

تأثیر نقاشی بر کاهش پرخاشگری دانش آموزان دختر عقب مانده ذهنی آموزش پذیر مقطع ابتدایی

*غزاله نژادی کاشانی^۱، سید محمود میرزمانی^۲، عباس داورمنش^۳، مسعود صالحی^۴، امید مساح چولابی^۵، محبوبه هاشمی^۱، آویشه غلامی^۶

۱- کارشناس ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۲- دکترای روانشناسی بالینی، استاد دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اسلامشهر

۳- کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، مربی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۴- دکترای آمار زیستی، استادیار دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۵- پزشک عمومی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۶- کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج

دریافت مقاله: ۸۸/۱۰/۱

پذیرش مقاله: ۸۹/۱۰/۲۱

***آدرس نویسنده مسئول:**

تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن‌بست کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

***تلفن:** ۲۲۱۸۰۰۱۸

***رایانامه:** ghnzadi@hotmail.com

چکیده

هدف: رفتار پرخاشگری مشکلی متداول میان افراد عقب مانده ذهنی است. یکی از روش‌های پیشنهادشده جهت درمان پرخاشگری، هنردرمانی است. بر این اساس، هدف از مطالعه حاضر، تعیین تأثیر نقاشی بر کاهش پرخاشگری دانش آموزان دختر عقب مانده ذهنی آموزش پذیر مقطع ابتدایی می‌باشد.

روش بررسی: در این پژوهش تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل، ۵۲ دانش آموز دختر عقب مانده ذهنی آموزش پذیر ۸ تا ۱۵ سال مقطع ابتدایی شهرستان کرج با میانگین سنی ۱۱/۵۰ و انحراف معیار ۲/۲۱۰ با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند. پس از اجرای پرسشنامه پرخاشگری کودکان کم‌توان ذهنی بهرامی، داورمنش و قزل‌سفلو (۱۳۸۷) در پیش‌آزمون، با توجه به پایه تحصیلی، سن و میزان پرخاشگری کل، دانش آموزان در دو گروه هم‌تا قرار داده شدند و به تصادف یکی از دو گروه به عنوان گروه کنترل و دیگری به عنوان گروه آزمایش انتخاب شد. سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه متوالی، به نقاشی کشیدن پرداختند. پس از ۱۰ روز پس از آخرین جلسه اجرا انجام شد. داده‌های حاصل با انجام آزمون‌های کولموگروف اسمیرنوف و تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرخاشگری کل، پرخاشگری کلامی و غیرکلامی به خود، پرخاشگری کلامی و غیرکلامی به غیر خود گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نقاشی میزان پرخاشگری را در دانش آموزان دختر عقب مانده ذهنی آموزش پذیر مقطع ابتدایی کاهش می‌دهد.

کلید واژه‌ها: هنردرمانی / نقاشی / پرخاشگری / دانش آموز عقب مانده ذهنی آموزش پذیر



مقدمه

در افراد دارای نارسایی‌های هوشی و رشدی^۳ است (۱۳). رفتار پرخاشگرانه با ضعف در پیشرفت تحصیلی، اعتماد به نفس پایین، ضعف در تحمل ناکامی، مهارت‌های اجتماعی اندک و وجود نشانه‌های افسردگی مرتبط است (۱۴).

در تحقیقات گذشته به این نکته کمتر توجه شده است که در گستره رفتار پرخاشگرانه، هم عوامل بیرونی^۴ (جامعه، محیط، خانواده و آموزش) و هم عوامل درونی^۵ (شخصیتی، هیجانی، شناختی و نورو بیولوژیکی)^۶ نقش دارند (۱۴). تحقیقات تا پیش از سال ۱۹۹۵ تقریباً منحصراً بر اعمال پرخاشگرانه بدنی بدون توجه به سایر اعمال پرخاشگرانه تمرکز کرده‌اند (۱۵). اکثر تحقیقات در مورد رفتار پرخاشگرانه دوران کودکی بر پرخاشگری آشکار^۷ و بدنی تمرکز کرده‌اند که معمولاً در پسران دیده می‌شود (۱۶). گرچه در دهه گذشته توجه بیشتری به ابعاد پرخاشگری شده است که ممکن است در دختران شایع باشد (۱۷).

گرایش بیشتر پسران به رفتار پرخاشگرانه تا اندازه‌ای علت زیست‌شناختی دارد که به علت هورمون‌های جنسی به خصوص آندروژن است. از سوی دیگر مجاز دانستن رفتارهای پرخاشگرانه از سوی خانواده برای جنس مذکر، می‌تواند شکل‌گیری ساختار شناختی اولیه را برای انجام رفتار پرخاشگرانه تسهیل کند (۱۸). تحقیقی نشان می‌دهد که مادران حالت‌های خشن آشکار دخترانشان را بیشتر از رفتارهای مشابه پسرانشان می‌کنند (۱۹). مادران معمولاً دخترانشان را بیشتر از پسرانشان تشویق می‌کنند که روابط آسیب‌دیده را بهبود بخشند (۲۰). این برخورد مادران، همراه با داشتن توانایی بیشتر در عملکرد اجتماعی و کلامی میان دختران (نسبت به پسران) این موضوع را مطرح می‌کند که بسیاری از دختران کم سن و سال می‌توانند خصومت^۸، ناکامی و پرخاشگری آشکار خود را مخفی کنند و آن را به سوی پرخاشگری با هدف روابط اجتماعی سلطه‌گر هدایت کنند (۱۷، ۲۱).

از سوی دیگر نه تنها کودکان پرخاشگر به گونه‌ای منفی تحت تأثیر رفتارشان قرار می‌گیرند، بلکه اثرات زیانبار آن بر روی افراد دیگر و جامعه بالاست. مشکلات تجربه‌شده توسط افراد پرخاشگر و قربانیان، نیاز به انجام مداخلاتی جهت کاهش و درمان پرخاشگری را ضروری می‌سازد (۲۲).

روش‌های مختلفی برای درمان پرخاشگری کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی پیشنهاد شده که از آنجمله روش‌های مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی، تنش‌زدایی، آموزش آرمیدگی، استفاده از ورزش‌های مختلف (۲۳) و هنر درمانی است (۲۴-۲۶).

در دهه‌های اخیر مسایل و مشکلات رفتاری کودکان، یکی از مباحث توجه‌برانگیز متون روانپزشکی، روانشناسی و تعلیم و تربیت بوده است. این مشکلات در کودکان عقب‌مانده ذهنی به مراتب بیشتر از کودکان عادی گزارش شده است (۱). مروری بر تحقیقات گذشته نشان می‌دهد که کودکان عقب‌مانده ذهنی، مشکلات رفتاری متعددی را تجربه می‌کنند (۲). دکر، کوت، اند و ورهالست در سال ۲۰۰۲ گزارش کردند که کودکان دارای نارسایی هوشی، مشکلات رفتاری را به صورت روابط ضعیف با همسالان، اعتماد به نفس پایین، فرار از خانه، دزدی، رفتارهای پرخاشگرانه، نقص توجه و رفتارهای ضداجتماعی نشان می‌دهند (۳).

میزان شیوع اختلالات رفتاری در افراد عقب‌مانده ذهنی بین ۲۰ تا ۴۴ درصد گزارش شده است (۴) که این میزان تقریباً ۴ برابر کودکان عادی است (۵). معمولاً در بسیاری موارد کودکان عقب‌مانده ذهنی به این دلیل مشکلات رفتاری آشکار دارند که از نادرستی رفتار خود آگاه نیستند و والدین نیز گمان می‌کنند در ارتباط با آنها نمی‌توانند تغییرات بنیادی ایجاد کنند. نتیجه اینکه یا مایوسانه آنها را به حال خود رها می‌کنند و یا با همان شیوه تربیتی متداول کودکان عادی به مقابله با آنها می‌پردازند (۶).

انواع مختلف اختلالات رفتاری پایداری متفاوتی نشان می‌دهند و پرخاشگری بیشترین پایداری را دارد (۵). پرخاشگری به رفتاری زیان‌آور اطلاق می‌شود (یا خطر رفتارهای زیان‌آور) که به صورت عمدی است و متوجه دیگران یا اموالشان می‌باشد (۷). در زمینه تبیین پرخاشگری در قلمرو رفتار اجتماعی با دو نظریه عمده روبرو هستیم، نظریه روانکاوی پرخاشگری را به عنوان یکی از سائق‌ها^۱ در نظر می‌گیرد. فروید معتقد بود که بسیاری از اعمال آدمی را غریزه‌ها به ویژه غریزه جنسی تعیین می‌کند. وقتی مانعی در تجلی غرایز پیش‌آید، سائق پرخاشگری سر برمی‌آورد (۸). در سویی دیگر در نظریه یادگیری اجتماعی^۲، بندورا معتقد است که کودکان قادرند رفتار پرخاشگری را از طریق مشاهده دیگران بیاموزند (۹).

رفتار پرخاشگری در کودکان مشکل متداولی است که در همه جای دنیا نیاز به توجه فزاینده‌ای دارد و تحقیق درباره راه‌حل‌های مؤثر، چالش بزرگی برای متخصصان و نظریه‌پردازان ایجاد کرده است (۱۰). آنچه باعث توجه محققان به رفتارهای پرخاشگرانه شده است، اثر نامطلوب آن بر رفتارهای بین فردی و همچنین اثر ناخوشایند آن بر حالات درونی و روانی افراد است (۱۱). پرخاشگری علت اصلی روان‌درمانگری (۱۲) و ارجاع برای مکان‌یابی در بیمارستان‌ها،

1- drives
5- internal factors

2- social learning theory
6- Neuro- biological

3- intellectual and developmental disability
7- overt

4- external factors
8- hostility



درمانی بر کاهش رفتارهای پرخاشگرانه دانش آموزان پسر عقب مانده ذهنی، پس از ۱۰ جلسه نقاشی با موضوع آزاد، نقاشی درمانی را روشی مؤثر در کاهش پرخاشگری می داند (۲۴).

با توجه به اینکه رفتار پرخاشگری مشکلی متداول میان افراد عقب مانده ذهنی است و پژوهش های گذشته از تفاوت پرخاشگری در بین دختران و پسران صحبت می کنند و نیز تا کنون در ایران تحقیقی که به تعیین تأثیر نقاشی (با موضوعات مشخص) بر کاهش پرخاشگری دانش آموزان دختر عقب مانده ذهنی پرداخته باشد، توسط محققان مشاهده نشده است، ما در پژوهش حاضر، درصدد هستیم به این سؤال پاسخ دهیم که آیا استفاده از نقاشی در کاهش پرخاشگری دانش آموزان دختر عقب مانده ذهنی آموزش پذیر مؤثر است؟

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دختر عقب مانده ذهنی آموزش پذیر مقطع ابتدایی بود که در سال تحصیلی ۸۸-۸۷ در مدارس استثنایی شهرستان کرج مشغول به تحصیل بودند. با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای از میان چهار ناحیه آموزش و پرورش شهرستان کرج، دو ناحیه به صورت تصادفی انتخاب و سپس از هر ناحیه یک مدرسه ویژه کودکان استثنایی دختر و در هر مدرسه از هر پایه تحصیلی یک کلاس جهت شرکت در پژوهش انتخاب شد. از بین این دانش آموزان، ۵۲ دانش آموز دختر عقب مانده ذهنی آموزش پذیر مقطع ابتدایی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، به عنوان نمونه انتخاب شدند. با توجه به وجود دانش آموزان تربیت پذیر و دانش آموزانی با سنین بالاتر از ۱۵ سال در این مدارس، موارد زیر به عنوان معیارهای اصلی ورود به مطالعه در نظر گرفته شد:

داشتن بهره هوشی ۵۵ تا ۷۰ با توجه به نتایج ثبت شده در پرونده تحصیلی و سن ۸-۱۵ سال. معیارهای خروج نیز شامل: داشتن اختلالات بینایی، شنوایی، حرکتی و گفتاری مشخص، بیماری صرع^۷ و مصرف دارو بود.

پس از دریافت معرفی نامه از مرکز آموزش و پرورش استثنایی شهرستان های استان تهران و انجام هماهنگی های لازم با مدیر، معلمان و والدین دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر و جلب رضایت و آگاه ساختن آنها از طرح پژوهشی، ابتدا از معلمان درخواست شد که پرسشنامه پرخاشگری

به کار بستن روانشناسی هنر به شکل کنونی توسط فروید آغاز شده است (۲۷). هنر درمانی یک روش ایجاد شده برای سلامت روان است که از روش خلاق ایجاد هنر برای رشد و ارتقاء سلامت جسمی، روانی و هیجانی اشخاص در همه سنین استفاده می کند. این روش بر اساس این باور پایه گذاری شده است که فرآیند خلاق به کار گرفته شده در بیان حال از طریق هنر به افراد کمک می کند که تعارضات و مشکلات را حل کنند و مهارت های بین فردی، مدیریت رفتار، کاهش استرس، افزایش عزت نفس و خود آگاهی را گسترش داده، به بینش^۱ دست یابند (۲۸).

هنر درمانگری زمینه ای بسیار گسترده است و از شاخه های این رشته می توان به فیلم درمانی^۲، نمایش درمانی^۳، نقاشی درمانی^۴، موسیقی درمانی^۵ و حرکات موزون^۶ (رقص) اشاره کرد (۲۹).

نقاشی عبارت است از ترسیم خودانگیزته تصاویر که فرصت هایی برای ارتباط و بیان غیر کلامی فراهم می کند (۳۰). مارگارت نامبرگ (۱۹۵۰) نخستین پیشگام هنر درمانی در امریکا، بر اساس درمان روان تحلیلیگری، پس از کار با کودکان در مدرسه دریافت که کودکان هیجان های خود را در نقاشی هایشان منعکس و فراقنی می کنند. کرامر (۱۹۵۸) هنرمند و آموزگاری است که نخستین بار با کودکان دارای اختلال های هیجانی به کار نقاشی درمانی پرداخت (۲۴).

نتایج تحقیقی که توسط مددی (۱۳۷۹) با عنوان بررسی تأثیر نقاشی درمانی بر کاهش مشکلات هیجانی کودکان ۷-۱۱ ساله انجام شد حاکی از تأثیر نقاشی درمانی بر کاهش مشکلات هیجانی کودکان بود (۳۱). لسی (۲۰۰۲) در پژوهشی با هدف بررسی تأثیر نقاشی درمانی بر تغییرات رفتار و هیجان یک کودک ۱۰ ساله با اختلالات رفتاری و هیجانی، نشان داد که پس از ۲۰ جلسه نقاشی درمانی، رفتارها و هیجانان انطباقی، نگرش مثبت نسبت به خانواده و واکنش مثبت در مقابل مشکلات، در کودک افزایش یافت (۳۲). راسل (۲۰۰۸) در پژوهش خود نشان داد که هنر درمانی (نقاشی، ترسیم و سفالگری) تأثیرات مثبتی بر کودکان در معرض خطر دارد و رفتارهای پرخاشگرانه، بیش فعالی و کم توجهی آنان را کاهش می دهد (۳۳). محققان دیگری نیز تا کنون تأثیر نقاشی را بر کاهش اضطراب بیماران اسکیزوفرنیک (۳۴) و تأثیر هنر درمانی (ترکیبی از فعالیت های ترسیم، نقاشی و سفالگری) را بر کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال اتیسم (۳۵)، اختلال دلبستگی اجتنابی (۳۶) و اختلال دوقطبی (۳۷) مورد بررسی قرار داده اند.

نوری (۱۳۸۰) نیز در پژوهش خود با عنوان بررسی تأثیر نقاشی

1- insight 2- movie therapy 3- drama therapy
5- music therapy 6- rhythmic movements 7-epilepsy

4- painting therapy



سن و میزان پرخاشگری کل، دانش‌آموزان در دو گروه همتا قرار داده شدند و به تصادف یکی از دو گروه به عنوان گروه کنترل و دیگری به عنوان گروه آزمایش انتخاب شد. سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه متوالی (هر جلسه ۴۵ الی ۶۰ دقیقه) هر روز طبق دستورالعمل به نقاشی کشیدن پرداختند. موضوعات جلسات نقاشی به ترتیب شامل: جلسه اول: ترسیم هیجان‌ها مختلف (مانند خندیدن، گریه کردن و...)، جلسه دوم: ترسیم اعضای گروه، جلسه سوم: چه چیزی مرا ناراحت می‌کند؟، جلسه چهارم: حیوانی را ترسیم کنید که دوست دارید باشید، جلسه پنجم: نقاشی دیواری گروهی (با موضوع دلخواه کودکان)، جلسه ششم: وقتی باران می‌بارد هوا چگونه است؟، جلسه هفتم: نقاشی از بدن و جلسه هشتم: نقاشی همراه با موسیقی (موسیقی با ریتم کند و تند و موضوع دلخواه کودکان) بود (۳۵). در زمان اجرای برنامه برای گروه آزمایش، گروه کنترل در فعالیت‌های عادی کلاس شرکت می‌کردند. اجرای پرسشنامه پرخاشگری به عنوان پس‌آزمون، ۱۰ روز پس از آخرین جلسه اجرا بر روی دانش‌آموزان گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید تا مشخص شود که آیا این روش در کاهش پرخاشگری مؤثر بوده است یا خیر؟ اطلاعات حاصل با استفاده از نرم‌افزار آماری اس.پی.اس.اس. نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آزمون‌های کولموگوروف اسمیرنوف و تحلیل کوواریانس برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

در ابتدا به منظور بررسی همسانی توزیع سنی و پایه تحصیلی در دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون‌های مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل و کای‌دو استفاده شد. نتایج حاصل از این آزمون‌ها در جداول ۱ و ۲ ارائه شده‌اند.

کودکان کم‌توان ذهنی^۱ B.D.Gh. را برای دانش‌آموزان تکمیل نمایند. این پرسشنامه در سال ۱۳۸۷ توسط بهرامی، داورمنش و قزل‌سفلو برای سنجش پرخاشگری کودکان عقب‌مانده ذهنی ساخته شد و تلفیقی از پرسشنامه پرخاشگری آیزنگ (۱۹۷۵) (AGQ)، پرسشنامه اختلالات رفتاری راتر (۱۹۶۷)، پرسشنامه علائم مرضی کودکان (۱۹۸۴) (CSI-۴) و پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲) به علاوه تعدادی سؤالات دیگر است. این پرسشنامه دارای ۷۸ سؤال می‌باشد که به پاسخ «هرگز» نمره صفر، «گاهی اوقات» نمره یک، «اکثراوقات» نمره دو و «همیشه» نمره سه تعلق می‌گیرد و چهار مؤلفه پرخاشگری کلامی به خود (سؤالات ۱-۴)، دامنه نمرات از ۰ تا ۱۲)، پرخاشگری غیرکلامی به خود (سؤالات ۵-۱۳)، دامنه نمرات از ۰ تا ۲۷)، پرخاشگری کلامی به غیر خود (سؤالات ۱۴-۳۱)، دامنه نمرات از ۰ تا ۵۴) و پرخاشگری غیرکلامی به غیر خود (سؤالات ۳۲-۷۸)، دامنه نمرات از ۰ تا ۱۴۱) را می‌سنجد. دامنه نمرات پرخاشگری کل از ۰ تا ۲۳۴ می‌باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط قزل‌سفلو در سال ۱۳۸۷ به تأیید رسیده است. پایایی این ابزار از طریق روش بازآزمایی به کمک ضریب همبستگی پیرسون به شرح زیر بدست آمده است: پرخاشگری کلامی به خود ۰/۸۹، پرخاشگری غیرکلامی به خود ۰/۹۸، پرخاشگری کلامی به غیر خود ۰/۹۸، پرخاشگری غیرکلامی به غیر خود ۰/۹۹ و پرخاشگری کل ۰/۹۹ (۳۸). ضریب پایایی این آزمون در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ به شرح زیر بدست آمده است: پرخاشگری کلامی به خود (α=۰/۸۱)، پرخاشگری غیرکلامی به خود (α=۰/۸۶)، پرخاشگری کلامی به غیر خود (α=۰/۸۹)، پرخاشگری غیرکلامی به غیر خود (α=۰/۸۷)، پرخاشگری کل (α=۰/۸۶). پس از استخراج نتایج پیش‌آزمون، با توجه به پایه تحصیلی،

جدول ۱- توزیع سنی دانش‌آموزان در دو گروه آزمایش و کنترل

| سن | گروه آزمایش | | گروه کنترل | | کل | |
|----|-------------|-------|------------|-------|-------|-------|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| ۸ | ۳ | ۵/۷۶ | ۳ | ۵/۷۶ | ۶ | ۱۱/۵۳ |
| ۹ | ۳ | ۵/۷۶ | ۳ | ۵/۷۶ | ۶ | ۱۱/۵۳ |
| ۱۰ | ۲ | ۳/۸۴ | ۲ | ۳/۸۴ | ۴ | ۷/۷ |
| ۱۱ | ۶ | ۱۱/۵۳ | ۶ | ۱۱/۵۳ | ۱۲ | ۲۳/۱ |
| ۱۲ | ۳ | ۵/۷۶ | ۳ | ۵/۷۶ | ۶ | ۱۱/۵۳ |
| ۱۳ | ۳ | ۵/۷۶ | ۳ | ۵/۷۶ | ۶ | ۱۱/۵۳ |
| ۱۴ | ۳ | ۵/۷۶ | ۳ | ۵/۷۶ | ۶ | ۱۱/۵۳ |
| ۱۵ | ۳ | ۵/۷۶ | ۳ | ۵/۷۶ | ۶ | ۱۱/۵۳ |
| کل | ۲۶ | ۵۰/۰ | ۲۶ | ۵۰/۰ | ۵۲ | ۱۰۰/۰ |



آزمون آماری تی مستقل نشان داد که میانگین سنی دانش آموزان در دو گروه آزمایش و کنترل اختلاف آماری معناداری ندارد ($P=0/571$). همچنین همانگونه که در جدول ۱ می توان مشاهده کرد، گروه سنی ۱۱ سال با حدود ۲۳/۱ درصد بیشترین تعداد و گروه سنی ۱۰ سال با ۷/۷ درصد کمترین تعداد را داشته است.

جدول ۲- توزیع پایه تحصیلی آزمودنی ها بر حسب گروه

| پایه تحصیلی | آزمایش | | کنترل | |
|-------------|--------|-------|-------|-------|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| اول | ۶ | ۲۳/۰۷ | ۶ | ۲۳/۰۷ |
| دوم | ۵ | ۱۹/۲۳ | ۵ | ۱۹/۲۳ |
| سوم | ۷ | ۲۶/۹۲ | ۷ | ۲۶/۹۲ |
| چهارم | ۴ | ۱۵/۳۸ | ۴ | ۱۵/۳۸ |
| پنجم | ۴ | ۱۵/۳۸ | ۴ | ۱۵/۳۸ |
| کل | ۲۶ | ۱۰۰/۰ | ۲۶ | ۱۰۰/۰ |

جدول ۲ نشان می دهد که توزیع پایه تحصیلی در دو گروه یکسان است. به عبارت دیگر دانش آموزان بر حسب پایه تحصیلی در دو گروه آزمایش و کنترل همتا شده اند ($P=1/00$) و در هر دو گروه بیشترین تعداد در پایه تحصیلی سوم قرار دارند. به منظور بررسی نرمالیتی توزیع نمرات پرسشنامه پرخاشگری کودکان کم توان ذهنی B.D.Gh. از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. نتایج حاصل در جدول ۳ ارائه شده اند.

جدول ۳- بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پرسشنامه پرخاشگری کودکان کم توان ذهنی B.D.Gh.

| مؤلفه ها | پیش آزمون | پس آزمون |
|-------------------------------|--------------|--------------|
| | مقدار احتمال | مقدار احتمال |
| پرخاشگری کلامی به خود | ۰/۲۳۳ | ۰/۲۸۷ |
| پرخاشگری غیر کلامی به خود | ۰/۲۵۵ | ۰/۰۵۲ |
| پرخاشگری کلامی به غیر خود | ۰/۷۷۱ | ۰/۱۹۹ |
| پرخاشگری غیر کلامی به غیر خود | ۰/۸۳۲ | ۰/۹۳۰ |
| پرخاشگری کل | ۰/۹۵۷ | ۰/۸۱۴ |

از مقادیر احتمال ارائه شده در جدول ۳ می توان دریافت که تمامی متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال برخوردار می باشند. از این رو برای تحلیل و مقایسه داده ها در دو گروه (پیش آزمون - پس آزمون) از روش های تحلیل آمار پارامتری (تحلیل کوواریانس) استفاده شد.



جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه پرخاشگری در دو گروه کنترل و آزمایش

| مؤلفه‌های پرخاشگری | گروه | پیش آزمون | | پس آزمون | | منبع اثر | |
|------------------------------|--------|-----------|--------------|----------|--------------|-----------|--------|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | پیش آزمون | نقاشی |
| پرخاشگری کلامی به خود | آزمایش | ۲/۸ | ۲/۰۶ | ۰/۸۱ | ۰/۷۲ | ۰/۵۷۱ | <۰/۰۰۱ |
| | کنترل | ۲/۹ | ۲/۰۱ | ۲/۷ | ۱/۶ | | |
| پرخاشگری غیرکلامی به خود | آزمایش | ۱۰/۳۸ | ۵/۶۲ | ۴/۱۲ | ۴/۰۴ | ۰/۵۵۵ | <۰/۰۰۱ |
| | کنترل | ۱۰/۰۷ | ۹/۹۸ | ۹/۲۹ | ۸/۲۹ | | |
| پرخاشگری کلامی به غیر خود | آزمایش | ۲۲/۱ | ۱۲/۶۸ | ۱۲/۳ | ۱۱/۱۹ | ۰/۸۳۰ | <۰/۰۰۱ |
| | کنترل | ۱۹/۱ | ۱۲/۷۳ | ۱۶/۸ | ۱۲/۲۲ | | |
| پرخاشگری غیرکلامی به غیر خود | آزمایش | ۴۱/۹ | ۲۷/۱۲ | ۲۷/۳ | ۲۰/۲۲ | ۰/۶۲۱ | <۰/۰۰۱ |
| | کنترل | ۴۴/۲ | ۲۶/۱۳ | ۳۹/۳ | ۲۳/۲۲ | | |
| پرخاشگری کل | آزمایش | ۷۰/۱ | ۴۱/۴۰ | ۴۶/۱ | ۳۲/۲۶ | ۰/۵۱۲ | <۰/۰۰۱ |
| | کنترل | ۶۹/۸ | ۳۸/۸۷ | ۶۰/۳ | ۳۶/۲۸ | | |

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تأثیر پیش‌آزمون بر متغیر وابسته معنادار نبوده است ($P > 0/05$). به عبارت دیگر، نتایج حاصل از پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل اختلاف آماری معناداری نداشته‌اند. در عین حال، پس از حذف آماری اثر پیش‌آزمون، تأثیر نقاشی کشیدن (متغیر مستقل) بر پس‌آزمون در پرخاشگری کل، پرخاشگری کلامی به خود، پرخاشگری غیرکلامی به خود، پرخاشگری کلامی به غیر خود و پرخاشگری غیرکلامی به غیر خود معنادار بوده است ($P < 0/001$).

بوده و شرکت در این گونه برنامه‌ها می‌تواند به فرد کمک کند تا از طریق برون‌فکنی، هیجان‌ها، احساسات و افکار خود را ابراز کند و در نتیجه به سازگاری عاطفی و اجتماعی نایل گردد (۲۴). نامبرگ (۱۹۵۰) فواید نقاشی را این گونه بیان می‌کند: اول، نقاشی بیان مستقیم رویاها، تخیلات^۲ و سایر تجارب شخصی را به صورت تصاویر امکان‌پذیر می‌سازد. دوم، نمایش‌های تصویری از محتوای ناخودآگاه، از سانسور، راحت‌تر برون‌ریزی می‌شوند تا با بیان کلامی؛ بنابراین فرآیند درمانی سرعت بیشتری می‌یابد. سوم، آثار ایجادشده، ماندگار و غیرقابل تغییر هستند. محتوای آنها نمی‌تواند با فراموشی پاک شود و مشکل است که اصل آنها انکار شود. چهارم، نقاشی، تصمیم برای انتقال احساسات را آسان‌تر می‌کند (۳۹). کرامر (۱۹۷۹) عقیده داشت فرایند آفرینش هنری به صورت ذاتی توانایی درمان و شفابخشی دارد و بر نقش محوری که مکانیزم دفاعی پالایش^۳ در این تجربه بازی می‌کند، تأکید می‌نمود (۴۰).

استفاده از هنر در طی فرایند سنجش، مصاحبه آغازین یا برنامه‌های درمانی، بسیاری از کودکان، نوجوانان و بزرگسالان را قادر می‌سازد تا خود را در یک چارچوب امن و آسان بیابند و به بیان افکار و احساس خود به صورت غیرمستقیم و در قالب کارهای هنری بپردازند (۴۰). تصاویر ایجادشده نوعی ارتباط بین بیمار و درمانگر هستند؛ «آنها زبان نمادین^۴ هستند» (۳۹). فایده بزرگ هنردرمانی، کیفیت غیرکلامی فرایند هنری و آثار هنری است. فرایند هنری به سطح پیش‌کلامی خودآگاه نفوذ می‌کند که از طریق حواس حمایت می‌شوند و آن را هنگام کار با کودکان به

نتایج این پژوهش نشان داد که نقاشی بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان دختر عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر مقطع ابتدایی مؤثر است. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های نوری (۱۳۸۰)، مددی (۱۳۷۹)، لی (۲۰۰۲) و راسل (۲۰۰۸) مبنی بر اثربخشی نقاشی و هنر درمانی بر کاهش رفتار پرخاشگری همسویی کلی دارد. همچنین در این تحقیق، تأثیر نقاشی بر کاهش انواع پرخاشگری، شامل پرخاشگری کلامی به خود، پرخاشگری غیرکلامی به خود، پرخاشگری غیرکلامی به غیر خود و پرخاشگری غیرکلامی به غیر خود مورد تأیید قرار گرفت. کرامر (۱۹۷۲) بیان می‌کند که هنر درمانی برای کار با کودکان پرخاشگر ایده‌آل است، زیرا پرخاشگری منبعی سرشار از انرژی برای فعالیت خلاق است. فرایند خلاق، از پرخاشگری فروخورده شده درمان‌جو، هم بهره می‌گیرد و هم آن را خنثی می‌کند (۱۰). دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی قادر به بهره‌گیری از نقاشی درمانی

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که نقاشی بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان دختر عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر مقطع ابتدایی مؤثر است. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های نوری (۱۳۸۰)، مددی (۱۳۷۹)، لی (۲۰۰۲) و راسل (۲۰۰۸) مبنی بر اثربخشی نقاشی و هنر درمانی بر کاهش رفتار پرخاشگری همسویی کلی دارد. همچنین در این تحقیق، تأثیر نقاشی بر کاهش انواع پرخاشگری، شامل پرخاشگری کلامی به خود، پرخاشگری غیرکلامی به خود، پرخاشگری غیرکلامی به غیر خود و پرخاشگری غیرکلامی به غیر خود مورد تأیید قرار گرفت. کرامر (۱۹۷۲) بیان می‌کند که هنر درمانی برای کار با کودکان پرخاشگر ایده‌آل است، زیرا پرخاشگری منبعی سرشار از انرژی برای فعالیت خلاق است. فرایند خلاق، از پرخاشگری فروخورده شده درمان‌جو، هم بهره می‌گیرد و هم آن را خنثی می‌کند (۱۰). دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی قادر به بهره‌گیری از نقاشی درمانی



نقاشی بر کاهش سایر مشکلات رفتاری و بهبود مهارت‌های ارتباطی سایر گروه‌های عقب‌ماندگان ذهنی و سایر گروه‌های کودکان استثنایی مانند کودکان مبتلا به اختلال اتیسم، ناشنویان و ... پرداخته شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگر تأثیر این روش در جهت کاهش سایر اختلالات (مانند اختلال نقص توجه) مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که نقاشی به عنوان یکی از شیوه‌های هنردرمانی میزان پرخاشگری را در دانش‌آموزان دختر عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر کاهش می‌دهد. مدارس به ویژه محیط‌های مشاوره‌ای و بالینی وابسته می‌توانند از نقاشی جهت کاهش رفتار پرخاشگری این دانش‌آموزان استفاده نمایند. همچنین با آشنا کردن والدین دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر با شیوه اجرا و کارایی این روش و استفاده از نقاشی در کاهش مشکلات رفتاری فرزندانشان می‌توان گامی مؤثر در جهت سازگاری عاطفی و اجتماعی این دانش‌آموزان برداشت.

تشکر و قدردانی

با تشکر از همکاری مدیریت آموزش و پرورش استثنایی شهرستان‌های استان تهران و مدیر، معلمان و دانش‌آموزان مدارس استثنایی زمردیان و مرجوی و سایر عزیزانی که به نحوی در اجرا و ارائه این پژوهش همکاری نمودند.

طور ویژه‌ای مؤثر می‌سازند. اثر هنری، درمان‌جو و درمانگر را با نمونه‌ای ملموس از مشکلاتی آشنا می‌سازد که شاید درمان‌جو از آن آگاهی نداشته یا علاقه‌ای به توجه کردن به آن نداشته‌است که می‌تواند در درمان به صورت غیرکلامی ظاهر شود (۳۶). از آنجا که یکی از عمده‌ترین مشکلات دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی، رفتارهای پرخاشگرانه آنهاست. اگر آموزش و پرورش، تدابیر و اقدامات مناسبی جهت آموزش و مشکلات رفتاری و روانی آنها مدنظر داشته باشد، می‌تواند باعث سازگاری بیشتر آنها و کاهش اختلالات رفتاری از جمله پرخاشگری، احساس ناکامی و سایر ناهنجاری‌ها گردد. لذا پیشنهاد می‌شود که معلمان، روانشناسان و مشاوران مدارس استثنایی به نحو مطلوب‌تری از فعالیت‌های هنردرمانی استفاده کنند، زیرا با استفاده از این روش، به کودکان کمک می‌کنند که از طریق برداشتن موانع عاطفی و رفتاری و کاهش رفتار پرخاشگری و بهبود مهارت‌های سازشی، بیاموزند و در عملکردشان در مدرسه، خلاقیت، خودآگاهی و ارتباط با دوستان پیشرفت کنند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم تعمیم‌پذیری نتایج به دیگر مقاطع سنی عقب‌ماندگان ذهنی آموزش‌پذیر، به سایر گروه‌های عقب‌مانده ذهنی و به سایر گروه‌های کودکان استثنایی است. همچنین، در این پژوهش امکان کنترل بر مسائل انگیزشی و مشکلات خانوادگی دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی میسر نشد. آنچه پژوهشگر در راستای این پژوهش می‌تواند به عنوان پیشنهاد برای پژوهش‌های آینده مطرح سازد این است که به بررسی تأثیر

منابع:

- 1- Frazier JA, Barrett R, Walters A, Feinstein C. Moderate to profound mental retardation. In: Noshpitz J and Alessi NE (Eds). Handbook of child and adolescent psychiatry. New York: Wiley and Sons; 1997. p: 397-408.
- 2- Melanie KA. The frequency and severity of problem behaviors among individuals with autism, traumatic brain injury and mental retardation from the UTAH development of services for people with disabilities dataset. Thesis for master of science. USA. Department of counseling psychology and special education. Brigham Young University; 2006, pp: 24.
- 3- Dekker M, Koot H, Ende J, Verhulst F. Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2002; 43(8): 1087-1098.
- 4- Dosen A, Day K. Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation. 6th edition. Washington DC. American Psychiatric Press; 2001, pp: 51.
- 5- Seif Naraghi M, Naderi E. [Psychology and education of mentally retarded children (Persian)]. 3th edition. Tehran. Samt Company; 2006, pp: 105.
- 6- Melali M. [The effect of social skills education by using of story in decrease of behavioral disorders in educable mentally retarded 13-19 year female students (Persian)]. Thesis for master of science in psychology and exceptional children education. Iran. Tehran. University of social welfare and rehabilitation sciences; 2007, pp: 3.
- 7- Coie DC, Dodge KA. Aggression and antisocial behavior. 5th edition. In: Damon W, Eisenberg N. (Eds.) Handbook of child psychology: Vol.3. Social, Emotional and Personality Development. New York. Wiley; 1998, pp: 14.
- 8- Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bem DJ, Nolen-Hoeksema S. Hilgard's introduction to psychology. Barahini MN, Birashk B, Beyk M, Zamani R, Shahraray M, Karimi Y, et al. (Persian translators) 15th edition. Iran. Tehran. Roshd Company; 2001, pp: 745.
- 9- Shokohi Yekta P, Parand A. [Behavioral disorders in children and adolescents (Persian)]. First edition. Iran. Tehran. Teymourzadeh Company; 2005, pp: 60.
- 10- Nissimov-Nahum E. Use of drawing task to study art therapists' personal experiences in treating aggressive children. The Arts in Psychotherapy 2009; 36: 140-147.
- 11- Ellise A. Anger how to live with and without it. 2th edition. New York. JAICO publishing CO; 1998, pp: 108-109.
- 12- Baumeister AA, Todd ME, Sevin JA. Efficacy and specificity of pharmacological therapies for behavioral disorders in persons with mental retardation. Clinical Neuropharmacology 1993; 16(4): 271-294.
- 13- Meador DM, Osborn RG. Prevalence of sever behavior disorders in persons with mental retardation and treatment procedures used in community and institutional settings. Behavioral residential treatment 1992; 7: 299-314.
- 14- Sanders MR, Gooley S, Nicholse J. Early intervention in conduct problems in children, Vol 3. In: Kosky R., O'Hanlon A, Martin G and Davis C (Eds). Clinical approaches to early intervention in child and adolescent mental health, Vol. 3. Adelaide: Australian Early Intervention Network for Mental Health in Young People; 2000.
- 15- Adams JL. Preschool aggression within the social context: study of families, teachers and classroom environment. [Ph.D. dissertation]. USA. College of education. Florida State University; 2008, pp: 3. www.SID.ir



- 16- Schmeelk KM. Childhood relational aggression: A female variant of overt aggression? Thesis for master of science. USA. College of arts and science. Florida State University; 2007: pp: 2.
- 17- Crick N, Zahn-Waxler C. The development of psychopathology in females and males: Current progress and future challenges. *Development and Psychopathology* 2003; 15: 719-742.
- 18- Kendall Ph. Childhood disorder. 6th edition. New York. Academic press; 2000, pp: 85-90.
- 19- Malatesta C, Haviland J. Learning display rules: The socialization of emotion expression in infancy. *Child Development* 1982; 53: 991-1003.
- 20- Fivush R. Gender and emotion in mother-child conversations about the past. *Journal of Narrative and Life History* 1991; 1: 325-341.
- 21- Keenan K, Shaw D. Developmental and social influences on young girls' early problem behavior. *Psychological bulletin* 1997; 121: 95-113.
- 22- Lopes Z, Dobois L. Peer victimization and rejection investigation of an integrative model of effect on emotional, behavioral and academic adjustment in early adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescence Psychology* 2005; 14: 126-134.
- 23- Shojaie S, Hemmati Alamdarloo Q. [The effect of morning exercise in reduction of aggression in educable mentally retarded children (Persian)]. *Research on Exceptional Children* 2006; 6(4): 855-870.
- 24- Noori F. [The effect of painting therapy on decreasing of aggression behaviors in mentally retarded boys students (Persian)]. Thesis for master of science in psychology and exceptional children education. Tehran. College of psychology. Tehran University; 2001, pp: 16-71.
- 25- Silver R. Aggression and depression assessed through art: Using Draw Story to identify children and adolescents at risk. New York. Brunner-Routledge (Taylor & Francis group); 2005, pp: 7-17.
- 26- Gardner H. Artful scribbles: The significance of children's drawing. 2th edition. New York. Basic books; 1980, pp: 37.
- 27- Naumberg M. Spontaneous art in education and art psychotherapy. *American Journal of Art Therapy* 2001; 40(1): 46-64.
- 28- Alexandria VA. American Art Therapy Association, Inc. Retrieved September 3. 2007. from <http://www.arttherapy.org/>.
- 29- Anari A. [Study of the effect of drama therapy on decrease of social anxiety symptoms in children (Persian)]. Thesis for master of art in psychology. Tehran. College of psychology. Shahid Beheshti University; 2007, pp: 57.
- 30- Levick MF. They couldn't talk and so they draw. 2th edition. Illinois: Charles C. Thomas; 1983, pp: 23.
- 31- Madadi N. [Study of the effect of painting therapy on decrease of emotional problems in 7-11 children (Persian)]. Thesis for master sciences in art in psychology. Tehran. College of psychology. Islamic Azad University; 2000, Abstract page.
- 32- Li HL. Painting therapy for a child with emotional and behavioral disorders. A single case study. Thesis for master of art in art therapy and counseling; 2002, Abstract page.
- 33- Rastle MA. Individual art therapy counseling with at-risk children in school setting. Thesis for master of art in art therapy and counseling. USA. Ursuline college; 2008, Abstract page.
- 34- Fadaie F, Jamnezhad M, Mazinani R. [The use of painting in reduction of anxiety in schizophrenic patient (Persian)]. *Journal of Rehabilitation* 2002; 3(3): 6-11.
- 35- Silvers JB. Art therapy workbook for children and adolescents with autism. Thesis for master of art in art therapy and counseling. USA. Ursuline college; 2008, pp: 111-131.
- 36- Melkowitz ATK. 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. USA. Ursuline college; 2008, Abstract page and pp: 45.
- 37- Lefebvre AD. Art therapy interventions with an adolescent with bipolar disorder. Thesis for master of art in art therapy and counseling. USA. Ursuline college; 2008, Abstract page.
- 38- Ghezelsefloo K. [The effect of anger control skills by using of story on decreasing of aggression in educable mentally retarded 10-19 year boys (Persian)]. Thesis for master of science in psychology and exceptional children education. Iran. Tehran. University of social welfare and rehabilitation sciences; 2009, pp: 75-78.
- 39- Ulman E. Art therapy: problems of definition. *American Journal of Art Therapy* 2001; 40(2): 16-26.
- 40- Malchiodi CA. Handbook of art therapy. 4th edition. New York. The Guilford press; 2003, pp: 16-24.