

بررسی اثربخشی نقاشی درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان ۳ تا ۵ ساله شهر تبریز

سید داوود حسینی نسب^a، ژیلا احساسی^b

^a استاد گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران

^b دانش آموخته کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران

نویسنده مسئول: نسید داوود حسینی نسب (drhosseeininasab@gmail.com 09141156187)

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی نقاشی درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان ۳ تا ۵ ساله شهرستان تبریز انجام شد. روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با استفاده از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه کودکان دختر و پسر با دامنه سنی ۳ تا ۵ سال مهدهای کودک شهرستان تبریز می باشد که از بین آن ها نمونه ای شامل ۳۰ کودک دختر و پسر ۳ تا ۵ ساله به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل) و در هر گروه ۸ پسر و ۷ دختر قرار گرفتند. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل مقیاس مشکلات رفتاری کودکان آیشنباخ و پکیج نقاشی درمانی بود. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه ای، هفته ای یک جلسه تحت آموزش نقاشی درمانی قرار گرفت ولی گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکرد. در پایان مداخلات هر دو گروه (آزمایش و کنترل) دوباره در یک جلسه جداگانه ارزیابی شدند (پس آزمون). به منظور بررسی فرضیه ها از روش تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد. نتایج حاصل نشان داد که نقاشی درمانی بر پرخاشگری، اضطراب و افسردگی کودکان ۳ تا ۵ ساله تاثیر دارد.

کلمات کلیدی: نقاشی درمانی، مشکلات رفتاری، پرخاشگری، اضطراب، افسردگی

۱. مقدمه

دوران کودکی از مهمترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد پایه ریزی شده و شکل می گیرد. کودکان به عنوان یکی از گروه های سنی آسیب پذیر در معرض انواع مشکلات روانشناختی قرار دارند. مشکلات رفتاری و هیجانی که بیشترین شکل آسیب شناسی روانی کودک را تشکیل می دهد، در جریان رشد و تکامل برخی از کودکان ایجاد می شود (۱). سازمان بهداشت جهانی شیوع مشکلات روانی در بین کودکان ۲ تا ۵ ساله در کشورهای توسعه یافته را ۵ تا ۱۵ درصد گزارش می کند (۲). مشکلات رفتاری معمولاً نخستین بار در سالهای آغازین دوره ابتدایی مشاهده می شود و بین سنین ۶ تا ۸ سالگی به اوج خود می رسد و میزان شیوع آن در میان کودکان سن مدرسه بین ۵ تا ۲۰ درصد برآورد شده است (۳).

برخی از پژوهشگران مشکلات رفتاری را به دو دسته بزرگ مشکلات رفتاری درونی سازی شده و مشکلات رفتاری برونی سازی شده تقسیم کرده اند. مشکلات رفتاری برونی سازی الگوهای رفتاری ناسازگاری هستند که مشکلاتی را برای دیگران ایجاد می کنند (از قبیل رفتار قانون شکنانه و پرخاشگرانه) و مشکلات رفتاری درونی سازی، مشکلاتی هستند که معطوف به درون تلقی می شوند و علائم آنها با رفتارهای بیش از حد کنترل شده رابطه دارند، نظیر (اضطراب، افسردگی، گوشه گیری و شکایات جسمانی) (۴).

یکی از شایع ترین مشکلات رفتاری برون سازی شده، پرخاشگری می باشد. پرخاشگری یکی از رفتارهای ضد اجتماعی است که با هدف آزار رساندن به دیگران چه به طور مستقیم و یا غیرمستقیم انجام می گردد (۵). بورک پرخاشگری را رفتاری که باعث صدمه زدن به دیگران می شود، تعریف کرده است (۶). پیندا (۲۰۰۱) دریافت که مشکلات رفتاری در کودکان ۳-۵ سال بیشتر بصورت پرخاشگری، ترس و رفتارهای تهاجمی بوده و تأثیرات منفی بر رفتار اجتماعی و تحصیلی در دوران نوجوانی به جای می گذارد و در ضمن عدم شناخت والدین و محسوب نمودن این رفتارها به عنوان رفتارهای طبیعی دوران کودکی مشکلات کودکان را تشدید نموده است.

اضطراب نیز به عنوان یکی از مشکلات رفتاری درونی سازی شده در کودکان می باشد. اضطراب دارای عاطفه منفی است و یک احساس نگرانی در خصوص خطری که احتمال بروز دارد را شامل می شود (۷). اضطراب، با شروع زودرس و تأثیری که بر خط سیر تکاملی فرد دارد، احتمال ابتلا به اختلالات دوران بزرگ سالی را افزایش می دهد (۸). راهنمای تشخیصی و آماری، شش نشانه برای اضطراب در کودکان بیان کرده که شامل بی قراری، خستگی مفرط، دشواری در تمرکز تحریک پذیری، تنش عضلانی و اختلال خواب است (۹).

¹ Social and Emotion Problems

² Anxiety

³ Depression

⁴ Aggression

⁵ Pineda

افسردگی نیز در کنار اضطراب در دانش آموزان دارای مشکلات رفتاری به رفتارهای برون ریزی منجر می شود (۱۰). افسردگی در کودکان، موجودیت بالینی مشخصی است که ویژگی های معرف آن همانند ویژگی های مشاهده شده همین اختلال (ملالت و احساس کردن غمی توان کاه) در بزرگسالان است و فقط بیان آنها، با توجه به سن و مرحله رشد کودک متفاوت می باشد (۱۱). علایم افسردگی به صورت مشکلات جدی سلامتی نمایان میشود. این علایم بر کیفیت زندگی، عملکرد تحصیلی و کارکرد اجتماعی کودکان اثر می گذارد و اگر درمان نشوند، به اختلالات روانی بزرگسالی تبدیل می شوند (۱۲ و ۱۳).

در مجموع با توجه به افزایش کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری و با نظر به اینکه مشکلات رفتاری در دوران کودکی تاثیرات منفی بر رفتار اجتماعی و تحصیلی کودک و نوجوان می گذارد، لذا مداخلات جهت درمان این مشکلات بسیار با اهمیت می باشد (۱۴).

یکی از روش های مداخله ای که برای کودکان دارای مشکلات رفتاری بسیار مورد توجه بوده است، هنر درمانی می باشد. از جمله مهمترین شاخه های هنر درمانی، نقاشی درمانی است. نقاشی عبارت است از ترسیم خود انگیزه تصاویر که فرصتهایی برای ارتباط و بیان غیر کلامی فراهم می کند (۱۵). در نقاشی درمانی بیان خود به خودی غیر قضاوتگرانه به فرد اجازه میدهد که آزادانه درباره افکار و احساسات سرکوب شده بدون تهدید واکنش دیگران، صحبت کند (۱۶). منظور از نقاشی درمانی، نقاشی پروری و آموزش نقاشی نیست، بلکه ارائه فرصتهایی به فرد است تا از طریق رنگها و خطوط، احساسات، عواطف و نیازها و حتی دانسته های خود را به نحوی که مایل است، آزادانه بیان کند (۱۷). با این روش میتوان سطح خودآگاهی فرد را نسبت به عواطف و تعارضات خویش افزایش داد و وی را برای مقابله با مشکلات ایجاد شده در فرآیندهای مربوط به سلامت روانی آماده کرد (۱۸).

در این رابطه نتایج مطالعات رضایی و همکاران (۱۳۹۴) نشان داد که نقاشی درمانی بر کاهش اضطراب و پرخاشگری دانش آموزان دبستانی پسر دارای اختلالات برونی سازی شده تاثیر مثبت و معناداری دارد. همچنین نتایج تحقیقات دیگری در زمینه اثربخشی نقاشی درمانی بیانگر این بود که نقاشی درمانی در کاهش اضطراب، افسردگی (۱۹، ۲۰، ۲۱)، پرخاشگری (۲۲ و ۲۳) اثر گذار است. با توجه به مطالب بیان شده، مسئله اصلی این تحقیق این است که آیا نقاشی درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان ۳ تا ۵ ساله شهرستان تبریز تاثیر دارد؟ بنابراین فرضیه های تحقیق به قرار زیرند:

۱- نقاشی درمانی بر پرخاشگری کودکان ۳ تا ۵ ساله تاثیر دارد.

۲- نقاشی درمانی بر اضطراب کودکان ۳ تا ۵ ساله تاثیر دارد.

۳- نقاشی درمانی بر افسردگی کودکان ۳ تا ۵ ساله تاثیر دارد.

۲. روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با استفاده از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است.

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه کودکان دختر و پسر با دامنه سنی ۳ تا ۵ سال مهدهای کودک شهر تبریز (۱۲۰۰ نفر) می باشد که با مراجعه به ۵ مهد کودک شهر تبریز تعداد ۳۰ کودک به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل) در هر گروه ۸ پسر و ۷ دختر قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه ای، هفته ای یک جلسه تحت آموزش نقاشی درمانی قرار گرفت ولی گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکرد. سپس از هر دو گروه، پس آزمون به عمل آمد. برای گردآوری اطلاعات از ابزارهای اندازه گیری زیر استفاده شد:

مقیاس مشکلات رفتاری کودکان آیشنباخ^۸ (۱۹۶۶ و ۱۹۹۱): این مقیاس دارای ۱۱۳ سوال توسط آیشنباخ (۱۹۶۶ و ۱۹۹۱) برای مقطع سنی ۷-۱/۵ سال ساخته شده و توسط محمد اسماعیل (۲۰۰۹) هنجاریابی گردیده است. مقیاس سندرم ها شامل عاطفی-واکنشی، شکایات جسمانی، افسردگی/ اضطراب، گوشه گیری، مشکلات خواب، مشکلات توجه، رفتار پرخاشگرانه و همچنین مقیاس سایر مشکلات رفتاری است که مجموعه ی ناهمگونی از ناراحتی های مختلف مثل رفتار به شیوه ی جنس مخالف، نافرمانی، غذا نخوردن، ناخن جویدن، کابوس، پر خوری، اضافه وزن، کم خوری و غیره را تشکیل می دهند. در این پژوهش از سوالات مربوط به اضطراب، پرخاشگری و افسردگی استفاده شد. اضطراب شامل مواد (۱۲، ۱۴، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۴۵، ۵۰، ۵۲، ۷۱، ۹۱ و ۱۱۲)، رفتار پرخاشگری شامل مواد (۳، ۱۶، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۷، ۲۷، ۳۷، ۵۷، ۶۸، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۴، ۹۵، ۹۷ و ۱۰۴)، افسردگی شامل مواد (۵، ۴۲، ۶۵، ۶۹، ۷۵، ۱۰۲، ۱۰۳، ۱۱۱) می باشد. پاسخ به سوالات این پرسشنامه به صورت لیبرت ۳ گزینه ای از ۰ تا ۲ می باشد. بدین ترتیب که نمره صفر به مواردی تعلق می گیرد که هرگز در رفتار کودک وجود ندارد؛ نمره ۱ به حالات و رفتارهایی داده می شود که گاهی اوقات در کودک مشاهده می شود و نمره ۲ نیز به مواردی داده می شود که

⁶ Art Therapy

⁷ Painting Therapy

⁸ Achenbach

بیشتر مواقع یا همیشه در رفتار کودک وجود دارد. در بازآزمایی که توسط آیشنباخ و همکاران با فاصله ی دو هفته روی یک گروه نمونه ی ۸۹ نفری انجام گرفت ضرایب بازآزمایی به صورت همبستگی برای مشکلات رفتاری ۰/۸۷ گزارش شده است (آیشنباخ، دومنسی و رسکورلا، ۲۰۰۳).

۳. تحلیل داده ها

تمامی افراد شرکت کننده در نمونه آماری، کودکان دختر و پسر با دامنه سنی ۳ تا ۵ سال پنج مهد کودک شهرستان تبریز به تعداد ۳۰ نفر می باشد. در ادامه توصیف آماری نمرات سیاهه مشکلات رفتاری آیشنباخ (پرخاشگری، اضطراب، افسردگی) به تفکیک گروه آورده شده است.

جدول ۱: توصیف نمرات پیش آزمون- پس آزمون مشکلات رفتاری به تفکیک گروه

موقعیت اندازه گیری	متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	اضطراب	۱۱.۶۰	۴.۷۳۳	۹.۸۷	۴.۳۸۹
	افسردگی	۸.۶۰	۱.۸۴۴	۶.۸۷	۲.۷۷۴
	پرخاشگری	۶.۶۷	۲.۸۷۰	۶.۹۳	۱.۹۴۴
پس آزمون	اضطراب	۵.۳۳	۲.۵۸۲	۱۰.۰۷	۳.۳۶۹
	افسردگی	۳.۹۳	۱.۳۳۵	۶.۴۷	۲.۴۴۶
	پرخاشگری	۲.۶۷	۱.۶۳۳	۶.۲۷	۱.۹۴۴

همانطور که در جدول (۱) ملاحظه می شود، گروه مداخله توانسته میزان مشکلات رفتاری را تغییر دهند؛ اگرچه میزان معنی داری آن بعد از انجام آزمون آماری مشخص خواهد شد.

۱.۳ یافته های استنباطی

در ادامه به تحلیل فرضیه های پژوهش پرداخته شده است. برای تحلیل فرضیه های تحقیق از تحلیل کواریانس استفاده شده است.

فرضیه اول: نقاشی درمانی بر پرخاشگری کودکان ۳ تا ۵ ساله تاثیر دارد.

برای تحلیل فرضیه اول از تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده می شود. قبل از بررسی فرضیه تحقیق ابتدا مفروضه های تحلیل کواریانس شامل نرمال بودن توزیع متغیر، یکسان بودن شیب خط رگرسیون و همسانی واریانسها بررسی گردید که نتایج نشان داد توزیع پراکندگی نمرات متغیرها نرمال می باشد و مفروضه همگنی شیب رگرسیون نیز برقرار می باشد. بنابراین بین متغیر وابسته (پس آزمون) و متغیر کووریت (پیش آزمون) در درون گروه ها رابطه خطی وجود دارد. همچنین، برای بررسی مفروضه همسانی واریانسها در گروههای مورد مطالعه که یکی دیگر از مفروضه های تحلیل کواریانس می باشد از آزمون لون استفاده شد، که مفروضه همسانی واریانسها در گروههای مورد مطالعه برای انجام تحلیل کواریانس برقرار است.

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات پرخاشگری پس از تعدیل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور اینا
پیش آزمون	۵۲.۰۶۶	۱	۵۲.۰۶۶	۳۶.۸۰۰	۰.۰۰۱	
گروه	۲۵.۲۹۸	۱	۲۵.۲۹۸	۱۷.۸۸۰	۰.۰۰۱	۰.۳۹۸
خطا	۳۸.۲۰۱	۲۷	۱.۴۱۵			

در جدول (۲) نتایج تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات پرخاشگری آورده شده است. با توجه به نتایج بدست آمده از جدول (۲) نشان داده می شود زمانی که اثر پیش آزمون از روی نتایج پس آزمون مربوط به گروهها حذف شود، تفاوت بین گروه ها معنادار می باشد. بنابراین فرض صفر پژوهش رد می شود. پس می توان گفت، نقاشی درمانی بر پرخاشگری کودکان ۳ تا ۵ ساله تاثیر دارد با در نظر گرفتن مجذور اتا، می توان گفت ۴۰ درصد این تغییرات در نمرات پرخاشگری ناشی از نقاشی درمانی است.

فرضیه دوم: نقاشی درمانی بر اضطراب کودکان ۳ تا ۵ ساله تاثیر دارد.

⁹ Dumenci

برای تحلیل فرضیه دوم از تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده می شود. قبل از بررسی فرضیه تحقیق ابتدا مفروضه های تحلیل کواریانس شامل نرمال بودن توزیع متغیرها، یکسان بودن شیب خط رگرسیون و همسانی واریانسها بررسی گردید که نتایج نشان داد توزیع پراکندگی نمرات متغیرها نرمال می باشد و مفروضه همگنی شیب رگرسیون برقرار می باشد و نتایج آزمون لون نشان داد شرایط برای انجام تحلیل کواریانس برقرار است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات اضطراب پس از تعدیل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور ایتا
پیش آزمون	۱۸۹.۱۰۷	۱	۱۸۹.۱۰۷	۸۰.۸۴۱	۰.۰۰۱	
گروه	۲۳۶.۲۸۲	۱	۲۳۶.۲۸۲	۱۰۱.۰۰۸	۰.۰۰۱	۰.۷۸۹
خطا	۶۳.۱۵۹	۲۷	۲.۳۳۹			

در جدول (۳) نتایج تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات اضطراب آورده شده است. با توجه به نتایج بدست آمده از جدول (۳) نشان داده می شود زمانی که اثر پیش آزمون از روی نتایج پس آزمون مربوط به گروهها حذف شود، تفاوت بین گروه ها معنادار می باشد. بنابراین فرض صفر پژوهش رد می شود. پس می توان گفت، نقاشی درمانی بر اضطراب کودکان ۳ تا ۵ ساله تاثیر دارد. با در نظر گرفتن مجذور ایتا، می توان گفت ۷۸ درصد این تغییرات در نمرات اضطراب ناشی از نقاشی درمانی (مداخله) است.

فرضیه سوم: نقاشی درمانی بر افسردگی کودکان ۳ تا ۵ ساله تاثیر دارد.

برای تحلیل فرضیه سوم از تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده می شود. قبل از بررسی فرضیه تحقیق ابتدا مفروضه های تحلیل کواریانس شامل نرمال بودن توزیع متغیر، یکسان بودن شیب خط رگرسیون و همسانی واریانسها بررسی گردید که نتایج نشان داد توزیع پراکندگی نمرات متغیرها نرمال می باشد و مفروضه همگنی شیب رگرسیون برقرار می باشد و نتایج آزمون لون نشان داد شرایط برای انجام تحلیل کواریانس برقرار است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات افسردگی پس از تعدیل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور ایتا
پیش آزمون	۱۵.۷۹۵	۱	۱۵.۷۹۵	۴.۵۹۲	۰.۰۴۱	
گروه	۶۲.۳۷۹	۱	۶۲.۳۷۹	۱۸.۱۳۵	۰.۰۰۱	۰.۴۰۲
خطا	۹۲.۸۷۱	۲۷	۳.۴۴۰			

در جدول (۴) نتایج تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات افسردگی آورده شده است. با توجه به نتایج بدست آمده از جدول نشان داده می شود زمانی که اثر پیش آزمون از روی نتایج پس آزمون مربوط به گروهها حذف شود، تفاوت بین گروه ها معنادار می باشد. بنابراین فرض صفر پژوهش رد می شود. پس می توان گفت، نقاشی درمانی بر افسردگی کودکان ۳ تا ۵ ساله تاثیر دارد. با در نظر گرفتن مجذور ایتا، می توان گفت ۴۰ درصد این تغییرات در نمرات افسردگی ناشی از نقاشی درمانی (مداخله) است.

۴. بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی نقاشی درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان ۳ تا ۵ ساله شهرستان تبریز انجام شد. نتیجه حاصل از تحلیل فرضیه اول نشان داد، روش نقاشی درمانی بر پرخاشگری کودکان ۳ تا ۵ ساله تاثیر دارد. نتیجه بدست آمده با یافته های راسل (۲۰۰۸)، لی (۲۰۰۲)، زادی کاشانی (۱۳۸۸)، به پژوه و نوری (۱۳۸۸)، کرمی و همکاران (۱۳۹۱)، قاسم زاده و همکاران (۱۳۹۸)، دادگر و حمیدی (۱۳۹۸)، خدادادی و رشیدی (۱۳۹۷)، محمدی و رادین (۱۳۹۶)، تقدیری و نعمت زاده گنابادی (۱۳۹۶)، رضایی و همکاران (۱۳۹۴) همسو می باشد.

روش های گوناگونی برای کاهش رفتارهای پرخاشگرانه کودکان وجود دارد که از آن جمله هنردرمانی است که به اشکال گوناگونی مانند نقاشی درمانی، موسیقی درمانی، تئاتر درمانی، بازی درمانی و نظایر آن صورت می گیرد که فرض اساسی آن این است که بیان عاطفه در هنر اثر شفافبخش دارد. نقاشی وسیله ی بیانی گیرا و ممتازی است که میتواند تأثیر قابل ملاحظه ای در تکامل هوشی و افزایش قابلیتها و رشد نیروی خلاق داشته باشد. کودک میتواند به کمک آن نوعی ارتباط روحی با دیگران برقرار کند؛ بنابراین میتوان از این طریق به روحیات و تمایلات و شخصیت او پی برد و به آن ها کمک کرد که تعارضات و مشکلات را حل کنند (۲۳).

نقاشی برای کار با کودکان با پرخاشگری بالا مفید است، زیرا پرخاشگری منبعی مملو از انرژی برای فعالیت خلاق است. فرآیند خلاق، از پرخاشگری فروخورده شده درمانجو، هم بهره میگیرد و هم آن را خنثی میکند (۳۳). فواید نقاشی درمانی را می توان این گونه بیان کرد. اول، نقاشی به عنوان بیان مستقیم رؤیاهای، تخیلات و سایر تجارب شخصی را به صورت تصاویر امکانپذیر می سازد. دوم، نمایش های تصویری از محتوای ناخودآگاه، از سانسور، راحت تر برون ریزی می شوند تا با بیان کلامی؛ بنابراین فرآیند درمانی سرعت بیش تری می یابد. سوم، آثار ایجاد شده؛ که ماندگار و غیرقابل تغییر هستند. محتوای آن ها نمیتواند با فراموشی

¹ Rastle 0

¹ Li 1

پاک شود و مشکل است که اصل آن ها انکار شود. چهارم این که نقاشی، تصمیم برای انتقال احساسات را آسانتر می کند (۲۶). از سوی دیگر، فرآیند آفرینش هنری به صورت ذاتی توانایی درمان و شفابخشی دارد و بر نقش محوری که مکانیسم دفاعی پلایش در این تجربه بازی می کند، تأکید می نماید (۳۴).

در تبیین یافته پژوهش می توان به فواید هنردرمانی اشاره کرد؛ زیرا فایده بزرگ هنر درمانی و نقاشی، کیفیت غیر کلامی فرآیند هنری و آثار هنری است. فرآیند هنری به سطح پیش کلامی خودآگاه نفوذ می کند که از طریق حواس حمایت می شوند و آن را هنگام کار با کودکان به طور ویژه ای مؤثر می سازد. اثر هنری، درمانجو و درمانگر را با نمونه ای ملموس از مشکلات آشنا می سازد که شاید درمانجو از آن آگاهی نداشته یا علاقه ای به توجه کردن به آن نداشته است و می تواند در درمان، به صورت غیر کلامی ظاهر شود.

در تبیین دیگر یافته بدست آمده می توان گفت، نقاشی و تجسم، انعکاس افکار و نارضایتی های درونی کودک نسبت به محیط پیرامون است که کودک با استفاده از آن می تواند این احساسات را منتقل کرده و برون ریزی بی خطر نماید. از سوی دیگر، هنر درمانی می تواند ادراک هیجانی و مدیریت خشم را از طریق یادگیری پاسخ های صحیح مقابله ای، تکنیک ها و مهارت های حل مسئله، افزایش احساس تعلق و ارائه راه های غیر تهاجمی برای برقراری ارتباط های احساسی پیچیده بهبود بخشد.

نتیجه حاصل از تحلیل فرضیه دوم نشان داد، روش نقاشی درمانی اضطراب کودکان ۳ تا ۵ ساله تأثیر دارد. یافته های پژوهش با نتایج پژوهش های، پیفالو و کارلستون (۲۰۰۶)، غلام زاده خادر و همکاران (۱۳۹۳)، هجری و همکاران (۱۳۹۹)، کریمیایی و فردوسی پور (۱۳۹۸)، محمدی و رادین (۱۳۹۶) همسو می باشد.

کودکان مضطرب اغلب کودکانی ساکت، عصبی، شاک، ناراضی و کم طاقت هستند و اغلب درباره همه چیز مشکل دارند. تداوم اضطراب در این کودکان منجر به بروز مشکلاتی از قبیل نداشتن رابطه دوستی با دیگران، شکستها و ضربه های اجتماعی و کمبود شدید اعتماد به نفس در آینده خواهد شد (۳۸). نقاشی کردن زمینه کسب موفقیت و تجارب لذت بخش، کند و کاو، تصور و برقراری ارتباط برای کودکان را فراهم می آورد. مطالعات نشان می دهد که نقاشی گروهی می تواند موجب افزایش همکاری و تعامل اجتماعی بهتر در کودکان شود (۳۹). هدف نقاشی درمانی فراهم آوردن فرصتی برای افراد است تا از طریق رنگ ها و خطوط احساسات، عواطف، نیازها و حتی دانسته های خود را آزادانه بیان کنند. از سوی دیگر، فرآیند آفرینش هنری به صورت ذاتی توانایی درمان دارد (۴۰). روانشناسان از سالیان گذشته بر این باور بوده اند که نقاشی کودک فرآورده ای ورای جنبه های شناختی و ادراکی - حرکتی است و احساس و عواطف نیز در آفرینش آن دخالت دارد (۴۱).

در تبیین یافته بدست آمده می توان گفت، نقاشی ابزاری برای برون فکنی هیجانات، ارائه افکار و نشان دادن احساسات، تمایلات و تعارضات درونی است. کودکان از طریق نقاشی تصور خود از محیط پیرامون را انعکاس می دهند که بخشی از این تصورات می تواند بیانگر اضطرابها و نگرانی های آنان باشد. بروز اضطراب و نگرانی ها در قالب نقاشی و تصاویر ترسیمی باعث کاهش بروز آنها می شود و در بیان احساسات به عنوان ابزار غیر کلامی کمک می کند و بدینوسیله موجب کاهش اضطراب در آنان می گردد.

نتیجه حاصل از تحلیل فرضیه سوم نشان داد، روش نقاشی درمانی افسردگی کودکان ۳ تا ۵ ساله تأثیر دارد. نتیجه بدست آمده با یافته های هجری و همکاران (۱۳۹۹)، منصوریه (۱۳۹۷)، محمدی و رادین (۱۳۹۶)، غلام زاده خادر و همکاران (۱۳۹۳) همسو می باشد.

برای تبیین یافته های پژوهش می توان به فواید هنر در رشد کودک اشاره کرد. نخست، هنر باعث رشد مهارت های کودک برای ابراز عقاید و احساسات به دیگران می شود. دوم، هنر می تواند فرصتی را برای کودک فراهم کند تا به وسیله آنچه پدید می آورد به بیان خویشتن بپردازد. سوم، از آن جایی که هیچ درست و نادرستی در آنچه پدید آمده وجود ندارد، هنر می تواند برای فرد منشأ کسب موفقیت شود. چهارم، اینکه هنر باعث رشد خلاقیت افراد می شود (۴۳). بنابراین هنر درمانی به کودکان کمک می کند با دنیای اطراف بهتر سازگار شوند و بهتر بتوانند در الگوهای رفتاری خود تغییر ایجاد کنند.

در تبیین این یافته می توان گفت هنر درمانی یکی از شیوه های درمان غیر دارویی می باشد که در این روش از تأثیرات روانی برخی هنرها از جمله نقاشی بر ذهن و روان بیمار استفاده می شود. هدف کلی هنر درمانگران این است که مراجع را قادر سازند با استفاده از ابزار هنر در محیطی سالم و امن در خود رشد و تحول ایجاد کنند. بنابراین در هنر درمانی به مراجع فرصت داده می شود تا افکار و احساسات خود را بیان کند و با دیگران ارتباط برقرار نماید. هنر، درها و پنجره ها را به روی روان آدمی می گشاید. بیماران به ناگهان خودشان را به گونه ای متفاوت می شناسند و درک می کنند. موضوع هنری در اختیار مراجع قرار می گیرد و او فرایندی را ایجاد می کند که حاصلش اطلاعات رفتاری فوری است که می تواند به طور استعاره ای نیز توسط درمانگر و یا مراجع به عنوان تعمیمی از پاسخ عادی مراجع به موقعیتهای زندگی اش مورد توجه قرار بگیرد. در فرایند ایجاد هنر، تمامی مغز با دسترسی به نیمکره های راست و چپ درگیر می شود. این مسئله موجب یکپارچگی احساسات، شناخت و حواس می شود در نتیجه درک تازه ای به وجود می آید.

¹ Pifalo & Charleston

هنر درمانی، یک روش مراقبتی است که فرایند روان درمانی را گسترش می دهد به طوری که این فرایند شامل واکنش های کلامی، دیداری و احساسی مراجع می شود. هنر همه آن چیزهایی را که دیدن یا به زبان آوردن آن ها دشوار و رنج آور است قابل دیدن می کند. هنر به مراجع کمک می کند واضح تر ببیند و حسی از زندگی را در وجود خود احساس کند. وقتی از مراجع خواسته می شود تا تصمیمی را که به هنگام انجام کار هنری گرفته به سادگی توضیح دهد رفتار، افکار و احساسات او به همان اندازه که در موقعیتهای دیگر روشن است شفاف می شود. مراجع همان طور که احساس می کند، کشف می کند، فکر می کند و ایجاد می نماید، بینش های جدیدی نیز در مورد خودش، روابط و الگوی زندگی اش به دست می آورد.

پژوهش حاضر با محدودیتهایی روبرو بود. از جمله اینکه، نمونه مورد پژوهش تنها کودکان ۳-۵ ساله را در برمی گیرد، بنابراین تعمیم یافته های پژوهش به سایر سنین و موقعیتهای باید با احتیاط صورت پذیرد. به دلیل محدودیت زمانی نبود مرحله پیگیری نیز محدودیت دیگر این پژوهش بود. جهت از بین بردن محدودیتهای پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی پژوهشگران به مقایسه اثربخشی این مداخله با سایر مداخله های روان شناختی از جمله رفتار درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان بخصوص اضطراب آنان بپردازند. همچنین پیشنهاد می شود نقاشی درمانی بر روی کودکان سایر سنین نیز انجام شود و نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر مقایسه گردد. پیشنهاد می شود تاثیر نقاشی درمانی بر سایر مشکلات رفتاری کودکان مورد بررسی قرار گیرد.

با توجه به نتایج پیشنهاد می گردد در مهدهای کودک و مراکز درمانی کودکان به منظور اصلاح مشکلات رفتاری کودکان از روش نقاشی درمانی استفاده گردد. پیشنهاد می شود آموزش و پرورش طرحی برای آشنایی مربیان، معلمان، دانش آموزان و خانواده ها با اختلال اضطراب و روش های درمان آن بگمارند و مربیان از نقاشی به عنوان روشی مناسب جهت کاهش اضطراب، افسردگی و پرخاشگری کودکان استفاده نمایند.

۵. منابع

- (۱) مسکینی جانکبری، فاطمه؛ چهرزاد، مینومیترا و محمودی، هایده. (۱۳۹۰). مقایسه مشکلات رفتاری کودکان سن مدرسه مبتلا به تالاسمی مراجعه کننده به مرکز کودکان شهر رشت با همسالان خود. *دوفصلنامه دانشکده های پرستاری و مامایی استان گیلان*، سال ۱۶، صص ۱۹.
- (2) World Health Organization. (2015). *the ICD 10 Classification of Mental and Behavioral Disorder*. Geneva: Switzerland Fiats.
- (۳) حسین خانزاده، عباسعلی. (۱۳۸۹). *آموزش مهارت های اجتماعی به کودکان و نوجوانان*. تهران: رشد.
- (۴) یارمحمدیان، احمد؛ قادری، زهرا و چاووشی فر، نسیم. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مهارتهای شیوه فرزندپروری بر مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی ۶-۴ ساله. *روش ها و مدل های روانشناختی*، سال دوم، شماره ششم، صص ۳۲-۱۷.
- (5) Suter M, Pihet S, de Ridder J, Zimmermann G, Stephan P. (2014). Implicit attitudes and self-concepts towards transgression and aggression: Differences between male community and offender adolescents, and associations with psychopathic traits. *J Adolescence*. 37(5): 669-680.
- (6) Burk LR, Armstrong JM, Park JH, Zahn-Waxler C, Klein MH, Essex MJ. (2012). Stability of early identified aggressive victim status in elementary school and associations with later mental health problems and functional impairments. *J Abnorm Child Psychol* y. 39(2): 225-238.
- (7) Mogg, K., Salum, G. A., Bradley, B. P., Gadelha, A., Pan, P., Alvarenga, P., & Manfro, G. G. (2015). Attention network functioning in children with anxiety disorders, attention-deficit/hyperactivity disorder and non-clinical anxiety. *Psychological medicine*, 45(12): 2633-2646.
- (8) Gould, K. L., Porter, M., Lyneham, H. J., & Hudson, J. L. (2018). Cognitive Behavioral Therapy for Children with Anxiety and Comorbid Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 57(7): 481-490.
- (۹) برجعلی، زهرا و محمدی، محمدرضا. (۱۳۹۱). رابطه میان مصرف متیل فنیدات و اضطراب کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه-بیش فعالی. *دوفصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد*، ۱۹(۶)، ۳۷-۴۴.
- (10) Stormont M, Lewis TJ, Smith SC. (2013). Behavior Support Strategies in Early Childhood Settings Teachers' Importance and Feasibility Ratings. *Journal of Positive Behavior Interventions*; 7(3), 131-139.
- (11) Thomas RK, Morris RJ. (2012). *The Practice of Child therapy*. Translated by: Naeinian MR. 1st ed. Tehran: Roshd Publications; pp: 231-237. [Persian].

- (12) Charls L, Tombson-Linda B, Rodlf. (2010). Counseling with children. Translated by: Tahorian J. 2nd ed. Tehran: Roshd; pp: 188-9. [Persian].
- (13) Masen PH, Kigan G, Hoston AK, Vee kanger G. (2012). *Child Development and personality*. Translated by: Yasaei M. 17th ed. Tehran: Markaz; pp: 173. [Persian].
- (14) Rodgers B. (1991). Behavior and personality in childhood as predictors of adult psychiatric Disorder . *J Psychol Psychiatr*;31(3):393-414 .
- (15) Levick MF. (2014). They could not talk and so they draw. 2rd ed. Illinois : Charles C Thomas. vol; 25. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 14(8): 415–23.
- (16) Newcomer, K. L. (2016). Validity and reliability of the timed-stands test for patients with rheumatoid arthritis and other chronic diseases. *The Journal of rheumatology*, 20(1): 21-27.
- (17) Bell CE. & Robbins SJ. (2007). Effect of art production on negative mood: A randomized, control ed trial. *Art Therapy*. 24(2): 71-75.
- (18) Feldman M. B., Betts D. J., & Blausey D. (2014). Process and outcome evaluation of an art therapy program for people living with HIV/AIDS. *Art Therapy*. 31(3), 102-9.
- (۱۹) ویس کرمی، حسن علی؛ روشن نیا، سمیه و منصور، لیلا. (۱۳۹۶). تاثیر نقاشی درمانی بر کاهش میزان اضطراب و افسردگی دانش آموزان دختر دارای پیشرفت تحصیلی پایین. همایش بین المللی روانشناسی و مطالعات اجتماعی، تهران.
- (۲۰) محمدی، اکبر و رادین، عاطفه. (۱۳۹۶). اثربخشی هنر درمانی بر پایه نقاشی بر کاهش افسردگی، اضطراب و پرخاشگری در کودکان پیش دبستانی. فصلنامه روانشناسی تحلیلی شناختی، ۸(۲۸)، ۴۳-۵۱.
- (۲۱) غلامزاده خادر، مجتبی؛ جلیل باباپور، جلیل و صبوری مقدم، حسن. (۱۳۹۳). اثربخشی نقاشی درمانی در کاهش نشانه های اختلال افسردگی کودکان دبستانی. پژوهش های روانشناسی بالینی و مشاوره. ۴(۲)، ۱۹-۳۲.
- (۲۲) امینی، معصومه و پشم دارفرد، مرضیه. (۱۳۹۶). بررسی تاثیر نقاشی درمانی در کاهش پرخاشگری کودک با تشخیص مبلو مننگوسل: گزارش موردی. فصلنامه علمی - پژوهشی طب توانبخشی، صص ۲۸۳-۲۷۸.
- (۲۳) کرمی، جهانگیر؛ علیخانی، مصطفی، زکی بی، علی و خدادادی، کامران. (۱۳۹۱). اثربخشی نقاشی درمانی در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه دانش آموزان دختر دچار نارساخوانی. مجله ناتوانی های یادگیری، ۱(۳)، ۱۰۵-۱۱۷.
- (24) Rastle, M.A. (2008). *Individual art therapy counseling with at-risk children in school setting*. Thesis for master of art in art Therapy and counseling. USA. Ursul in college. Abstract page.
- (25) 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; .Abstract page.
- (۲۶) نژادی کاشانی، غزاله. (۱۳۸۸). تأثیر نقاشی بر کاهش پرخاشگری پرخاشگری دانش آموزان دختر عقب مانده ذهنی آموزش پذیر مقطع ابتدایی. ویژه نامه توانبخشی اعصاب کودکان. ۱۱(۴)، ۷۰-۷۸.
- (۲۷) به پژه، احمد و نوری، فریده. (۱۳۸۸). تأثیر نقاشی درمانی در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه دانش آموزان عقب مانده ذهنی تهران. مجله روان شناسی و علوم تربیتی، ۳۲(۲)، ۱۵۵-۱۷۰.
- (۲۸) قاسم زاده، سوگند؛ امینی، سحر و نوروزی، رضیه. (۱۳۹۸). تاثیر آموزش نقاشی انگیزشی بر رفتار پرخاشگرانه دانش آموزان پسر کم توان ذهنی. فصلنامه کودکان استثنایی، سال بیستم، شماره ۱، ۴۵-۵۶.
- (۲۹) دادگر، نسرین و حمیدی، حمید. (۱۳۹۸). بررسی تاثیر نقاشی درمانی بر کاهش پرخاشگری کودکان طلاق (مطالعه موردی)، چهارمین کنفرانس بین المللی نوآوری و تحقیق در علوم مهندسی.

- (۳۰) خدادادی، نفیسه و رشیدی، سمیه. (۱۳۹۷). اثربخشی هنردرمانی با رویکرد نقاشی بر پرخاشگری کودکان گرفتار به اختلال طیف اتیسم. ششمین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی، آسیب های اجتماعی و فرهنگس ایران، تهران.
- (۳۱) تقدیری، عزت و نعمت زاده گتایی، شهرام. (۱۳۹۶). اثربخشی نقاشی درمانی در کاهش پرخاشگری و میزان سازگاری دانش آموزان دارای والدین مبتلا به اعتیاد. چهارمین کنفرانس بین المللی نوآوری های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی، تهران.
- (۳۲) رضایی، سعید؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا و تقوایی، داوود. (۱۳۹۴). اثربخشی نقاشی درمانی بر کاهش اضطراب و پرخاشگری دانش آموزان دبستانی پسر دارای اختلالات برونی سازی شده. نشریه پرستاری کودکان، دوره ۲، شماره ۲، صص ۱۹-۱۰.
- (33) Nissimov-Nahum, E. (2009). Use of a drawing task to study art therapists' personal experiences in treating aggressive children. *The Arts in Psychotherapy*, 36(3), 140-147.
- (34) Malchiodi, C. A. (Ed.). (2003). *Handbook of art therapy*. New York: Guilford Press.
- (35) Pifalo, T., & Charleston, S.C. (2006). Art therapy with sexually abused children and adolescents. *Ext Res Stu*;23:181-5.
- (۳۶) هجری، سیده شهرزاد؛ پاکدامن، شهلا، قنبری، سعید و میرزایی، صدیقه سادات. (۱۳۹۹). اثربخشی نقاشی درمانی بر مشکلات هیجانی-رفتاری کودکان دارای سرطان. *مجله ایرانی روانشناسی سلامت*، سال سوم، شماره ۱، ۱۸-۹.
- (۳۷) کریمایی، میترا و فردوسی پور، عاطفه. (۱۳۹۸). اثربخشی نقاشی درمانی بر کاهش نشانه های اختلال اضطراب جدایی کودکان پیش دبستانی. *رویش روانشناسی*، سال ۸، شماره ۸(۴۱)، صص ۶۴-۵۶.
- (۳۸) لطیفی، زهرا و امیری، شهرام. (۱۳۹۰). *درمان اختلالات اضطرابی*. اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی اصفهان.
- (۳۹) جنگی قوجه بیگلر، شهلا؛ شیرآبادی، علی اکبر، جانی، ستاره و پوراسمعی، اصغر. (۱۳۹۴). اثربخشی هنردرمانی بر پایه نقاشی درمانی در کاهش اضطراب کودکان دچار لکنت زبان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*. دوره بیست و سوم، شماره دوم، ۵۳-۶۰.
- (40) Beilby, J. (2014). *Psychosocial impact of living a stuttering disorder knowing is not enough*. *Semin Speech Lang*; 35:132-43.
- (41) Burkitt, E., Barrett, M., & Davis, A. (2003). Childrens colour choieces for completing drawings of affectively charaterised topics. *J Child Psychol Psychiatr*; 44:445-55.
- (۴۲) منصوریه، نسترن. (۱۳۹۷). تاثیر نقاشی درمانی در کاهش علائم افسردگی کودکان دارای والدین سوء مصرف مواد. *مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری*، دوره سوم، شماره هجدهم، ۲۵-۱۸.
- (43) Simon, R. M. (1996). *Symbolic images in art therapy*. London: Routhledge.

Evaluation of the effectiveness of painting therapy on behavioral problems of 3- to 5-year-old children in Tabriz

Davoud Hosseini Nasab^{1*}, Zhila Ehsasi²

1- *(Corresponding Author) Professor in Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Tabriz, Iran. dhosseinasab@gmail.com

2- Masters Graduate of General Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran

Abstract

The purpose of this study aimed to determine the effectiveness of painting therapy on behavioral problems of 3- to 5-year-old children in Tabriz city. The method of the present study was semi-experimental using a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of the present study includes all girls and boys in the age range of 3 to 5 years in kindergartens in Tabriz, among which a sample includes 30 girls and boys aged 3 to 5 years, selected by random sampling method and randomly divided into two groups (15 experimental and 15 control) and in each group 8 boys and 7 girls. Data collection tools included the Eisenbach Children Behavioral Problems Scale and the Painting Therapy Package. The experimental group was trained in painting therapy for 10 sessions of 45 minutes, one session per week, but the control group did not receive any intervention. At the end of the intervention, both groups (experimental and control) were re-evaluated in a separate session (post-test). Univariate analysis of covariance was used to test the hypotheses. The results showed that painting therapy has an effect on aggression, anxiety and depression in children aged 3 to 5 years.

Key words: Painting therapy, Behavioral problems, Aggression, Anxiety, Depression