

# اثربخشی نقاشی درمانی بر اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی (ADHD) دانش‌آموزان مقطع ابتدایی مدارس عادی (ارزیابی معلمان)

ابوالفضل فرید<sup>۱\*</sup>، علی نجف‌زاده<sup>۲</sup>

۱. استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، ایران  
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، کارشناس مشاوره تربیتی و تحصیلی آموزش و پرورش ناحیه ۵ تبریز، ایران

## چکیده

تاریخ دریافت: ۱۸ خرداد ۱۳۹۵  
تاریخ پذیرش: ۳ دی ۱۳۹۵

**اهداف** پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر نقاشی‌درمانی بر اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی دانش‌آموزان ابتدایی مدارس عادی ناحیه ۵ تبریز، بر اساس ارزیابی معلمان صورت گرفت.

**مواد و روش‌ها** این پژوهش از نظر روش شبه‌تجربی است. جامعه آماری آن را ۱۲۰ دانش‌آموز تشکیل داد. این تعداد، همه دانش‌آموزان دارای نقص توجه- بیش‌فعالی در مدارس ابتدایی عادی آموزش و پرورش ناحیه ۵ تبریز بودند. اختلال این دانش‌آموزان را روان‌پزشکان تشخیص داده بودند و در پرونده سنجش سلامت آن‌ها درج شده بود. از این میان، ۴۰ دانش‌آموز برای نمونه آماری به شیوه نمونه‌گیری در دسترس در دو گروه بیست نفره آزمایش و کنترل انتخاب شدند. طرح پژوهش عبارت بود از گروه آزمایش و کنترل با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و انتساب تصادفی. بسته درمانی نقاشی به تعداد دوازده جلسه ۴۵ دقیقه‌ای روی دانش‌آموزان گروه آزمایش اجرا شد. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های علائم مرضی کودکان (۴-CSI، ۱۹۸۴) با فرم ارزیابی معلمان استفاده شد.

**یافته‌ها** داده‌ها به کمک شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون استنباطی تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. نتایج حاکی از این است که بر اساس ارزیابی معلمان، نقاشی‌درمانی در کاهش نقص توجه- بیش‌فعالی دانش‌آموزان مؤثر است ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری** با توجه به ارتباط معلمان و دانش‌آموزان دارای اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی (ADHD)، می‌توان با استفاده از مداخلات آموزشی، در کاهش شدت نشانگان بیش‌فعالی یا کم‌توجهی دانش‌آموزان مبتلا به این اختلال اقدامات قابل‌قبولی انجام داد.

## کلیدواژه‌ها:

اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی، ارزیابی معلمان، مدارس عادی، نقاشی‌درمانی.

## مقدمه

مشکلات اساسی دارند که به تداوم تلاش یا حفظ توجه (پاسخ‌دهی) به تکلیف مربوط می‌شود [۲].

بررسی‌ها در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که این اختلال در پسرها به نسبت ۲ به ۱ تا ۹ به ۱ در مقایسه با دخترها شایع‌تر است [۳]. در ایران، بر اساس پژوهشی [۴] روی ۵۱۳۶ دانش‌آموز ابتدایی، شیوع اختلال نوع بی‌توجهی ۳/۱ درصد، نوع بیش‌فعالی- تکانشگری ۳/۳ درصد و نوع مرکب ۳/۴ درصد برآورد شد. میری و استاگنیت [۵] شیوع این اختلال در دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهر تهران را ۹/۷ درصد، یوسفی و

اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی عبارت است از اختلال ر شدی در توجه، کنترل تکانش، بی‌قراری و هدایت رفتاری که به‌طور طبیعی ایجاد می‌شود و ناشی از اختلالات عصب‌شناختی بزرگ حسی، حرکتی یا هیجانی نیست [۱].

اغلب کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی مشکلاتی در زمینه توجه دارند. این کودکان، در توجه خودکار به اطلاعات بصری که میانجی آن مدارهای توجهی مغز است، نقص عمده‌ای ندارند. در عوض، در خصوص ابعادی از توجه

\* نویسنده مسئول: ابوالفضل فرید

نشانی: گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران  
تلفن: ۰۹۱۴۴۰۳۸۱۲۱  
رایانه: abolfazlfarid@gmail.com

مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۴، شماره ۵، آذر و دی ۱۳۹۶، ص ۳۵۸-۳۵۳  
آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانه: [journal@medsab.ac.ir](mailto:journal@medsab.ac.ir)  
شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

توجه و بیش‌فعالی دانش‌آموزان مؤثر است؟

### مواد و روش‌ها

جامعه آماری این پژوهش، تمامی ۱۲۰ دانش‌آموزان دارای اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی در مدارس ابتدایی آموزش و پرورش ناحیه ۵ تبریز بود. این اختلال دانش‌آموزان را روان‌پزشکان تشخیص داده بودند و در پرونده سلامت آن‌ها درج شده بود. از جامعه آماری، نمونه‌ای به تعداد شصت نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از اجرای ویرایش چهارم پرسشنامه‌ی علایم مرضی کودکان، چهل نفری انتخاب شدند که بیشترین نمره نقص توجه - بیش‌فعالی را به دست آورده بودند. این چهل نفر پس از هم‌تاسازی، به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل منتسب شدند (بیست نفر در هر گروه)؛ لذا، پژوهش حاضر پژوهشی شبه‌تجربی است که به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. ابزار اندازه‌گیری عبارت بود از ویرایش چهارم پرسشنامه‌ی علایم مرضی کودکان اسپرافگین و همکاران در ۱۹۸۴. این پرسشنامه دارای زیرمقیاس‌های اختلال رفتاری و هیجانی، نافرمانی، مقابله‌ای، و اختلال سلوک پرخاشگرانه و غیرپرخاشگرانه است. همچنین، دو چک‌لیست والدین و معلمان دارد و در آن فهرست علایم مرضی ۲۱ اختلال رفتاری و هیجانی مطرح شده است و شامل یازده جدول است که از A تا K نام‌گذاری شده است. جدول A یا الف مربوط به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی است. هر کدام از چک‌لیست‌های معلمان و والدین هجده گویه دارد که منطبق با ملاک‌های تشخیصی و آماری اختلال‌های رفتاری است. اسپرافگین در ۱۹۹۴، در مطالعه‌ی روی ۳۶ کودک مبتلا به اختلالات هیجانی، پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آزمون مجدد حدود ۷۰ درصد تا ۸۰ درصد گزارش کرد [۲۵].

بعد از هماهنگی با اولیا و مدرسه و کسب رضایت از آنان جهت اجرای آموزش‌های لازم روی کودکان دارای اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی (ADHD)، بسته آموزشی نقاشی‌درمانی به مدت دوازده جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به شرح زیر اجرا شد.

### یافته‌ها

بعد از جمع‌آوری داده‌ها، یافته‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری برای علوم اجتماعی (SPSS)، به صورت توصیفی و استنباطی تحلیل شد (جدول ۲).

بر اساس جدول ۲، میانگین و انحراف معیار ارزیابی معلمان از میزان بیش‌فعالی و نقص توجه دانش‌آموزان در پیش‌آزمون گروه آزمایش به ترتیب ۴۸/۵۵ و ۲/۳۹ و در گروه کنترل ۴۹ و ۲/۰۲ به دست آمده است. همچنین این شاخص‌ها

همکاران [۶] ۵ تا ۸/۵ درصد، لشکری‌پور و همکاران [۷] ۵ تا ۱۲ درصد، اینستانس و همکاران [۸] ۵ تا ۷ درصد، شواب و همکاران [۹] ۳ تا ۸ درصد، و بالاخره راسل و همکاران [۱۰] ۱/۴ تا ۰/۳ درصد گزارش کردند.

علت یا علل مشخصی را نمی‌توان برای این اختلال بیان کرد [۷]. اختلال در انتقال‌دهنده‌های عصبی [۱]، پایین بودن امواج تتا و کاهش جریان خون در جسم مخطط و ناحیه پیشانی مغز [۱ و ۳]، عوامل محیطی، از جمله مسمومیت ناشی از سرب [۱۱]، مکمل‌های خوراکی، رنگ‌ها، ثابت‌نگه‌دارنده‌ها و قندها، مواجه مادر با دارو، استفاده از دارو در دوران بارداری، استفاده از الکل و نیکوتین، آسیب به سر در دوران حاملگی یا سال‌های نخست زندگی کودک، و تأثیر امواج تلویزیونی و چراغ‌های مهتابی از علل احتمالی این اختلال شمرده می‌شود [۱۲].

دارودرمانی، رژیم‌درمانی، رفتاردرمانی، آموزش والدین، مداخلات مدرسه‌ای و روان‌درمانی از جمله در مان‌های شناخته‌شده و معمولی در کنترل و احیانا درمان این اختلال است. از جمله روش‌های دیگر در کنترل و درمان این اختلال که از حدود یک قرن پیش مطرح‌شده و بر اساس نتایج تحقیقات می‌توان آن را روشی موفق دانست، هنردرمانی است [۱۳]. هدف عمده هنردرمانی، خواه گروهی و خواه انفرادی، کمک به کودکان در سازگاری یافتن بهتر با دنیای اطراف و تغییر در الگوهای رفتاری آنان است [۱۴ و ۱۵]. بر اساس یافته مطالعه نادری و انصاری اصل [۱۶]، هنردرمانی بر خودپنداره تأییدجویی و شادکامی کودکان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و درمان شهرستان اهواز اثربخش بوده است. زارع‌زاده خبیر و همکاران [۱۷] نشان دادند که هنردرمانی موجب افزایش خودکارآمدی در موقعیت‌های تعارضی و غیرتعارضی می‌شود.

نقاشی‌درمانی شاخه‌ای از هنردرمانی است که در بهبود بسیاری از اختلالات مؤثر است. در سال ۱۹۸۵ کرامر نخستین هنرمند و آموزگاری بود که با کودکان دارای اختلال هیجانی به کار نقاشی‌درمانی پرداخت. به نظر وی هدف هنردرمانی ایجاد موقعیتی برای انتخاب و تغییر رفتارهاست. همچنین، به نظر او این کار فرصت‌هایی را برای تجربه مجدد تعارض‌ها پدید می‌آورد تا از این راه به رفع، تحلیل یا پاسخگویی آن‌ها بپردازد [۱۸].

اثربخشی نقاشی‌درمانی بر کاهش رفتارهای پرخاشگرانه، اضطراب، درمان اختلالات سلوک، درمان افسردگی، تسهیل در تمرکز و خودکنترلی تأیید شده است [۱۸-۲۴]. با توجه به مطالب فوق و با توجه به نبود تحقیقات مرتبط با تأثیر نقاشی‌درمانی بر اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی، سؤال اصلی این پژوهش این است که آیا نقاشی‌درمانی در کاهش نقص

برای تحلیل داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس، نخست پیش فرض‌های این تحلیل بررسی شد.

سطح معناداری نشان می‌دهد که توزیع نمرات در پیش و پس‌آزمون نرمال بوده است.

سطح معناداری شیب رگرسیون نشان می‌دهد که این مفروضه نیز برآورد شده است. همچنین، مشخص شد که مفروضه همسانی واریانس‌ها نیز برآورد شده است. بعد از برآورده شدن مفروضه‌ها، تحلیل کوواریانس صورت گرفت (جدول ۵).

بر اساس جدول ۵، بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون، نقاشی‌درمانی در کاهش علائم بیش‌فعالی و نقص توجه تأثیر معناداری داشته است.

جدول ۳. نتایج اجرای آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع نمره‌ها

| سطح معناداری | آزمون | تعداد | نقص توجه و بیش‌فعالی - تکانشگری در ارزیابی معلمان (پیش‌آزمون) |
|--------------|-------|-------|---|
| ۰/۲۲         | ۱/۰۴  | ۴۰    |   |
| ۰/۰۵۱        | ۱/۷۶  | ۴۰    | نقص توجه و بیش‌فعالی - تکانشگری در ارزیابی معلمان (پس‌آزمون)  |

در پس‌آزمون برای گروه آزمایش به ترتیب ۲۸/۰۵ و ۶/۰۷ و برای گروه کنترل ۴۹/۷۵ و ۱/۱۱ به دست آمده است.

جدول ۱. موضوعات نقاشی جلسات دوازده‌گانه نقاشی برای کودکان گروه آزمایش

| جلسه نخست    | نقاشی آزاد به دلخواه                                 |
|--------------|--|
| جلسه دوم     | نقاشی محل زندگی                                      |
| جلسه سوم     | رنگ‌آمیزی اجسام                                      |
| جلسه چهارم   | آموزش اشکال هندسی                                    |
| جلسه پنجم    | تبدیل اشکال هندسی به صورت                            |
| جلسه ششم     | تکمیل اجزای صورت در اشکال هندسی                      |
| جلسه هفتم    | آموزش مناظر محیط اطراف                               |
| جلسه هشتم    | رسم یک منظره طبیعی خیالی                             |
| جلسه نهم     | کامل کردن نقاشی ناقص کشیده شده                       |
| جلسه دهم     | نقاشی معین (باغ میوه، سبد با میوه، مغازه میوه‌فروشی) |
| جلسه یازدهم  | نقاشی اعضای خانواده خود                              |
| جلسه دوازدهم | نقاشی مکان برگزاری جلسه نقاشی درمانی                 |

جدول ۲. توزیع پراکندگی وضعیت نقص توجه - بیش‌فعالی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون (ارزیابی معلمان)

| متغیر     | گروه   | تعداد | میانگین | انحراف استاندارد |
|-----------|--------|-------|---------|------------------|
| پیش‌آزمون | آزمایش | ۲۰    | ۴۸/۵۵   | ۲/۳۹             |
|           | کنترل  | ۲۰    | ۴۹      | ۲/۰۲             |
| پس‌آزمون  | آزمایش | ۲۰    | ۲۸/۰۵   | ۶/۰۷             |
|           | کنترل  | ۲۰    | ۴۹/۷۵   | ۱/۱۱             |

جدول ۴. نتایج تحلیل یکسانی شیب خط رگرسیونی پیش‌فرض تحلیل کوواریانس در کاهش نقص توجه و بیش‌فعالی - تکانشگری

| منبع تغییرات                                | مجموع مجذورات | درجات آزادی | میانگین مجذورات | F    | سطح معناداری |
|---|---------------|-------------|-----------------|------|--------------|
| گروه و کاهش نقص توجه و بیش‌فعالی - تکانشگری | ۱۹/۷۸         | ۱           | ۱۹/۷۸           | ۱/۰۱ | ۰/۳۲         |
| خطا   | ۷۰۲/۴۲        | ۳۶          |                 |      |              |
| کل  | ۶۵۹۶۲         | ۴۰          | ۱۹/۵۱           |      |              |

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس پس‌آزمون کاهش نقص توجه - بیش‌فعالی و تکانشگری در ارزیابی معلمان پس از تعدیل پیش‌آزمون

| مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | مقدار واریانس | سطح معناداری |
|---------------|------------|-----------------|---------------|--------------|
| ۲/۴۸          | ۱          | ۲/۴۸            | ۰/۱۲          | ۰/۷۲         |
| ۴۶۸۰/۷۳       | ۱          | ۴۶۸۰/۷۳         | ۲۳۹/۸         | ۰/۰۰۰        |
| ۷۲۲/۳۱        | ۳۷         | ۱۹/۵۱           |               |              |
| ۶۵۹۶۲         | ۴۰         |                 |               |              |

است [۲۶-۳۲ و ۳۴] که نقاشی‌درمانی را در کاهش ناهنجاری‌های متنوع رفتاری کودکان دانسته بودند و باعث بهبود رفتارهای اجتماعی آنان شد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به اینکه فعالیت‌های هنری با ایجاد علاقه و لذت و درگیر کردن هر چه بیشتر این کودکان، آنان را ترغیب می‌کند با احساس آزادی و

## بحث

نتایج نشان داد که نقاشی‌درمانی در کاهش شدت علائم نقص توجه - بیش‌فعالی کودکان مؤثر بوده است؛ به این صورت که در گروهی از کودکان ابتدایی که نقاشی‌درمانی شدند، نقص توجه - بیش‌فعالی به صورت معناداری پایین‌تر از گروهی بود که نقاشی‌درمانی نشدند. این یافته همسو با یافته‌های پژوهش‌هایی

است. پژوهش‌های دیگر از جمله به‌پژوه و نوری [۲۷]، باقری و پارکر [۴۰] و اسمیجستر و همکاران [۳۰] اثربخشی نقاشی‌درمانی را بر افزایش مهارت ارتباطی کودکان تأیید می‌کند. بر اساس مطالعه باورز [۳۱]، نقاشی‌درمانی باعث تسهیل در تمرکز، تعامل اجتماعی، برقراری رابطه و بیان احساسات می‌شود. از نتیجه این پژوهش‌ها مشخص می‌شود که هنردرمانی، به‌ویژه نقاشی‌درمانی، یکی از روش‌های درمانی برای درمان برخی اختلالات کودکان، به‌خصوص اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی، به‌کار گرفته می‌شود. معلمان مدارس و مربیان مهدکودک‌ها می‌توانند از نتیجه پژوهش حاضر به‌منظور تعامل و کنارآمدن بهتر با مشکلات رفتاری، به‌ویژه اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی (ADHD)، استفاده کنند.

### نتیجه‌گیری

می‌توان از طریق مداخلات آموزشی، اقدامات قابل قبولی برای تعامل با کودکان دارای اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی (ADHD) انجام داد. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که برای کاهش نشانه‌های این اختلال، فقط اقدامات پزشکی و دارویی تنها روش موجود یا احتمالاً بهترین روش درمان نیست، بلکه تعامل والدین این کودکان با معلمان و روان‌شناسان و مشاوران در درمان بهتر یا حتی تقلیل شدت نشانه‌ها خالی از فایده نخواهد بود. بنابراین، نظام آموزشی کارآمد از نتایج این پژوهش در جهت اقدامات آموزشی و درمانی استفاده می‌کند. همچنین، نتایج پژوهش حاضر برای استفاده والدین کودکان دارای این اختلال قابل استفاده است. این والدین می‌توانند برای درمان کودکان خود مستقیم یا غیرمستقیم با افرادی ارتباط داشته باشند که در موضوع این اختلال مطالعه داشته‌اند و اقدامات آموزشی مناسبی در کاهش نشانه‌های این اختلال انجام دهند و از اقدامات آن‌ها استفاده کنند. بهره‌مندی از تلاش صاحب‌نظران می‌تواند با اقدام مستقل والدین اما هماهنگ با سایرین در خانه و یا به شکل شرکت در گروه‌های چندوجهی درمان تحت مدیریت درمانگر متخصص در مراکز ویژه باشد.

### تشکر و قدردانی

از تمامی معلمان ناحیه ۵ آموزش و پرورش تبریز و مسئولان این اداره که امکان اجرای این تحقیق را فراهم کردند و از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش محققان را یاری کردند تشکر و قدردانی می‌نماییم.

محدودیت کمتری به بیان صریح‌تر تجارب آسیب‌زای خود بپردازند، و با توجه به اینکه افراد با شناخت احساسات و عواطف خود توان تسلطی بیشتری بر عواطف و هیجانات خود به دست آورند، اختلالات رفتاری کاهش و سلامت روانی کودکان مبتلابه این مشکل افزایش یافت. این مطلب هماهنگ با یافته‌های پیفالو [۲۸] است.

از سوی دیگر، بیان شده است که نقاشی و نقاشی‌درمانی باعث افزایش خلاقیت و به‌دنبال آن باعث کاهش احساس‌های شدید مثل پرخاشگری در کودکان می‌شود و فعالیت‌های خلاقانه در کاهش احساس خشم تأثیر بسیاری دارد [۳۳]. نقاشی خروجی امن و خلاقانه‌ای برای بیان احساسات و افکار به‌کار می‌رود و فرصتی برای کودکان فراهم می‌سازد تا به‌راحتی و با آزادی کامل به تخلیه درون خود بپردازند و تجارب و خاطره‌ها و احساسات خود را بیان کنند. نقاشی کودک را قادر می‌سازد که به‌طور شفاهی ارتباط زبانی مشترک بین خود و درمانگر به‌وجود آورد که در نتیجه باعث تسهیل روابط بین کودک و درمانگر می‌شود و روش درمان مؤثری برای کودکان دارای آسیب روانی و اجتماعی می‌شود [۳۴]. این مطالب نیز هماهنگ و همسو با یافته‌های اسمیجستر و همکاران [۳۰] و آلن [۳۵] است. بر اساس این دو مطالعه، بیان هنری احساسات و عواطف، به سبب کاهش پرخاشگری، در درمان پرخاشگری کودکان مؤثر است.

هنر، به‌ویژه نقاشی، شکلی از درمان محسوب می‌شود، زیرا تصاویر و نقاشی‌های ترسیم‌شده افراد (به‌خصوص کودکان)، اغلب نشانگر تنش، مشکلات روحی و حتی مشکلات یادگیری است. با تکیه بر این جنبه از تصاویر و نقاشی‌ها و تلاش برای آوردن آن به سطح خودآگاه با روشی کنترل‌شده در طول جلسات درمانی، روش نقاشی‌درمانی روش درمانی مؤثری است. بنابراین، هنر درمانگران با استفاده از تطهیر آزاد، تمام احساسات منفی بیمار را از بین می‌برد و باعث حل تعارضات در بیمار می‌شود و ثبات عاطفی بیمار را برقرار می‌سازد. هنردرمانی به‌صورت اعم و نقاشی‌درمانی به‌صورت اخص، علاوه بر اثربخشی در کاهش شدت نشانه‌های بیش‌فعالی - نقص توجه، در مورد سایر اختلالات نیز اثربخش بوده است. پژوهش‌های انجام شده [۲۷، ۳۳، ۳۴، ۳۶ و ۳۷] و نیز پژوهش‌های بین و همکاران [۲۱]، کرمی و همکاران [۱۸]، نادری و انصاری اصل [۱۶]، جنتیان [۳۸] و مددی [۲۶]، در مورد اثربخشی نقاشی‌درمانی بر کاهش اختلالات پرخاشگری و سلوک شواهد مثبتی دربرداشته

## References

- [1] Alizadeh H. Attention- deficit hyperactivity. Evaluation and Treatment. Tehran, Roshd, 2004. [in Persian]
- [2] American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Tehran, Sokhan, Translated by Nikkhoo M. et al., 2000. [in Persian]
- [3] Sadok B, Sdok V. Psychiatry. Translated by Poorafkari N, Tehran, Shahrashoob, 2009. [in Persian]
- [4] Abolgasemi A, Narimani M, Keyamarsi A. The prevalence and comorbidity of behavioral disorders in elementary students and its relation with academic achievement. Journal of Science and Technology, 2005; 4: 3-4. [in Persian]
- [5] Miri N, Stagniti K. A study on fine motor skills of Iranian children with attention deficit/ hyper activity disorder aged from 6 to 11 Years. Occup. Ther. Int, 2010; 18: 106-14. [in Persian]
- [6] Yoosefi F, Mehrangiz L, Shahim S. Prevalence of attention-deficit hyperactivity in elementary schools. Journal of Children Diseases, 2007; 17(2): 211-16. [in Persian]
- [7] Lashgaripoor K, Arabgol F, Bakhshani N. Prevalence of attention- deficit hyperactivity sighs in Zahedan medical students. Journal of Toloe Behdasht, 2009; 8(3), 24 pp.
- [8] Instanes JT, Halmøy A, Engeland A, Haavik J, Furu K, Klungsoyr K. Attention-deficit/ hyperactivity disorder in offspring of mothers with inflammatory and immune system diseases. Biological Psychiatry, 2015 Dec 9.
- [9] Štuhec M, Švab V, Locatelli I. Prevalence and incidence of attention- deficit/ hyperactivity disorder in Slovenian children and adolescents: a database study from a national perspective. Public Health Croat Med J, 2015; 56: 159-65.
- [10] Russell G, Rodgers LR, Ukoumunne OR, Ford T. Prevalence of parent-reported ASD and ADHD in the UK: Findings from the millennium Cohort study. J Autism Dev Disord, 2014; 44: 31-40.
- [11] Khodayarifard M. Psychopathology of child and adolescence. University of Tehran, 2006. [in Persian]
- [12] Jons K. Attention- deficit and hyperactivity in adolescents. Translated by Gaffari, Andishmand, 2010. [in Persian]
- [13] Zadehmohammadi A. Seeking healing art. Translated by Sepideyeh Danaei, 2008; 22 pp. [in Persian]
- [14] Lipmann M. Art therapy: manual of subjects and exercise. Traslated by Zadeh Mohammadi A, Tavakkoli A. Gatreh Publitions, 2009; 141-142. [in Persian]
- [15] Nouri F. Art and handicapped children. Journal of Exceptional Education, Organization of Exceptional Education Publication, 2003; 22, 23. [in Persian]
- [16] Naderi F, Ansariaasl Z. The effects of art therapy on confirmative self-concept and welfare of clients to counseling center. Journal of New Foundns in Psychology, 2011; 6(18): 17-33. [in Persian]
- [17] Zareezadeh Khabiri SH, Rafieinya P, Asgarinya M. Effectiveness of expressive art therapy on the interactive self-efficacy of children that damaged from orphans. Journal of Developmental Psychology, 2014; 10(40). [in Persian]
- [18] Karami J, Alikhani M, Zaki A, Khodadadi K. Effectiveness of drawing therapy on aggression of Dyslexic female students. Journal of Learning Disability, 2012; 1(2): 105-17.
- [19] Attari B, Shafieabadi A, Salimi H. Effectiveness of drawing therapy on anxiety of male students. Journal of Counseling and Psychotherapy, 2011; 8: 64-67. [in Persian]
- [20] Najhadie Kashani Gh, Mirzamani M, Davarmanesh A, Salehi M. The effect of drawing therapy on male mentally retarded elementary students. Journal Children Nerves Rehabilitation, 2010; 11(5): 78-84. [in Persian]
- [21] Bin H, Bin S, Hu S, Song AI. Study on drawing therapy on behavior problems in preschool children. Modern Preventive Medicine, 2011; 22: 30-38.
- [22] Mi Lim I, In Lee J. Effects of art and music therapy on depression and cognitive function of the elderly. Technology and Health Care, 2014; 22: 453-58.
- [23] Reynolds F. Art therapy after stroke: Evidence and a need for further research. The Arts In Psychotherapy, 2012; 39(4): 239-44.
- [24] Baggerly J, Parker M. Child- centered group play therapy with African American boys of the elementary school level. Journal of Counseling & Development, 2005; 83: 387-96.
- [25] Mohammad Esmail E. Reliability and validity of (CSI-4). Journal of Research in Exceptional Children, 2002; 3: 241-54. [in Persian]
- [26] Madadi N. The effect of drawing therapy on the emotional disorders of 7-11 old children. Thesis for M.A. in Psychology, Islamic Azad University, Tehrane Markaz Branch, 2000.
- [27] Behpajhooh A, Noori F. Effectiveness of drawing therapy on aggressive behaviors of mentally retarded students. Journal of Education and Psychology, 2002; 32(2): 36-42. [in Persian]
- [28] Pifalo T. Pulling out the thorns: Art therapy with sexually abused children and adolescents. Art Therapy, 2002 Jan 1; 19(1): 12-22.
- [29] Slayton SC. Building community as social action: An art therapy group with adolescent males. The Arts in Psychotherapy, 2012 Jul 31; 39(3): 179-85.
- [30] Smeijsters H, Kil J, Kurstjens H, Welten J, Willemars G. Arts therapies for young offenders in secure care- A practice-based research. The Arts in Psychotherapy, 2011 Feb 28; 38(1): 41-51.
- [31] Bowers JJ. Therapy through art: Facilitating treatment of sexual abuse. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 1992 Jun 1; 30(6): 15-24.
- [32] Murphy J. Art therapy with sexually abused children and young people. International Journal of Art Therapy: Inscape, 1998 Jan 1; 3(1): 10-6.
- [33] Nissimov-Nahum E. Use of a drawing task to study art therapists' personal experiences in treating aggressive children. The Arts in Psychotherapy, 2009 Jul 31; 36(3): 140-7.
- [34] Eaton LG, Doherty KL, Widrick RM. A review of research and methods used to establish art therapy as an effective treatment method for traumatized children. The Arts in Psychotherapy, 2007 Dec 31; 34(3): 256-62.
- [35] Allen P. Commentary on community- based art studios: Underlying principles art therapy. Journal of the American Art Therapy Association, 2008; 25(1): 11-3.
- [36] Hashemi N, Fadavi M. Children painting analysis. Journal of Analytical Research, 2009; 12: 107-17. [in Persian]
- [37] Warson E. Healing pathways: Art therapy for American Indian cancer survivors. Springers Science Bussiness Media, 2012; 1: 47-56.
- [38] Jannatinan S. The role of play on reducing of attention-deficit hyperactivity disorders of elementary thirth and fourth grade male students in Isfahan town. Thesis for M.A.

- in Psychology, Isfahan, Khorasgan Islamic Azad University, 2006; 90-94. [in Persian]
- [39] Aryamanesh A. Effectiveness of drawing therapy on self-efficacy and learning of orphans children of welfare organization. Thesis for MD in psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, 2013; 65-71. [in Persian]
- [40] Baggerly J, Parker M. Child-centered group play therapy with African American boys at the elementary school level. *Journal of Counseling & Development*, 2005 Oct 1; 83(4): 387-96.
- [41] Reynolds F. Art therapy after stroke: Evidence and a need for further research. *The Arts in Psychotherapy*, 2012 Sep 30; 39(4): 239-44.