esteem among hospitalized adolescent patients. *Journal of Music Therapy*, 20, 14-20.
- Hinshaw, SP., & Lee, SS. (2003). Conduct and oppositional defiant disorders. In: Mash, EJ.; Barkley, RA., editors. *Child psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Jentery, D. (2007). Anger management and may not help at all. *Journal of consulting and clinical psychology*, 3, 422-441.
- Kaplan, F. (2007). *Art Therapy and Social Action*. First edition. Philadelphia: London Jessica Kingsley Publishers.
- Kivland, M. J. (1986). The use of music to increase self-esteem in a conduct disorder adolescent. *Journal of Music Therapy*, 23, 25-29.
- Landgarten, H. B. (1981). *Clinical Art Therapy*. New York: Brunner/ Mazel.
- Li, H.L. (2002). Painting therapy for a child with emotional and behavioral disorders. A single case study. Thesis for master of art in art Therapy and counseling. *Journal of consulting and clinical psychology*, 3, 472-479.
- Lopez, J. R., & Carolan, R. (2001). House-tree-person drawings and sex offenders: A pilot study. *Art Therapy*, 18(3), 158–165.
- Malchiodi, CA. (2003). *Handbook of art therapy*. New York: The Guilford press.
- Montello, L. M. (1996). A psychoanalytic music therapy approach to treating adults traumatized as children. Paper presented at the World Congress of Music Therapy, Hamburg, Germany.
- Nissimov-Nahum, E. (2009). Use of drawing task to study art therapists' personal experiences in treating aggressive children. *The Arts in Psychotherapy*, 36, 140-147.
- Nissimov-Nahum, E. (2008). A model for art therapy in educational settings with children who behave aggressively. *The Arts in Psychotherapy*, 35, 341–348.
- Prasad, S., Cucci, RA., Green, GE., & Smith, RJH. (2000). Genetic testing for hereditary hearing loss: Connexin 26 (GJB2) allele variants and two novel deafness-causing mutations (R32C and 645-648delTAGA). *Human Mutation*, 16, 502-508
- Ragurman, R. S. (1999). Battling separation anxiety. *American Journal of Art Therapy*, 37, 120-128.
- Rastle, M.A. (2008). Individual art therapy counseling with at-risk children in schooling. Thesis for master of art in art Therapy and counseling. USA. Ursul in college. Abstract page.
- Shanon, P., & Anderson, P. R. (2008). Developmental Screening in Community health care center and Pediatric practice: an evaluation of the baby steps program. *Intellectual and developmental Disabilities*, 46(4), 281-289.
- Silver, R. (2006). Aggression and Depression Assessed through ART: Using Draw-A-Story (DAS) to Identify Children and Adolescents at Risk, Brunner Routledge, (203 pp., \$34.95). *The Arts in Psychotherapy*, 33, 256–260.
- Simon, R. M. (1996). *Symbolic images in art therapy*. London: Routledge.
- Smeijsters, H., & Cleven, G. (2006). The treatment of aggression using arts therapies in forensic psychiatry: Results of a qualitative inquiry. *Journal of The Arts in Psychotherapy*, 33, 37–58.
- Smeijsters, H., & Cleven, G. (2006). The treatment of aggression using arts therapies in forensic psychiatry: Results of a qualitative inquiry. *The Arts in Psychotherapy*, 33, 37–58.
- Snoeckx, RL., Huygen, PLM., Feldmann, D., Marlin, S., Denoyelle, F., & Waligora, J. (2005). GJB2 mutations and degree of hearing loss: a multicenter study. *Am Journal Hum Genet*, 77, 945-957.
- Strachan, L. (2007). Using lamgery to predict self- confidence and anxiety in young elite ath van Eldik T, Treffers PDA, Veerman JW, Verhulst FC. Mental health problems of deaf Dutch children as indicated by parents' responses to the child behavior checklist. *American Annals of the Deaf*, 148(5), 390–395.
- Williams, G. H., & Woods, M. M. (1977). *Developmental art therapy*. Baltmor: University Park Press. the Machover Draw-A-Person Test. *The Arts in Psychotherapy*, 27(3), 171–177.