

The effectiveness of art therapy on behavioral and emotional problems among poor caregiver

Hamide Mohammadi Nasab, PhD Student

Faculty of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

parisa sadat seyed mousavi. Ph.D.

Assistant Professor, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

Samane Behzad pour, PhD Student

Faculty of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

Abstract

Poor caregiver in children associate with severe behavioral and emotional problems. Current study investigates the effectiveness of art therapy on externalized and internalized problems in children with poor caregiver. This research is a quasi-experimental study with pre and post- tests. The 21 subjects were selected from two family canters in Tehran. They were assigned randomly to the control and experimental groups. Art therapy was conducted with the experimental group during 10 sessions (90 min for each session per week) and the control group did not receive any interventions. Then the Child behavior checklist questionnaire (Achenbach) was administered at post-test and pretest in two groups. Statistical analysis was conducted by using the analysis of variance. The results of analysis of covariance showed that there is a significant decrease in internalizing problems including; irritability, anxiety/depression, isolation and physical symptoms, and externalizing problems such as; aggression in experimental groups ($p < 0.05$). Regarding the findings of present research, it seems that art therapy can be utilized as an effective and efficient therapeutic intervention to diminish the behavioral and emotional problems in children with poor caregiver.

Keywords: art therapy, behavioral and emotional problems, poor caregiver

اثربخشی هنردرمانی گروهی بیانگر بر کاهش مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی کودکان بدسرپرست

حمیده محمدی‌نسب*

دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

پریسا سادات سیدموسوی

استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

سمانه بهزادپور

دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

بدسرپرستی در کودکان، مشکلات رفتاری و هیجانی شدیدی را به همراه دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی هنردرمانی گروهی بیانگر بر کاهش مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی کودکان بدسرپرست انجام شد. طرح پژوهش شبه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. ۲۱ نفر از کودکان مقیم در دو مرکز شبه‌خانواده در شهر تهران با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به شیوه تصادفی در دو گروه قرار گرفتند، ۱۱ کودک در گروه آزمایش و ۱۰ کودک در گروه کنترل شرکت داشتند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله هنردرمانی گروهی و گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها از فهرست رفتاری کودک آخنباخ استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه کاهش معناداری در مشکلات درونی‌سازی شده شامل تحریک‌پذیری، اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری و نشانه‌های بدنی و همچنین مشکلات برونی‌سازی شده شامل پرخاشگری داشتند. با توجه به یافته‌های پژوهش، به نظر می‌رسد هنردرمانی بتواند به‌عنوان روشی مؤثر و کارآمد در کاهش مشکلات رفتاری هیجانی کودکان بدسرپرست در مداخلات به کار گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: هنردرمانی گروهی بیانگر، مشکلات

درونی‌سازی، مشکلات برونی‌سازی، کودکان بدسرپرست

*. نویسنده مسئول: hamide.mohammady7@gmail.com

مقدمه

است. مطالعات مختلف نیز نشان داده‌اند پریشانی ناشی از نبود خانواده، این کودکان را در مستعد ابتلا به انواع مشکلات و اختلالات روان‌شناختی از جمله افسردگی، اضطراب، شکایات جسمانی، رفتارهای مقابله‌ای، خصومت، فزون کنشی و برانگیختگی و نیز رفتارهای ناسازگارانه شامل انحراف از هنجارهای اجتماعی، تخریب اموال و آسیب زدن به دیگران می‌کند که در زندگی کودک اثرات پایداری خواهد داشت (انینیا، پسچی، مایکل و ولاندز،^۱ ۲۰۱۷؛ شوکو و ایسومی،^۲ ۲۰۱۷؛ کازیم و موسالیا،^۳ ۲۰۱۸؛ حصارسرخ، اصغری نکاح، لعل‌زاده کند کلی و پروانه،^۴ ۱۳۹۵). از این‌رو پژوهشگران درصدد یافتن روشی مناسب برای درمان اختلال‌های تشخیص داده شده در این کودکان و پیشگیری از مشکلات احتمالی آن‌ها در دوران نوجوانی و بزرگسالی برآمده‌اند.

یکی از روش‌های مداخله‌ای که برای کودکان آسیب‌دیده بسیار مورد توجه بوده است هنردرمانی است (رضایی، خدابخش کولایی و تقوایی،^۵ ۱۳۹۴)؛ هنردرمانی شکلی رسمی از روان‌درمانی است که امکان ابزار هیجان‌ات، خودتوصیفی و رسیدن به خودآگاهی را فراهم می‌کند و به شیوه‌های غیرکلامی التیام‌بخش هیجان‌ها است (انجمن هنردرمانی آمریکا،^۶ ۲۰۰۴). پرین، اسمیت و یل^۷ (۲۰۰۰) مشاهده کردند که نشانه‌های اضطراب کودکان در نموده‌های استعاره‌ای مانند بازی، نقاشی و تعریف کردن داستان بروز پیدا می‌کند. این در حالی است که هنردرمانگرها با بیش از ۳۰ سال پژوهش به این نتیجه رسیدند که نقاشی کشیدن در ارزیابی و درمان اختلال‌های تروماتیک در کودکان و نوجوانان مفید هست (گانت و تاینین،^۸ ۲۰۰۹). از آنجا که مرور کلامی خاطرات تروماتیک برای کودکان دشوار یا خارج از توان آن‌ها هست، رویکردهایی مانند هنردرمانی که بر فرایند کلامی حوادث ناگوار توسط کودکان کمتر تأکید دارند بالقوه درمان‌های مهمی به شمار می‌روند (لیشیک-استلزر، سینگر، پاتریسیا و چمتاب،^۹ ۲۰۰۷). از همین رو هنردرمانی می‌تواند برای کودکان مبتلا به اختلالات عاطفی و

همه خواستار زندگی با کمترین مشکلات و تنش برای کودکان هستند، اما تعداد قابل توجهی از کودکان با به دنیا آمدن در خانواده‌هایی که عملکرد مختل دارند، شانسیان برای داشتن یک رشد سالم کم می‌شود. مهم‌ترین بخش زندگی، یعنی کودکی، در خانواده می‌گذرد و وجود کشمکش، تعارض‌ها، خشونت‌های خانوادگی، فقر و اعتیاد در خانواده موجب افزایش ترس و اضطراب در کودکان می‌شود (تامسون و هسکینز،^{۱۰} ۲۰۱۴). به غیر از پیامدهای هیجانی و رفتاری، بودن در محیط‌های آشفته در سال‌های اولیه زندگی کارکرد سیستم عصبی و سیستم ایمنی کودک را نیز تحت تأثیر قرار داده و تغییر می‌دهد (ایسارنوراگ و چمپیکول،^{۱۱} ۲۰۰۹).

از سوی دیگر انتقال این کودکان بدسرپرست، از محیط‌های آشفته به مراکز نگهداری، اگرچه آن‌ها را از حضور در چنین محیط‌هایی نجات می‌دهد اما زندگی دور از خانواده و محدود بودن ارتباطات و تعاملات خانوادگی در مدت طولانی، کودکان را در خطر مشکلات و بحران‌های مختلف از جمله بحران‌های هویتی، ارتباطی، فردی و اجتماعی و نیز کاهش حس شادی و کیفیت زندگی قرار می‌دهد و سیر تحول این کودکان را به مخاطره می‌اندازد (ارکودودو،^{۱۲} ۲۰۱۰). پژوهش‌ها به‌طور پیوسته‌ای خطر بالای مشکلات رفتاری و هیجانی را در میان کودکان بدسرپرست ساکن خوابگاه تأیید می‌کنند و تخمین‌های اخیر نشان داده که تقریباً ۵۰ درصد این جمعیت به‌طور معناداری از لحاظ بالینی مشکلات رفتاری دارند (لسلی، هارلبرت، لندسورک، بارث و سلیمان،^{۱۳} ۲۰۰۴).

طبق مطالعاتی که توسط ماک میلان و واثن^{۱۴} (۲۰۱۴) انجام شده است مشکل‌های کودکان بدسرپرست در دوران نوزادی شامل اختلال در سیستم تنظیم هیجان، دلبستگی و تأخیرات رشدی، در دوران کودکی اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های خلقی، اختلال‌های مختل‌کننده رفتار مانند بیش‌فعالی، نقص در یادگیری و ارتباط ضعیف با همسالان

1. Thompson & Haskinz

3. Okrodudu

5. MacMillan & Wathen

7. Shoko & Ibisomi

9. American Art Therapy Association

11. Gantt & Tinnin

2. Isaranurug & Chompikul

4. Leslie, Hurlburt, Landsverk & Slyman

6. Eneanya, Paasche, Michael & Volandes

8. Kazeem & Musalia

10. Perrin, Smith & Yule

12. Lyshak-Stelzer, Singer, Patricia & Chemtob

پژوهش‌ها در حوزه‌های مداخله‌ای کودکان بدسرپرست، فرضیه‌های این پژوهش عبارت است از:

- هنردرمانی گروهی بیانگر بر کاهش مشکلات درونی‌سازی کودکان بدسرپرست مؤثر است.
- هنردرمانی گروهی بیانگر بر کاهش مشکلات برونی‌سازی کودکان بدسرپرست مؤثر است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش این پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه دختران ۳ تا ۶ ساله بودند که به دلایل مختلفی اعم از اعتیاد، رابطه نامشروع، طلاق، مجهول‌المان بودن والدین، عدم صلاحیت اخلاقی و اجتماعی والدین و... توسط سازمان بهزیستی استان تهران به‌عنوان بدسرپرست به مراکز نگهداری ارجاع داده شده و در حال حاضر مقیم مراکز شبه‌خانواده شهر تهران هستند. نمونه پژوهش شامل ۲۶ کودک دختر بودند که به روش نمونه‌برداری در دسترس از دو مرکز شبه‌خانواده واقع در شهر تهران انتخاب شدند. کودکان یک مرکز به گروه آزمایش و کودکان مرکز دیگر به گروه کنترل تخصیص داده شدند. دو کودک به دلیل مشکلات تحولی فراگیر و عقب‌ماندگی ذهنی در پژوهش شرکت نداشتند، همچنین سه کودک در اوایل اجرا به سرپرست اصلی خود واگذار شده و از مرکز خارج شدند. در نهایت ۲۱ کودک، ۱۱ کودک در گروه آزمایش و ۱۰ کودک در گروه کنترل در پژوهش شرکت داشتند. دامنه سنی کودکان گروه آزمایش بین ۳۹ تا ۶۰ ماه با میانگین ۵۱/۷۱ ماه و دامنه سنی کودکان گروه کنترل بین ۴۸ تا ۶۰ ماه با میانگین ۵۲/۹۰ ماه است.

ابزارهای پژوهش

۱. به‌منظور اندازه‌گیری مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان از فهرست رفتاری کودک^۴ (CBCL) استفاده شد. با استفاده از این فرم‌ها می‌توان به آسانی در ارتباط با طیف وسیعی از

رفتاری سودمند باشد، زیرا با افزایش احساس بهزیستی روان‌شناختی که در نتیجه انجام فعالیت‌های خلاقانه حاصل می‌شود، سازگاری کودک افزایش یافته و روابطش بهبود می‌یابد (نوری و به‌پژوه، ۱۳۸۱).

پژوهش‌های زیادی در رابطه با اثر مثبت هنردرمانی بر کاهش علائم و نشانه‌های ناشی از آسیب بر روی کودکان و بزرگسالان وجود دارد (اسپیگل، مالیپودی، بکوس و کولی، ۲۰۰۶؛ رنکین و تاچر^۲، ۲۰۰۳). سارید و هاس^۳ (۲۰۱۰) دو روش هنردرمانی و شناخت‌درمانی را روی کاهش استرس حاد کودکان مورد مقایسه قرار دادند و نتایج بیانگر اثرگذاری بیشتر مداخلات هنردرمانی نسبت به مداخلات شناختی رفتاری بود. نتایج چندین مطالعه نیز اثربخشی انواع رویکردهای هنردرمانی از جمله ترسیم‌گری را در کاهش اضطراب تکانشگری و انواع پرخاشگری در دانش‌آموزان دارای اختلالات برونی‌سازی تأیید کردند (مؤمنی و شلانی، ۱۳۹۵؛ جمشیدی سیانکی، مظاهری، زاده‌محمدی و اناری، ۱۳۹۴؛ شلانی، کرمی، مؤمنی، ۱۳۹۴). محمدی و رادین (۱۳۹۶) اثربخشی هنردرمانی بر پایه نقاشی را بر کاهش افسردگی، اضطراب و پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی مورد آزمون قرار دادند. یافته‌ها حاکی از آن بود که این روش درمانی می‌تواند به کاهش این مشکلات روان‌شناختی در کودکان پیش‌دبستانی مؤثر باشد.

کودکان بدسرپرست از حضور مؤثر و همدلی والدین، مراقبت و حمایت‌های خانوادگی محروم می‌مانند و در مراکز شبه‌خانواده رشد می‌کنند. هرچند کارکرد اصلی این مراکز تأمین کارکردهای اصلی خانواده برای این کودکان است، اما به هر حال انتقال این کودکان از محیط خانواده به مراکز شبه‌خانواده برای کاهش آسیب‌ها کافی به نظر نمی‌رسد. همچنین با توجه به نرخ رو به افزایش کودکان بدسرپرست و از آنجا که این گروه از کودکان در معرض آسیب‌های روانی و اجتماعی بسیاری هستند، طراحی و مطالعه مداخلات اثربخش در این حوزه گامی بزرگ در جهت پیشگیری و توانبخشی به موقع این کودکان است. لذا با توجه به کمبود

1. Spiegel, Malchiodi, Backos & Collie
3. Sarid & Huss

2. Rankin & Taucher
4. Child behavior checklist

۹۰ دقیقه‌ای در گروه آزمایش اجرا شد. شرح جلسات به اختصار در جدول ۱ آمده است.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

لازم به توضیح است که در این پژوهش جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، نام مراکز مورد نظر آورده نشده است. این دو مرکز در یک محدوده جغرافیایی از شهر تهران بودند تا در حد امکان متغیرهای جمعیت شناختی کنترل شوند. شرایط نگهداری کودکان در هر دو مرکز یکسان و مدیریت هر دو مرکز با یک نفر بود. هر دو مرکز مسئولیت نگهداری از ۱۳ دختر بدسرپرست زیر ۶ سال را داشتند که چند نفر از کودکان از هر دو مرکز بر اساس ملاک‌های خروج ذکر شده در پژوهش شرکت نداشتند. بزرگ‌ترین مشکلات این کودکان از نظر مریبان و مدیریت مرکز مشکلات رفتاری شامل لجبازی، پرخاشگری، قشقرق راه انداختن؛ مهارت‌های اجتماعی ضعیف؛ مشکلات دلبستگی و مشکلات هیجانی شامل اضطراب، افسردگی، گوشه‌گیری و بازداری رفتاری بود. کودکان گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هنردرمانی شرکت کردند، درحالی‌که گروه گواه در لیست انتظار درمان ماندند. درنهایت، تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS21 در دو بخش توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی، تحلیل کوواریانس، انجام شد.

یافته‌ها

پیش از تحلیل استنباطی داده‌ها، شاخص‌های توصیفی پژوهش محاسبه و در جدول ۲ ارائه شده‌اند.

صلاحیت‌ها، کنش‌وری سازشی و مشکلات عاطفی و رفتاری داده‌های هنجاری به دست آورد. برخلاف بسیاری از آزمون‌های هنجاریابی شده، فرم‌های این نظام سنجش با استفاده از پرسش‌های باز پاسخ و چندگزینه‌ای، اطلاعاتی در خصوص بهترین ویژگی‌ها و همچنین عمده‌ترین نقاط ضعف کودکان به دست آورده و گزارش می‌کند (آخنباخ و رسکورلا^۱، ۲۰۰۱). فهرست رفتاری کودک، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم فرم‌های موازی هستند که این نظام سنجش را تشکیل می‌دهند و انجام مقایسه‌های منظم را بین چشم‌اندازهای مختلف در مورد کودک را امکان‌پذیر می‌سازد. علاوه بر مقیاس‌های مبتنی بر DSM، این ابزار دو مقوله بزرگ از نشانگان‌ها را نیز دربرمی‌گیرد. نشانگان درونی‌سازی شده، شامل مشکلات هیجانی (تحریک‌پذیری)، اضطراب/افسردگی، شکایات جسمانی و کناره‌گیری؛ و نشانگان برونی‌سازی، دربرگیرنده مشکلات توجه و رفتار پرخاشگرانه است. در بررسی اعتبار آزمون-بازآزمون تست با فاصله ۸ روز، همبستگی بالایی، میان ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ برای زیر مقیاس‌ها و ۰/۹۰ برای مشکلات کلی به دست آمد. همچنین نمرات به دست آمده از پرسشنامه که توسط مادران و پدران به‌صورت جداگانه تکمیل گردید، نشان‌دهنده همبستگی بالای نمرات ($r=0/61$) بود. تفاوت‌ها نشان می‌داد که گرایش معناداری به گزارش بیشتر یا کمتر مشکلات در والدین، بر اساس جنس آن‌ها، وجود ندارد. همچنین همبستگی نمرات با فاصله زمانی ۱۲ ماهه برابر با ($r=0/61$) بود (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). در پژوهش حاضر، همسانی درونی ابزار برابر با آلفای کرباخ ۰/۹۲ به دست آمد.

۲. پروتکل برنامه هنردرمانی: در برنامه هنردرمانی طراحی شده برای گروه آزمایش، از تمرین کتاب هنردرمانی ماریان لمبن^۲ ترجمه دکتر علی زاده‌محمدی و حوری توکلی و کتاب هنردرمانی برای کودکان، نوشته کارولین کیس و دالی^۳ (۲۰۰۲) استفاده شد و تأکید بیشتر روی تکنیک‌های نمایش، نقاشی، کلاژ، سفال و موسیقی بود که طی ۱۰ جلسه

1. Achenbach & Rescorla
3. Case & Dalley

2. Libman

جدول ۱. محتوای جلسات برنامه هنردرمانی

جلسات	گرم کردن	شرح جلسات	هدف
اول	کشیدن نقاشی آزاد	بازی با بچه‌ها جهت برقراری ارتباط و آشنایی	برقراری رابطه دوستانه
دوم	خواندن شعر قطار شادی	اعلام قانون‌های گروه به کودکان از طریق رنگ‌آمیزی دو کاغذ کار که یکی شامل گروه بچه‌های پیرو قوانین گروه و دیگری گروه بچه‌های سرپیچی کننده از قوانین بود، بعد از رنگ‌آمیزی نمایش دو گروه نیز اجرا شد.	قانون‌گذاری
سوم	خواندن شعر قطار و سفر خیالی به طبیعت	تمرین خط‌خطی بی‌هدف روی کاغذ بزرگ به صورت دسته‌جمعی و نقاشی روی بدن با رنگ انگشتی، در پایان خواندن شعر خداحافظی ^۱ .	تخلیه هیجانی و ارتباط برقرار کردن با بدنشان
چهارم	خواندن شعر قطار بازی توپ انرژی	کشیدن شکلک هیجان‌ها (غم، خشم، شادی، ترس) روی دیوار و انتخاب یک صدا برای هر هیجان به این شکل که هر بار صدای مخصوص یک هیجان پخش می‌شد بچه‌ها هیجان مربوط را نشان می‌دادند. در ادامه هر یک از هیجان‌ها با خمیر مجسمه‌سازی ساخته شد.	شناخت هیجان‌ها
پنجم	خواندن شعر قطار بازی تاپ‌تاپ خمیر	نمایش خلاق به شکلی که خود آزمودنی‌ها داستان را پیش می‌بردند. هر یک از کودکان عروسکی را انتخاب کرده و در طی نمایش شروع به دعوا کردن عروسک و تخلیه خشم روی آن می‌نمودند و یا عروسک‌ها را در کمد زندانی می‌کردند.	بازسازی خاطرات منفی
ششم	خواندن شعر قطار بازی سلولی (بچه‌ها باید دو تا دو تا و سه تا سه تا هم را بغل کنند)	نمایش فرشته آرامش: در راستای جلسه قبل که همه بچه‌ها عصبانی بودند و عروسک‌ها را دعوا کردند و به منظور برگرداندن آرامش به آن‌ها، فرشته آرامش به شهر آن‌ها می‌آید و شروع به آواز خواندن و چرخیدن می‌کند و به گردن هر بچه‌ای که می‌رسد یک گردنبند آرامش می‌اندازد و او هم شروع به چرخیدن و آواز خواندن می‌کند. در پایان همه با هم آواز می‌خوانند و عروسک‌ها را که در کمد زندانی کرده بودند نجات می‌دهند.	آموزش راهکار مقابله‌ای
هفتم	خواندن شعر قطار بازی رنگ‌ها (یک رنگ نام برده می‌شد و هر کس باید آن رنگ را در لباس هم گروهی‌اش پیدا می‌کرد)	در این جلسه به هر یک از آزمودنی‌ها یک ساز ارف داده شد و با استفاده از سازها برای هر هیجان یک آهنگ ساخته شد و زمانی که کودکان در حال نواختن آهنگ شادی بودند با گفتن واژه هیجان دیگری مانند خشم، نواختن خود را از حالت شادی به خشم تغییر می‌دادند و به صورت متوالی این کار با هیجان‌های دیگر هم انجام شد.	ارتباط با هیجان‌ها
هشتم	خواندن شعر قطار بازی سفر خیالی	به صورت گروهی همه روی یک کاغذ ترس‌هایشان را نقاشی کردند و در پایان کاغذ را خمیر کاغذی درست کردند و با آن مجسمه ساختند.	روبرو شدن با ترس‌ها

۱. شعر خداحافظی در پایان همه جلسه‌ها خوانده می‌شد.

نهم	قطار شادی	کار با گل:	کاهش تنش و
	بازی بستن چشم و	در ابتدا به هر کودک مقداری گل داده شد تا با آن آزادانه بازی	اضطراب درونی
	تشخیص دوستان با لمس	کند در پایان خواسته شد هرکس با گلش یک آدمک درست	
	صورت	کند.	
دهم	قطار شادی	نقاشی آزاد انجام شد و در ادامه از آزمودنی‌ها خواسته شد	آماده کردن کودکان
		برای هم گل بکشند و به هم بدهند و در طی بازی کودکان	برای پایان دوره
		برای پایان یافتن جلسه‌ها آماده شدند.	

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پس‌آزمون	پس‌آزمون
	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)
	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل
تحریک‌پذیری	۳/۴۵ (۱/۹۱)	۳/۹۰ (۱/۱۹)	۱/۴۵ (۱/۵۰)	۴/۱۰ (۰/۷۳)
اضطراب /افسردگی	۶/۵۴ (۲/۶۲)	۶/۸۰ (۲/۴۴)	۴/۲۷ (۲/۱۴)	۶/۶۰ (۱/۸۳)
شکایات بدنی	۱/۲۷ (۰/۹۰)	۱/۷۰ (۰/۸۲)	۰/۶۳ (۰/۸۰)	۱/۸۰ (۰/۶۳)
گوشه‌گیری	۵/۳۶ (۳/۵۸)	۵/۸۰ (۳/۰۸)	۲/۹۰ (۲/۱۶)	۵ (۲/۴۹)
مشکلات توجه	۲/۸۱ (۲/۷۱)	۲/۰۱ (۱/۸۲)	۱/۹۰ (۱/۹۷)	۱/۸۰ (۱/۳۱)
مشکلات عاطفی	۵/۶۳ (۴/۴۳)	۶/۲۰ (۳/۸۸)	۳/۲۷ (۲/۵۷)	۵/۶۰ (۳/۰۶)
اضطراب	۸/۳۶ (۲/۰۱)	۸/۲۰ (۱/۹۸)	۵/۵۴ (۲/۵۸)	۷/۶۰ (۱/۴۲)
مشکلات تحولی	۸/۲۷ (۴/۰۵)	۷/۴۰ (۳/۲۰)	۴/۰۹ (۲/۸۷)	۵/۸۰ (۲/۷۸)
نافرمانی مقابله‌ای	۶ (۳/۷۱)	۴/۶۰ (۲/۸)	۳/۷۲ (۲/۴۹)	۴/۱۰ (۲/۰۷)
بیش‌فعالی	۷/۲۷ (۲/۵۷)	۷/۰۱ (۲/۵۳)	۵/۶۳ (۱/۹۱)	۶/۳۰ (۱/۷۶)
پرخاشگری	۱۸/۹۰ (۷/۴۶)	۱۸/۳۰ (۷/۵۷)	۱۲/۲۷ (۴/۹۸)	۱۷/۹۰ (۵/۷۴)
مشکلات خواب	۴/۷۲ (۲/۷۶)	۴/۲۰ (۱/۹۳)	۲/۹۰ (۲/۵۸)	۳/۱۰ (۱/۷۲)
نمره کل مشکلات درونی‌سازی	۱۶/۶۳ (۶/۹۴)	۱۷/۲۰ (۷/۰۵)	۹/۲۷ (۴/۷۹)	۱۷/۸۰ (۶/۹۵)
نمره کل مشکلات برونی‌سازی	۲۱/۷۲ (۹/۴۰)	۲۰/۷۰ (۹/۲۳)	۱۴/۱۸ (۵/۹۶)	۱۷/۸۵ (۷/۹۴)

گروه به‌عنوان متغیر هم پراش وارد تحلیل شد. پیش از انجام تحلیل پیش‌فرض‌های اصلی تحلیل کوواریانس بررسی شدند. برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کالموگروف اسمیرنوف استفاده شد در تمام زیر

با توجه به اینکه انتخاب دو گروه به‌صورت تصادفی نبوده و گروه‌ها از قبل هم‌تاسازی نشده بودند، همچنین حجم گروه‌ها نسبتاً کوچک بود برای تحلیل داده‌ها از روش کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نمرات پیش‌آزمون دو

تعامل متغیر هم پراش با متغیر مستقل است. برای این منظور تعامل میان متغیر هم پراش و گروه نباید معنادار باشد. در هیچ‌کدام از زیرمقیاس‌ها تعامل میان متغیر هم پراش و گروه معنادار نبود. با توجه به برقرار بودن پیش‌فرض‌ها، لذا در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس در دو گروه روی نمرات پس‌آزمون با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر هم پراش در جدول ۳ ارائه می‌شود.

مقیاس‌ها، ضریب کالموگروف اسمیرنف پایین‌تر ۱/۳۳ بوده و بنابراین متغیر وابسته دارای توزیع نرمال است. به‌منظور بررسی همگونی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. به‌منظور همگنی واریانس‌ها سطح معناداری باید از ۰/۰۵ بیشتر باشد. نتایج نشان داد که در تمام زیرمقیاس‌ها همگونی واریانس‌ها وجود دارد. درنهایت، آخرین پیش‌فرض مهم تحلیل کوواریانس، همگنی شیب رگرسیون یا درواقع عدم

جدول ۳. تحلیل کوواریانس مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی در دو گروه در مرحله پس‌آزمون

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	SIG	Eta	توان آزمون
تحریک‌پذیری	پیش‌آزمون	۱۲/۴۲	۱	۱۲/۴۲	۱۴/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۵
	پس‌آزمون (گروه)	۳۰/۱۱	۱	۳۰/۱۱	۳۵/۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶	۱/۰۰۰
اضطراب / افسردگی	پیش‌آزمون	۵۸/۴۵	۱	۵۸/۴۵	۵۸/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون (گروه)	۲۴/۱۷	۱	۲۴/۱۷	۲۴/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۰/۹۹
شکایات بدنی	پیش‌آزمون	۵/۰۴	۱	۵/۰۴	۱۷/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۰/۹۸
	پس‌آزمون (گروه)	۴/۰۶	۱	۴/۰۶	۱۴/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۵
گوشه‌گیری	پیش‌آزمون	۸۳/۰۵	۱	۸۳/۰۵	۷۵/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱/۰۰۰۰
	پس‌آزمون (گروه)	۱۷/۲۵	۱	۱۷/۲۵	۱۵/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۶
مشکلات توجه	پیش‌آزمون	۴۸/۳۹	۱	۴۸/۳۹	۱۴۲/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون (گروه)	۱/۰۲	۱	۱/۰۲	۳/۰۱	۰/۰۹۹	۰/۱۴	۰/۳۷۷
پرخاشگری	پیش‌آزمون	۴۵۷/۴۰	۱	۴۵۷/۴۰	۹۳/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون (گروه)	۱۸۹/۷۹	۱	۱۸۹/۷۹	۳۸/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰۰
نمره کل مشکلات درونی‌سازی	پیش‌آزمون	۵۸۹/۵۰	۱	۵۸۹/۵۰	۱۳۹/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون (گروه)	۳۴۱/۲۴۴	۱	۳۴۱/۲۴۴	۸۰/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱/۰۰۰
نمره کل مشکلات برونی‌سازی	پیش‌آزمون	۸۰۷/۳۰	۱	۸۰۷/۳۰	۱۲۵/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون (گروه)	۹۸/۱۶	۱	۹۸/۱۶	۱۵/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۶

توجه به یافته‌های پژوهش فرضیه اول و دوم پژوهش تأیید شدند و هنردرمانی گروهی بیانگر برای مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی کودکان ۳-۶ ساله بدسرپرست مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به‌منظور تعیین اثربخشی مداخله هنردرمانی بر کاهش مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی کودکان ۳ تا ۶ سال بدسرپرست ساکن خوابگاه انجام شد. نتایج به دست

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد به‌جز در خرده‌مقیاس مشکلات توجه، در تمام خرده‌مقیاس‌ها پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، اثر گروه معنادار است و نشان‌دهنده اثربخشی مداخله در گروه آزمایش است ($p < 0.05$). مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که کاهش در مشکلات برونی‌سازی شده نسبت به مشکلات درونی‌سازی شده بیشتر بوده و ضریب تعیین نیرومندتری دارد. در خرده‌مقیاس‌ها نیز ضریب تعیین در مورد رفتارهای پرخاشگرانه و تحریک‌پذیری بالاتر از سایر زیرمقیاس‌ها بود. در نتیجه با

آگاهانه و به‌طور غیرمستقیم از طریق هنر ویژگی‌های شخصیتی و تمایلات درونی، ناکامی‌ها و فشارهای خود را آشکار می‌نماید و راحت‌تر می‌تواند احساسات خود را انتقال دهد (نزادی کاشانی و همکاران، ۱۳۸۹). هنر زمینه‌ای را برای تخلیه هیجانات فراهم می‌کند. همچنین فعالیت‌های هنری موجب فعالیت سالم باعث تنظیم هیجانی و یکپارچگی مغز کودک خواهد شد و احتمال کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی در آن‌ها افزایش می‌یابد. همچنین با توجه به جذاب بودن فعالیت‌های هنری برای کودکان، راحت‌تر می‌توان آن‌ها را برای مشارکت در این نوع برنامه‌های مداخله‌ای با خود همراه کرد (رجبی، ۱۳۹۰).

به دلیل وجود محدودیت‌هایی که در اجرای این پژوهش وجود داشت، تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. نخست آنکه به دلیل عدم دسترسی راحت به این کودکان و محدود بودن تعداد افراد شرکت‌کننده در پژوهش، انتخاب تصادفی افراد امکان‌پذیر نبود. از سوی دیگر این برنامه تنها روی گروه دختران و همچنین کودکان ۳-۶ ساله انجام شد و نیاز به پژوهش‌های بیشتر بر روی گروه پسران و کودکانی با گروه‌های سنی متفاوت‌تر است. درنهایت به دلیل تغییر مدیریت مراکز مورد بررسی و عدم موافقت در ادامه برنامه، امکان مطالعه پیگیری بر روی گروه نمونه امکان‌پذیر نشد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی مداخله مبتنی بر هنردرمانی بر روی گروه‌های سنی و جنسی مختلف و با بررسی متغیرهای روان‌شناختی بیشتر همچون مهارت‌های اجتماعی و دلبستگی کودکان انجام شود. همچنین با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود در مراکز نگهداری کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست از هنردرمانی برای کاهش مشکلات روان‌شناختی این کودکان استفاده شود.

منابع

جمشیدی سیانکی، م؛ مظاهری، م.ع؛ زاده محمدی، ع؛ و اناری، آ. (۱۳۹۴). اثربخشی هنردرمانی بیانگر بر کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان دارای تجربه سوگ پدر. دومین کنگره سراسری روان‌شناسی کودک و نوجوان. تهران: دانشگاه شهید بهشتی

حصارسرخ، ر؛ اصغری نکاح، م؛ لعل‌زاده کندکلی، ا؛ و پروانه، ا. (۱۳۹۵). مقایسه پرخاشگری و دانش هیجانی کودکان پسر

آمده از این پژوهش نشان می‌دهد که برنامه هنردرمانی در کاهش مشکلات درونی‌سازی کودکان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شامل مشکلات اضطراب/افسردگی، تحریک‌پذیری و مشکلات بدنی تأثیر معناداری داشته است. علاوه بر این نتایج مربوط به بعد مشکلات برون‌سازی نشان می‌دهد این روش بر کاهش پرخاشگری کودکان گروه آزمایش نیز تأثیر معناداری داشته اما در کاهش مشکلات توجه این تفاوت، معنادار نبود. نتایج به دست آمده در این پژوهش در راستای تحقیقات متعددی است که اثر هنردرمانی را در کاهش اضطراب، افسردگی، پرخاشگری و مشکلات جسمانی‌سازی نشان می‌دهند. یافته‌های این پژوهشی همسو با یافته‌های پژوهش‌های اسپیکل و همکاران (۲۰۰۶)، رنکین و تاچر (۲۰۰۳) بود که نشان دادند هنردرمانی بر کاهش علائم و نشانه‌های ناشی از آسیب بر روی کودکان مؤثر است. همچنین نتایج پژوهش همسو با نتایج پژوهش‌های مؤمنی و شلانی (۱۳۹۵)، جمشیدی سیانکی، مظاهری، زاده محمدی و اناری (۱۳۹۴)، شلانی، کرمی، مؤمنی (۱۳۹۴) است که نشان داد هنردرمانی می‌تواند بر کاهش مشکلات برون‌سازی کودکان مؤثر باشد. از سوی دیگر نتایج این پژوهش یافته‌های محمدی و رادین (۱۳۹۶) و سارید و هاس (۲۰۱۰) را مبنی بر اثربخش بودن هنردرمانی بر کاهش مشکلات درونی‌سازی کودکان تأیید کرد.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست با مقایسه شرایط زندگی خود با کودکان عادی، دچار ناکامی جبران‌ناپذیری می‌شوند. همچنین شلوعی مراکز، سلیقه‌های متفاوت کودکان، کمبود امکانات و سایر موارد، زمینه بروز پرخاشگری و سازش‌ناپافتگی کودک را فراهم می‌کند (محبی، محمدی، قاسمی، ۱۳۹۰). این در حالی است که تحقیقات نشان می‌دهد که هنر با ایجاد حس بهزیستی ناشی از فعالیت‌های خلاق به بهبودی روابط و ارتقای مهارت‌سازی و سازگاری شخصی کودکان با دنیای اطرافشان کمک می‌کند (نوری و به‌پژوه، ۱۳۸۱) و این امر می‌تواند موجب کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان شود. به عبارتی دیگر، هنردرمانی با تلفیق تکنیک‌های روان‌شناختی با فرایندهای خلاق باعث بهبود سلامت ذهن و بهزیستی می‌شود. کودک همانند بزرگسال نیازمند گفت‌وگو است، اما چون تسلط کافی به زبان الفبایی و گفتاری ندارد،

- nephrology: moving from observations to interventions. *Current opinion in nephrology and hypertension*, 26(4), 327-334.
- Gantt, L., & Tinnin, L. W. (2009). Support for a neurobiological view of trauma with implications for art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 36(3), 148-153.
- Isaranurug, S., & Chompikul, J. (2009). Emotional development and nutritional status of HIV/AIDS orphaned children aged 6-12 years old in Thailand. *Maternal and child health journal*, 13(1), 138-143.
- Kazeem, A., & Musalia, J. M. (2018). Orphanhood and School Attendance in Nigeria: Do Gender and Household Income Matter?. *Sociological Focus*, 51(1), 31-51.
- Leslie, L. K., Hurlburt, M. S., Landsverk, J., Barth, R., & Slymen, D. J. (2004). Outpatient mental health services for children in foster care: A national perspective. *Child abuse & neglect*, 28(6): 697-712.
- Lyshak-Stelzer, F., Singer, P., Patricia, S. J., & Chemtob, C. M. (2007). Art therapy for adolescents with posttraumatic stress disorder symptoms: A pilot study. *Art Therapy*, 24(4), 163-169.
- MacMillan, H. L., & Wathen, C. N. (2014). Children's exposure to intimate partner violence. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 23(2), 295-308.
- Okrodudu, G. (2010). Influence of parenting styles on adolescent delinquency in Delta Central Senatorial District. *Journal of Counseling*, 3, 58-86.
- Perrin, S., Smith, P., & Yule, W. (2000). Practitioner review: the assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(3), 277-289.
- Rankin, A. B., & Taucher, L. C. (2003). A task-oriented approach to art therapy in trauma treatment. *Art Therapy*, 20(3), 138-147.
- Shoko, M., & Ibisomi, L. (2017). Orphanhood prevalence, living arrangements and orphanhood reporting in Lesotho, Malawi and Zimbabwe. *Child Indicators Research*, 10(4), 929-943.
- Spiegel, D., Malchiodi, C., Backos, A., & Collie, K. (2006). Art therapy for combat-related PTSD: Recommendations for research and practice. *Art Therapy*, 23(4), 157-164.
- Thompson R. A., & Haskins R. (2014). Early stress gets under the skin: Promising initiatives to help children facing chronic adversity. *The Future of Children Policy Brief*, 4, 1-7.
- بی سرپرست و بدسرپرست با کودکان عادی. مجله سلامت روان کودک، ۳(۲)، ۷۷-۸۶
- رجیبی، ب. (۱۳۹۰). طراحی و آزمایش یک برنامه هنردرمانی به منظور بهبود تعامل اجتماعی دانش آموزان درخودمانده ۱۲-۶ ساله. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه الزهراء.
- رضایی، س؛ خدابخش کولایی، آ؛ و تقوایی، داوود. (۱۳۹۴). اثر بخشی نقاشی درمانی بر کاهش اضطراب و پر خاشگری دانش آموزان دبستانی پسر دارای اختلالات برونی سازی شده. مجله پرستاری کودکان، ۲(۲)، ۱۰-۱۹
- شلالی، ب؛ کرمی، ج؛ و مؤمنی، خدامراد. (۱۳۹۴). اثر بخشی هنردرمانی با رویکرد نقاشی بر تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/نارسایی توجه. مجله مطالعات ناتوانی، ۷، ۱-۵
- لیمن، م. (۲۰۰۰). هنردرمانی، ترجمه: علی زاده محمدی، حوری توکلی (۱۳۸۵). تهران: انتشارات قطره.
- مجبی، س؛ محمدی، ع؛ و قاسمی، ن. (۱۳۹۰). مقایسه شاخص های ناسازگاری بر اساس آزمون ترسیم آدمک مک آور و میزان اختلالات رفتاری در کودکان بی سرپرست و عادی. ارمان دانش، ۱۶(۶)، ۵۷۸-۵۸۶
- محمدی، ا؛ و رادین، ع. (۱۳۹۶). اثر بخشی هنردرمانی بر پایه نقاشی بر کاهش افسردگی، اضطراب و پر خاشگری در کودکان پیش دبستانی. فصلنامه روان شناسی تحلیلی شناختی، ۸(۲۸)، ۴۳-۵۱
- مؤمنی، خ؛ و شلالی، ب. (۱۳۹۵). اثر بخشی ترسیم گری گروهی بر کاهش پر خاشگری دانش آموزان فزون کنش-پر خاشگر. روان شناسی تحولی، ۱۳(۴۹)، ۷۱-۷۷
- نزادی کاشانی، غ؛ میرزانی، م؛ داورمنش، ع؛ صالحی، م؛ مساح چولایی، ا؛ هاشمی، م؛ و همکاران. (۱۳۸۹). تأثیر نقاشی بر کاهش پر خاشگری دانش آموزان دختر عقب مانده ذهنی آموزش پذیر مقطع ابتدایی. مجله توان بخشی، ۱۱، ۸۰-۸۷
- نوری، ف؛ و به پژوه، ا. (۱۳۸۱). تأثیر نقاشی درمانی در کاهش رفتارهای پر خاشگرانه دانش آموزان عقب مانده ذهنی. روان شناسی و علوم تربیتی، ۶۵، ۱۵۵-۱۷۰.
- Achenbach, T. M., Rescorla, L. (2001). *ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: Aseba.
- American Art Therapy Association. (2004). *Art therapy* (Vol. 21). American Art Therapy Association
- Case, C. and T. Dalley (2002). *Working with children in art therapy*. New York, NY: Routledge.
- Eneanya, N. D., Paasche-Orlow, M. K., & Volandes, A. (2017). Palliative and end-of-life care in