



فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی

اثربخشی نقاشی درمانی بر اضطراب کودکان دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی

دانشجوی دکتری گروه مشاوره، واحد بین‌الملل قشم، دانشگاه آزاد اسلامی، قشم، ایران
استاد گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

فرزانه مردانی ^{id}

عبدالله شفیق آبادی ^{id*}

اصغر جعفری ^{id}

دریافت: ۹۹/۰۶/۱۷ پذیرش: ۹۹/۰۷/۲۰ ایمیل نویسنده مسئول: ashafiabady@yahoo.com

فصلنامه علمی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
<http://Aftj.ir>
دوره ۱ | شماره ۲ | صص ۸۴-۶۸
تابستان ۱۳۹۹

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی نقاشی درمانی بر اضطراب کودکان دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی ۷ تا ۱۰ سال بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با گروه گواه و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه و جامعه آماری ۶۰ دانش‌آموز دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی شناسایی شده در آموزش و پرورش اسلامشهر بود که با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ دانش‌آموز انتخاب و به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه کاربندی شدند. گروه آزمایشی مداخله هفتگی نقاشی درمانی زاده‌محمدی (۱۳۸۹) را به شکل گروهی در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. هر دو گروه قبل و بعد از آزمایش مقیاس اضطراب آشکار کودکان رینولدز و ریچموند (۱۹۷۸) را پاسخ دادند و پس از گذشت یک ماه مجدداً هر دو گروه مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آموزش هنر نقاشی درمانی بر میزان اضطراب کل علائم جسمانی ($P=۰/۰۰۱$, $F=۳۸/۹۱$) را به طور معناداری کاهش داده است؛ همچنین نقاشی درمانی افراطی/تمرکز ($P=۰/۰۰۱$, $F=۱۲/۴۴$) را به طور معناداری کاهش داده است و این نتایج در مرحله پیگیری پایدار بود ($p>۰/۰۵$). **نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش شواهدی را پیشنهاد می‌کند که مداخله هنر نقاشی برای کاهش اضطراب در کودکان دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی روش مناسبی است.

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(مردانی، شفیق‌آبادی و جعفری، ۱۳۹۹)

در فهرست منابع:

مردانی، فرزانه، شفیق‌آبادی، عبدالله، و جعفری، اصغر (۱۳۹۹). اثربخشی نقاشی درمانی بر اضطراب کودکان دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۱): ۸۴-۶۸.

کلیدواژه‌ها: نقاشی درمانی، اضطراب، کاستی توجه/فزون‌کنشی

مقدمه

اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی^۱ یکی از شایع‌ترین مشکلات کودکان و نوجوانان و علت مراجعه به روان‌پزشک و روان‌شناس و الگویی رفتاری است که علاوه بر دوره کودکی، در بزرگسالی نیز ظاهر می‌شود و از نظر تکاملی با میزان نامتناسبی از کاستی توجه، تکانش‌گری و پرتحرکی بروز می‌کند. پژوهش‌های شیوع‌شناسی در مورد اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی نشان داده‌اند؛ این اختلال در ۴ تا ۱۰ درصد جمعیت کودکان شایع است (زارع، آقازارتی، ملک‌شبیخی و شریفی، ۱۳۹۷). کودکان دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی جمعیت ناهمگونی را تشکیل می‌دهند و از لحاظ میزان نشانه‌های موجود، فراگیر بودن آن نشانه‌ها در موقعیت‌های مختلف و میزان همبودی اختلال‌های دیگر همچون مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده و رفتارهای قانون شکنانه تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهند (اوتوسن، لارسن، فاراون، چن، هارتمن و همکاران، ۲۰۱۸؛ بوسینگ، زیما، ماسون و میر، ۲۰۱۲). برآوردهای مربوط به شیوع دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی بسته به ملاک‌های تشخیصی به کار رفته بین ۵/۹ تا ۷/۱ درصد متفاوت است (تاندون و پرچیکا، ۲۰۱۷). نارسایی در بازداری رفتاری و اختلال در کارکردهای اجرایی مشکل اساسی کودکان دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی است. این کودکان مهارت کافی و لازم برای نظارت بر رفتار خود را ندارند و نمی‌توانند رفتار خود را برای زمانی طولانی تنظیم کنند (مگنین و مورس، ۲۰۱۷).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که کودکان و نوجوانان دچار اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در مقایسه با سایر کودکان، دوستان کمتری دارند (گرو-پرادو، ماردومینگو-سانز، اورتیز-گورا، گاریکا-گاریکا و سولر-لوپز، ۲۰۱۵). برخی متخصصان بر این عقیده اند که مشکلات اجتماعی در این کودکان باید یک ویژگی شاخص اختلال در تشخیص آن به حساب آید. این کودکان در برخی از موارد حتی از کودکان پرخاشگر نیز، بیشتر مورد تنفر همسالان هستند. مشکلات اجتماعی این کودکان در برخی موارد تا سنین نوجوانی نیز ادامه می‌یابد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کودکان دچار این اختلال در مقایسه با همسالان بدون اختلال، مشکلات بیشتری را در روابط اجتماعی با همسالان و والدین، خواهر-برادرها و معلمان و محدودیت در مهارت‌های پیدا کردن دوست و نگهداری آن تجربه می‌کنند، این مشکلات بر ادراک خود مثبت کودکان دچار اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی تأثیر می‌گذارد (سودر، مانگالمورتی و شاو، ۲۰۱۸).

یکی از مشکلاتی که کودکان و از جمله کودکان دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی با آن مواجه هستند، اضطراب است. اضطراب، با شروع زودرس و تأثیری که بر خط سیر تکاملی فرد

1. attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD)

دارد، احتمال ابتلا به اختلالات دوران بزرگسالی را افزایش می‌دهد (گولد، پورتر، لینهام و هادسون، ۲۰۱۸). راهنمای تشخیصی و آماری، شش نشانه برای اضطراب در کودکان بیان کرده که شامل بی‌قراری، خستگی مفرط، دشواری در تمرکز تحریک‌پذیری، تنش عضلانی و اختلال خواب است (برجلی و محمدی، ۱۳۹۱). اضطراب، جز اختلال‌های درون نمود هستند. اختلال‌های درون نمود، الگوهای رفتاری سازش‌نا یافته‌ای هستند که بیش از آن که اطرافیان را آزار دهد، موجب رنجش خود کودک می‌شوند و هسته آن‌ها اختلال‌های خلق یا هیجان است (موگ، سالوم، برادلی، گادالا، پان و همکاران، ۲۰۱۵). این مشکلات اغلب در سنین پیش دبستان شروع و در دبستان نمود رفتاری بیشتری پیدا می‌کنند (سونوگا-بارک، کورتس، فایرچیلد و استرینگریس، ۲۰۱۶).

اختلالات اضطرابی اغلب در کودکان تشخیص داده نشده و درمان نمی‌شوند، زیرا به سادگی توسط والدین و معلم‌ها نادیده گرفته می‌شوند. اگر اضطراب کودکان درمان نشوند، در فعالیت‌های ذهنی و تحصیلی اختلال ایجاد می‌کند (محمدی پور و مزارعی ستوده، ۱۳۹۷). مداخله‌ای کارآمد در دوران کودکی نه تنها سازگاری کنونی را بهبود می‌بخشد، بلکه کاهش چشمگیر اختلال‌های رفتاری آینده را نیز در پی دارد (روف، بست، پیرلسون و استیونس، ۲۰۱۷). با توجه به شیوع زیاد و پایدار اختلال‌های اضطرابی دوران کودکی و ارتباط آن با نقص عملکرد اجتماعی و تحصیلی، پیشگیری مؤثر و به هنگام و برنامه‌های مداخله‌ای برای این گروه ویژه از کودکان اهمیت زیادی دارد (جارت، ۲۰۱۶). بنابراین یکی از روش‌های مداخله‌ای برای کاهش اضطراب کودکان دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی بسیار مورد توجه بوده است هنر درمانی^۱ است.

از جمله مهم‌ترین شاخه‌های هنر درمانی، نقاشی درمانی^۲ است. نقاشی عبارت است از ترسیم خودانگیزه تصاویر که فرصت‌هایی برای ارتباط و بیان غیرکلامی فراهم می‌کند (اریکسون و بلوک، ۲۰۱۳) و منظور از نقاشی درمانی، نقاش پروری و آموزش نقاشی نیست، بلکه ارائه فرصت‌هایی به فرد است تا از طریق رنگ‌ها و خطوط، احساسات، عواطف و نیازها و حتی دانسته‌های خود را به نحوی که مایل است آزادانه بیان کند (بیلی، ۲۰۱۴). از نقاشی و در کل هنرهای تجسمی به عنوان ابزاری برای برون‌فکنی، ارائه افکار و نشان دادن احساسات استفاده می‌شود. در واقع با ابزاری چون نقاشی، کودک همه مسائل زندگی خود را به تجربه درآورده، خود می‌آزماید و خویشتن را بنا می‌کند (تانگ، فو، گوآ، شن، چی و بای، ۲۰۱۸).

کروز، دیدویزسوز، گلین-کروز، پرائنگ، ریف و همکاران (۲۰۱۶) عقیده دارند از آنجا که کودکان نسبت به بزرگسالان، خزانه لغات محدودی برای بیان تجارب خود دارند، نقاشی

1. art therapy

2. painting therapy

می‌تواند به عنوان زبانی برای برون‌ریزی هیجانات باشد. در نقاشی‌های کودکان می‌توان اطلاعات مناسبی از ویژگی‌های شخصیت کودکان، توانایی‌های هوشی، ویژگی‌های عاطفی کودک را باز شناخت. نقاشی می‌تواند برای حل مشکلاتی که به تفکر انعطاف‌پذیر و راه‌حل‌های ابتکاری نیاز دارند مورد استفاده قرار گیرد (روبین، ۲۰۱۶). در همین رابطه نتایج پژوهش‌های متعددی نشان داد که هنر نقاشی درمانی در کاهش اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی (فرید و نجف زاده، ۱۳۹۶؛ امیری و امیریان، ۱۳۹۵)، در کاهش اضطراب (جنگی قوجه‌بیگللو، شیرآبادی، جانی و پوراسمعیلی، ۱۳۹۴؛ عطاری، شفیع‌آبادی و سلیمی، ۱۳۹۰) و در کاهش اضطراب و پرخاشگری (رضایی، خدابخشی کولایی و تقوایی، ۱۳۹۴) مؤثر است.

در مجموع، با توجه به نتایج پژوهش‌ها، اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی در ابعاد مختلف زندگی کودک و جامعه تأثیر گذاشته و از این رو حل مشکلات این کودکان از اهمیت بسیاری برخوردار است. همچنین به نظر می‌رسد که نقاشی از روش‌های مؤثر برای کمک به کاهش نشانه‌های کودکان دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی است. از آنجایی که این اختلال با توجه به نوع عمدتاً بی‌توجهی، عمدتاً اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی و یا نوع مرکب تشخیص‌گذارده می‌شود، توجه به این مسئله که نقاشی بر نشانه‌های اختلال در هر یک از الگوهای کاستی توجه/فزون‌کنشی به طور جداگانه و یا نوع مرکب در کودکان دارای این اختلال چگونه تأثیر می‌گذارد، می‌تواند از اهمیت برخوردار باشد؛ بنابراین پژوهشگر می‌خواهد به این مسئله بپردازد:

۱. مداخله نقاشی درمانی موجب کاهش اضطراب کودکان دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی در مرحله پس‌آزمون می‌شود.
۲. تأثیر مداخله نقاشی درمانی بر کاهش اضطراب کودکان دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری یک‌ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش، کلیه دانش‌آموزان ۷-۱۰ ساله دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی مرکز مشاوره آموزش و پرورش و مراکز خصوصی شهرستان اسلامشهر در سال ۱۳۹۷ بود. نمونه‌های پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند از مراکز خصوصی شهرستان اسلامشهر انتخاب شدند. برای گزینش گروه نمونه نخست از بین کودکان دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی ۶۰ نفر از دانش‌آموزان ۷ تا ۱۰ ساله با استفاده از پرسشنامه کانرز فرم والدین و مصاحبه تشخیصی بر حسب تکنیک واریس علائم بر حسب علائم راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی پس از همگن‌سازی از نظر متغیرهایی همچون

میزان تحصیلات دانش‌آموزان، شدت علائم اختلال، سن و اعلام رضایت مادران برای شرکت در مطالعه، ۳۰ نفر انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورودی عبارت بود از همگی بین ۷ تا ۱۰ سال سن، انگیزه همکاری و شرکت در درمان در کودکان و والدین و معلمین آن‌ها و پر کردن فرم رضایت آگاهانه توسط والدین و ملاک خروجی پژوهش نیز غیبت بیش از دو جلسه در نظر گرفته شد.

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس اضطراب آشکار کودکان**^۱. این مقیاس توسط رینولدز و ریچموند در سال ۱۹۷۸ طراحی شد و یک ابزار خودگزارشی ۳۷ گویه‌ای است که ۲۸ گویه آن اضطراب را می‌سنجد و ۹ گویه دیگر شامل گویه‌های شماره ۴، ۸، ۱۲، ۱۶، ۲۰، ۲۴، ۳۲ و ۳۶ مقیاس دروغ‌سنج را تشکیل می‌دهد. از آنجایی که این مقیاس یکی از معتبرترین آزمون‌های سنجش اضطراب کودکان است (لست، ۱۹۹۳، به نقل از تقوی، ۱۳۸۴)، در این پژوهش به‌عنوان ابزار همگرا استفاده شد. سطح خواندن سؤال‌های این مقیاس برای کودکان ۸ تا ۱۶ سال تنظیم شده است (تقوی و علیشاهی، ۱۳۸۲). این مقیاس علائم جسمانی با سؤال‌های شماره ۱، ۵، ۹، ۱۳، ۱۷، ۲۱، ۲۵، ۲۹ و ۳۲؛ نگرانی با سؤال‌های شماره ۲، ۶، ۱۰، ۱۴، ۱۸، ۲۲، ۲۶، ۳۰، ۳۴ و ۳۷ حساسیت افراطی/تمرکز با سؤال‌های شماره ۳، ۷، ۱۱، ۱۵، ۱۹، ۲۳، ۲۷، ۳۱ را ارزیابی می‌کند. پاسخ‌دهی به این سؤال‌ها به صورت بلی/خیر است و به هر گویه نمره صفر یا یک تعلق می‌گیرد. برای این مقیاس، ضریب آلفای ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ و برای اعتبار بازآزمایی آن ضریب همبستگی ۰/۶۵ تا ۰/۷۱ گزارش شده است (کندال و تریدول، ۲۰۰۷). در پژوهش تقوی (۱۳۸۴) ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۶۷ برای این مقیاس گزارش شده است. در پژوهش مشهدی، سلطانی شال، میردورقی و بهرامی (۱۳۹۱) نیز ضریب اعتبار مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به‌دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل برابر ۰/۸۹ و برای علائم جسمانی ۰/۷۹، نگرانی ۰/۸۴ و حساسیت افراطی/تمرکز ۰/۸۸ به دست آمد.

۲. **بسته آموزشی هنر نقاشی**. در این پژوهش برای تدوین بسته آموزشی نقاشی درمانی از کتاب هنر درمانی و نقاشی درمانی زاده‌محمدی (۱۳۸۹) استفاده شد که خلاصه جلسه‌های آموزشی در ادامه گزارش شده است.

جلسه اول. در ابتدای جلسه درمانگر خود را به کودکان معرفی کرد و سپس نحوه برگزاری و چگونگی انجام کار کلاسی به کودکان گفته شد. پس از آن هر کودک خود به معرفی کرده و اسم خود را بر روی برگه نوشته و به سینه خود چسباند. پس از آن با استفاده از نقاشی و رنگ‌آمیزی در جهت ایجاد فضای صمیمانه اقدام شد. برای مثال از بچه‌ها خواسته شد قطره‌ای

1. Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS)

جوهر یا رنگ روی کاغذ را بچکانند، کاغذ را خوب تا زده و دوباره باز کنند و سعی کنند طرحی را که ظاهر شده به تصویری مبدل کرده و به دوستان خود نشان دهند.

جلسه دوم. در این جلسه به شناخت رسانه‌های هنری به منظور گسترش قدرت تصویرپردازی و خلاقیت کودکان پرداخته شد. به کودکان گفته شد تا از میان خط‌خطی‌هایی که کشیده‌اند، یکی را که از همه بیشتر دوست دارند یا از آن خوششان نمی‌آید، انتخاب کنند. این کار به قدرت تصویرپردازی و قوه تخیل کودکان عمق می‌بخشد.

جلسه سوم. در این جلسه به ایجاد یا افزایش قدرت تمرکز، مهارت و حافظه پرداخته شد به طوری که به آن‌ها گفته شد هر چیزی را که دوست دارید به کسی هدیه دهید، نقاشی کنید و با این کار به کودکان در جهت افزایش دقت، قدرت تمرکز، حافظه دیداری و مهارت‌های تمرکز و کنترل حواس کمک شد.

جلسه چهارم. در این جلسه با استفاده از نقاشی به بروز احساسات مهم و تعبیر و تفسیر آن‌ها با زبان خود کودکان پرداخته شد. به این منظور از آن‌ها خواسته شد نقاشی با موضوع آزاد ظرف ۱۵ تا ۲۰ دقیقه بکشند و سپس دو به دو روبروی هم نشسته و نقاشی خود را برای دوستشان توضیح دهند. این کار به بروز احساسات در کودکان کمک کرد.

جلسه پنجم. در این جلسه این موضوع بررسی شد که کودک چه ادراکی نسبت به خود و محیط دارد؛ در این جلسه به تشریح احساسات متضادی مثل عشق و تنفر یا عصبانیت و آرامش را در قالب یک نقاشی و به صورت عملی به کودکان نشان داده شد تا با توجه به نوع نقاشی بتوانند ادراک دقیقی از حالات خویشتن داشته باشند و با توجه به رنگ‌های هر احساس بتوانند وضعیت خود را توضیح دهند.

جلسه ششم. در این جلسه با استفاده از نقاشی جهت شناسایی و پی بردن به رابطه خود با دیگر اعضای خانواده پرداخته شد. بدین شکل که از کودکان خواسته شد نقاشی‌ای از تمام اعضای خانواده خود بکشند و پس از آن در مورد هر یک توضیح دهند.

جلسه هفتم. در این جلسه جهت تقویت روابط بین دو نفر از کودکان خواسته شد دو به دو کنار هم بنشینند، سپس از هر دو کودک خواسته شد روی یک برگه کاغذ نقاشی بکشند و از آن‌ها خواسته شد که در طول فرایند نقاشی با دوست خود می‌توانند قوانین مختلفی برای نقاشی کشیدن وضع کنند؛ این تمرین در جهت تقویت حس همکاری و تفاهم بسیار مؤثر بود.

جلسه هشتم. در این جلسه به جهت افزایش پویایی گروهی از کودکان خواسته شد به صورت گروهی و بدون تعیین موضوعی خاص نقاشی‌ای بزرگ (روی یک کاغذ بسیار بزرگ) بکشند؛ این کار به شناخت تک‌تک افراد گروه و ظاهر شدن پویایی‌های گروهی به صورت کاملاً دقیق کمک کرد.

جلسه نهم. در این جلسه به صورت ویژه به بررسی ترس‌ها و بازخورد آن به اعضاء، بررسی شیوه مراقبت از قلمرو خود، بحث گروهی و یافتن روش‌های مراقبت پرداخته شد. در این جلسه از کودکان خواسته شد روی یک صفحه بزرگ کاغذ، دایره بزرگی کشیده و آن را از قطر به تعداد اعضای گروه تقسیم کنند. هر کودک می‌تواند مرز خود را به دلخواه ایجاد کرده و یا وارد قلمرو دیگری شوند و به طور آزاد در آن نقاشی کنند؛ این نقاشی که به ماندا معروف است ترس‌ها و اضطراب‌های کودکان را نمایان می‌سازد.

جلسه دهم. در این جلسه ابتدا به آشکارسازی بخشی از سطح هوشیاری کودکان با استفاده از داستان و نقاشی پرداخته شد؛ به این شکل که از کودکان گروه درخواست شد بر اساس سفر خیالی که برایشان تعریف می‌شود، نقاشی بکشند تا تصویر ذهنی هدایت‌شده، تجسم، رؤیا و مراقبه در آن‌ها پرورش یابد.

شیوه اجرا. بعد از کسب مجوز و هماهنگی با مدیر مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهرستان اسلامشهر ۳۰ دانش‌آموز شناسایی و در دو گروه کاربندی شدند. گروه آزمایش با رعایت اصول اخلاقی و با توجه به محدودیت زمانی، جلسه‌ها به شکل گروهی در ۱۰ جلسه به مدت ۶۰ دقیقه و در روزهای سه‌شنبه هر هفته در مرکز مشاوره آموزش و پرورش انجام شد. گروه گواه هیچ نوع آموزشی را در این مدت دریافت نکردند از این‌رو به دلیل مسائل اخلاقی به گروه گواه نیز پس از پایان جلسه‌های گروه آزمایش، تحت آموزش قرار گرفتند؛ سپس هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پس از گذشت یک ماه در مرحله پیگیری به مقیاس اضطراب آشکار پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از آخرین نسخه بیست و چهارم نرم‌افزار اس. پی. اس. و به روش تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

دانش‌آموزان شرکت‌کننده در گروه آزمایش ۲۰ درصد (۳ نفر) در محدوده سنی ۷ سال، ۳۳,۳ درصد (۵ نفر) در محدوده سنی ۸ سال، ۲۶,۷ درصد (۴ نفر) در محدوده سنی ۹ سال و ۲۰ درصد (۳ نفر) در محدوده سنی ۱۰ سال قرار داشتند. همچنین دانش‌آموزان شرکت‌کننده در گروه گواه ۲۰ درصد (۳ نفر) در محدوده سنی ۷ سال، ۴۶,۷ درصد (۷ نفر) در محدوده سنی ۸ سال، ۲۰ درصد (۳ نفر) در محدوده سنی ۹ سال و ۱۳,۳ درصد (۲ نفر) در محدوده سنی ۱۰ سال قرار داشتند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی اضطراب و خرده مقیاس‌های آن برای گروه گواه و آزمایش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (n=۳۰)

شاخص‌های آماری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
علائم جسمانی	آزمایش	۵/۲۰	۱/۱۴	۳/۷۳	۰/۸۸	۳/۴۶	۱/۱۲
	گواه	۴/۹۳	۱/۰۳	۴/۸۶	۱/۰۶	۵/۰۰	۰/۸۴
نگرانی	آزمایش	۶/۲۰	۱/۲۰	۴/۸۶	۰/۸۳	۴/۴۶	۰/۵۱
	گواه	۶/۵۳	۱/۴۰	۶/۰۶	۱/۰۹	۶/۲۰	۰/۸۶
حساسیت	آزمایش	۷/۴۶	۰/۸۳	۵/۴۶	۰/۶۳	۵/۲۶	۰/۷۹
افراطی/تمرکز	گواه	۷/۲۶	۰/۸۸	۷/۲۰	۱/۳۲	۷/۰۰	۱/۲۵
	آزمایش	۱۸/۸۶	۱/۹۹	۱۴/۰۶	۱/۱۶	۱۳/۲۰	۱/۴۷
اضطراب کل	گواه	۱۸/۷۳	۱/۷۵	۱۸/۱۳	۱/۵۰	۱۸/۲۰	۱/۴۰

اطلاعات جدول ۱ حاکی از کاهش نمره‌های اضطراب کل و خرده مقیاس‌های علائم جسمانی، نگرانی، حساسیت افراطی/تمرکز در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون است.

جدول ۲. نتایج بررسی نرمال بودن و آزمون کرویت موخلی برای متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون لوین		W موخلی	
		درجه آزادی	آماره سطح معناداری	درجه آزادی	سطح معناداری	مقدار آماره سطح معناداری	χ^2
علائم جسمانی	آزمایش	۱۵	۰/۹۳	۲۸	۰/۳۸	۱۳/۳۶**	۰/۶۱
	گروه	۱۵	۰/۹۳	۲۸	۰/۲۹	۰/۵۴	۰/۰۰۱
نگرانی	آزمایش	۱۵	۰/۹۰	۲۸	۲/۱۰	۸/۱۷**	۰/۷۳
	گروه	۱۵	۰/۸۸	۲۸	۰/۱۲	۰/۱۵	۰/۰۱۷
حساسیت	آزمایش	۱۵	۰/۹۳	۲۸	۰/۰۱	۹/۷۱**	۰/۶۹
	گروه	۱۵	۰/۹۴	۲۸	۰/۳۵	۰/۹۱	۰/۰۰۸
افراطی/تمرکز	آزمایش	۱۵	۰/۹۱	۲۸	۰/۰۹	۱۲/۴۰**	۰/۶۳
	گواه	۱۵	۰/۹۴	۲۸	۰/۳۹	۰/۷۶	۰/۰۰۲

نتایج جدول ۲، نشان می‌دهد آزمون شاپیرو ویلک حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نیز نشان دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در اضطراب کل و خرده مقیاس‌های علائم جسمانی، نگرانی، حساسیت افراطی/تمرکز است. همچنین آماره W موخلی برای متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که

واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته به صورت معنی‌داری متفاوت است؛ بنابراین پیش‌فرض کرویت رعایت نمی‌شود. در این شرایط باید از اصلاح اپسیلن گرین‌هاوس گیسر استفاده شود؛ بنابراین در ادامه برای تفسیر نتایج آزمون اثرهای درون آزمودنی‌ها از این آماره استفاده شد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در گروه‌های آزمایش و گواه

در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

منابع تغییرات	اجزاء	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
علائم جسمانی	مراحل مداخله	۱۲/۸۶	۱/۴۳	۸/۹۴	۲۹/۰۵**	۰/۰۰۱	۰/۵۰
	مراحل × گروه	۱۳/۴۰	۱/۴۳	۹/۳۱	۳۰/۲۵**	۰/۰۰۱	۰/۵۱
	گروه	۱۴/۴۰	۱	۱۴/۴۰	۵/۳۵*	۰/۰۲	۰/۱۶
نگرانی	مراحل مداخله	۱۸/۹۵	۱/۵۸	۱۱/۹۵	۳۰/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۱
	مراحل × گروه	۷/۴۸	۱/۵۸	۴/۷۲	۱۱/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۲۹
	گروه	۲۶/۶۷	۱	۲۶/۶۷	۱۰/۴۶	۰/۰۰۳	۰/۲۷
حساسیت افراطی/تمرکز	مراحل مداخله	۲۶/۲۸	۱/۵۳	۱۷/۱۱	۳۳/۹۳**	۰/۰۰۱	۰/۵۴
	مراحل × گروه	۱۸/۶۸	۱/۵۳	۱۲/۱۶	۲۴/۱۲**	۰/۰۰۱	۰/۴۶
	گروه	۲۶/۶۷	۱	۲۶/۶۷	۱۲/۴۴**	۰/۰۰۱	۰/۴۳
اضطراب کل	مراحل مداخله	۱۷۰/۶۰	۱/۴۶	۱۱۶/۷۲	۷۱/۷۴**	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	مراحل × گروه	۱۱۲/۱۵	۱/۴۶	۷۶/۷۳	۴۷/۱۶**	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	گروه	۱۹۹/۵۱	۱	۱۹۹/۵۱	۳۸/۹۱**	۰/۰۰۱	۰/۵۸

جدول ۳ نشان می‌دهد که تعامل مراحل با گروه‌های آزمایش در سه مرحله اندازه‌گیری در خرده مقیاس‌های علائم جسمانی، نگرانی، حساسیت افراطی/تمرکز و نمره کل اضطراب در سطح ۰/۰۰۱ و خرده مقیاس علائم جسمانی در سطح ۰/۰۲ معنی‌دار است. میزان این تأثیر «معنادار بودن عملی» در خرده مقیاس علائم جسمانی ۰/۱۶، در خرده مقیاس نگرانی ۰/۲۷، در خرده مقیاس حساسیت افراطی/تمرکز ۰/۴۳ و نمره کل اضطراب ۰/۵۸ بوده است، یعنی ۱۶ درصد کل واریانس یا تفاوت‌های فردی در کاهش علائم جسمانی، ۲۷ درصد کل واریانس یا تفاوت‌های فردی در کاهش نگرانی، ۴۳ درصد کل واریانس یا تفاوت‌های فردی در کاهش حساسیت افراطی/تمرکز و ۵۸ درصد کل واریانس یا تفاوت‌های فردی در کاهش اضطراب کل در دانش‌آموزان دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی در گروه آزمایش از طریق متغیرهای

آزمایشی قابل تبیین است. با توجه به نتایج به دست آمده نتایج سه مرحله به تفکیک گروه انجام شد.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرینی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

شاخص‌های آماری	پیش آزمون - پس آزمون			پیش آزمون - پیگیری			پس آزمون - پیگیری		
	تفاوت	انحراف	سطح	تفاوت	انحراف	سطح	تفاوت	انحراف	سطح
	میانگین	معیار	معناداری	میانگین	معیار	معناداری	میانگین	معیار	معناداری
علائم جسمانی	۰/۷۶*	۰/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۸۳*	۰/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۰۶	۰/۰۷	۰/۹۸
نگرانی	۰/۹۰*	۰/۱۳	۰/۰۰۱	۱/۰۳*	۰/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۱۳	۰/۱۱	۰/۷۸
حساسیت افراطی/تمرکز	۱/۰۳*	۰/۱۶	۰/۰۰۱	۱/۲۳*	۰/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۲۰	۰/۱۱	۰/۲۶
اضطراب کل	۲/۷۰*	۰/۲۶	۰/۰۰۱	۳/۱۰*	۰/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۰/۲۰	۰/۱۹

در جدول ۴ نتایج آزمون بنفرینی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمرات خرده مقیاس‌های علائم جسمانی، نگرانی، حساسیت افراطی/تمرکز و نمره کل اضطراب بین مراحل پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری معنادار است ($P=0/001$)؛ اما تفاوت میانگین بین پس آزمون و پیگیری در هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نیست که بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده است ($P=0/18$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هنر درمانی بر پایه نقاشی درمانی در کاهش اضطراب کودکان دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی مؤثر است که این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های جنگی قوجه بیگلو و همکاران (۱۳۹۴)؛ رضایی و همکاران (۱۳۹۴)؛ عطاری و همکاران (۱۳۹۰)؛ مارتی-پارنو و همکاران (۲۰۱۷) و استالماکر و ری (۲۰۱۵) مبنی بر اثربخشی هنر درمانی بر پایه نقاشی در کاهش اضطراب کودکان دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی همسو است. بسیاری از کودکانی که به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند، درگیر دامنه‌ای از مشکلات هیجانی هستند این کودکان با توجه به این که تجارب آسیب‌زایی را تجربه کرده‌اند، معمولاً از صحبت کردن در مورد نگرانی‌های خود عاجزند و به سؤالات مستقیم پاسخ نمی‌دهند (جنگی قوجه بیگلو و همکاران، ۱۳۹۴). علاوه بر این، در تحقیقی مروری تأثیرات انواع هنر درمانی را اضطراب و مشکلات شناختی نشان داده شد بدین معنا که هنر درمانی روش درمانی مؤثر در ارتباط با کودکانی است که به هر دلیلی چون؛ ترس، خجالت یا عدم دانش زبانی کافی قادر به تکلم و بیان احساسات خویش نیستند؛ از این رو، نقاشی و تجسم، انعکاس افکار و نارضایتی‌های درونی کودک نسبت به محیط پیرامون است که کودک با استفاده از آن می‌تواند این احساسات را

منتقل کرده و برون‌ریزی بی‌خطر نماید. از سوی دیگر، هنر درمانی می‌تواند ادراک هیجانی و مدیریت خشم را از طریق یادگیری پاسخ‌های صحیح مقابله‌ای، تکنیک‌ها و مهارت‌های حل مسئله، افزایش احساس تعلق و ارائه راه‌های غیرتهاجمی برای برقراری ارتباط‌های احساسی پیچیده در کودکان دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی بهبود بخشد (رضایی و همکاران، ۱۳۹۴). این کودکان می‌ترسند که بیان عواطف و در برخی مواقع مسائل و رازهای خانوادگی باعث شرمساری شود؛ در نتیجه این کودکان شرم درونی شده قوی و عزت‌نفس پایینی دارند (جنگی قوجه بیگلو و همکاران، ۱۳۹۴). نقاشی درمانی از مداخلات مؤثری است که به کودک فرصت می‌دهد تا فارغ از شرمساری و در شرایطی ایمن عواطفش را بیان کند؛ علاوه بر این نقاشی کردن زمینه کسب موفقیت و تجارب لذت‌بخش، کند و کاو، تصور، طراحی، اختراع و برقراری ارتباط را برای این کودکان فراهم می‌آورد؛ از این رو، مطالعات نشان می‌دهد که نقاشی گروهی به صورت موضوع آزاد و تخیلی می‌تواند افکار جدید را بین کودکان رد و بدل کرده و نیز موجب افزایش همکاری و تعامل اجتماعی بهتر در آن‌ها شود (عطاری و همکاران، ۱۳۹۰).

هدف نقاشی درمانی فراهم آوردن فرصتی برای افراد است تا از طریق رنگ‌ها و خطوط احساسات، عواطف، نیازها و حتی دانسته‌های خود را آزادانه بیان کنند؛ نقاشی بیان‌کننده احساسات و شخصیت افراد بوده و باعث پرورش خلاقیت آن‌ها می‌شود (زاده محمدی و خالقی، ۱۳۹۴). نقاشی درمانی وقتی به صورت گروهی انجام می‌پذیرد مزیت‌های آن مضاعف می‌شود چرا که فرصت بودن در کنار یک گروه نزدیک با فرهنگ کودک باعث تجربه رشد هیجانی می‌شود، به‌ویژه کسانی که تجربه‌های خوبی در خانواده و یا کلاس درس نداشته‌اند و کودکانی که نسبت به بودن در کنار بزرگسالان رغبت نشان نمی‌دهند، می‌توانند پس‌خوراند بیشتری از همسالان دریافت کنند؛ کودکانی که می‌ترسند احساسات خصمانه آن‌ها غیرقابل قبول باشد در گروه نسبت به موقعیت‌های دو نفری جایگاه بیشتری خواهند داشت؛ از سوی دیگر، فرایند آفرینش هنری به صورت ذاتی توانایی درمان و شفابخشی دارد و مطالعات انجام گرفته بر نقش محوری که مکانیسم دفاعی پلایش در این تجربه بازی می‌کند، تأکید می‌نمایند (رضایی و همکاران، ۱۳۹۴).

مطالعات انجام شده در زمینه هنر درمانی نشان می‌دهد اجزای هنر می‌تواند برای ارزیابی و درمان افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی مورد استفاده قرار گیرد به این علت که می‌تواند به بیماران در درک بهتر از خویش کمک کند و تصویر ذهنی فرد را تغییر دهد و به بیمار در یکپارچه سازی ایگویی مستحکم کمک قابل توجهی نماید (زاده محمدی، ۱۳۸۹)؛ از سوی دیگر مطالعات نشان می‌دهند هنر درمانی بر سایر متغیرهایی چون خود پنداره کودکان، مهارت‌های بین تعریف هویت خود مؤثر است که به نظر می‌رسد بهبود متغیرهای ذکر شده نقش بسزایی در کاهش اضطراب کودکان دارد؛ در واقع نقاشی ابزاری برای برون‌فکنی هیجانات،

ارائه افکار و نشان دادن احساسات، تمایلات و تعارضات درونی است؛ از این رو، کودکان از طریق نقاشی تصور خود از محیط پیرامون را انعکاس می‌دهند که بخشی از این تصورات می‌تواند بیانگر اضطراب‌ها و نگرانی‌های آنان باشد. بروز اضطراب و نگرانی‌ها در قالب نقاشی و تصاویر ترسیمی باعث کاهش بروز آن‌ها می‌شود و در بیان احساسات به عنوان ابزار غیرکلامی مدد می‌رساند (مارتی-پارنو و همکاران، ۲۰۱۷).

پژوهش حاضر نشان داد که هنر درمانی بر پایه نقاشی درمانی کمک می‌کند که کودکان دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی احساسات محصور شده خود را از طریق نقاشی رها سازند و همین امر موجب کاهش میزان اضطراب و تنش درونی این افراد می‌شود. در واقع فایده بزرگ هنر درمانی، کیفیت غیرکلامی فرآیند هنری و آثار هنری است. فرآیند هنری به سطح پیش کلامی خودآگاه نفوذ می‌کند که از طریق حواس حمایت می‌شوند و آن را هنگام کار با کودکان به طور ویژه‌ای مؤثر می‌سازد. اثر هنری، درمان‌جو و درمانگر را با نمونه‌ای ملموس از مشکلات آشنا می‌سازد که شاید درمان‌جو از آن آگاهی نداشته یا علاقه‌ای به توجه کردن به آن، نداشته باشد که می‌تواند در درمان، به صورت غیرکلامی ظاهر شود (زاده محمدی و خالقی، ۱۳۹۴).

علاوه بر آن، با توجه به نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها به گونه‌ای با نتایج حاصل از پژوهش‌های مشابه همخوانی داشت و از آنجا که نقاشی روشی است که به کودک فرصت می‌دهد تا احساسات آزار دهنده و مشکلات درونی فرد را از طریق نقاشی بروز دهد و آن‌ها را به نمایش درآورد و درمانگر نیز فرصتی را فراهم می‌کند که به کودک کمک کند تا یاد بگیرد تعارضات خود را حل کند، می‌توان اذعان داشت که این روش مثابه یکی از روش‌های درمانی پذیرفته شده و مورد تأیید است. با توجه به تعداد کم آزمودنی‌ها و محدودیت سنی آنان، یافته‌های پژوهش حاضر را نمی‌توان به جوامع یا گروه‌های دیگر تعمیم داد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی اثر سایر جنبه‌های هنر درمانی در اضطراب و دیگر مشکلات هیجانی کودکان دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی مورد بررسی قرار گیرد. هم‌چنین با توجه به اثربخشی استفاده از هنر نقاشی در کاهش اضطراب و شیوع بالای اضطراب در کودکان، توصیه می‌شود متصدیان آموزش و پرورش برنامه‌هایی برای استفاده از نقاشی درمانی در مدارس تدوین کنند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه از والدین کودکان دچار اختلال کاستی توجه/فزون‌کنشی و تضمین رعایت اصول اخلاقی در ابتدای پژوهش انجام شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه پژوهش ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها توسط مادران، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. به مادران اطمینان داده شد که

اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد؛ پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله نقاشی درمانی قرار گرفتند.

سیاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگان در پژوهش، مدیر مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهرستان اسلامشهر و همه کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

مشارکت نویسندگان

در تدوین این مقاله همه نویسندگان در طراحی، روش‌شناسی، مفهوم‌سازی، گردآوری و تحلیل داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- امیری، حسن، و امیریان، کامران. (۱۳۹۵). اثربخشی نقاشی درمانی در کاهش کاستی توجه بیش‌فعالی کودکان پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر. *فصلنامه نسیم تندرستی*، ۵ (۲): ۸-۱.
- برجعی، زهرا، و محمدی، محمدرضا. (۱۳۹۱). رابطه میان مصرف متیل فنیدات و اضطراب کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه-بیش‌فعالی. *دو فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد*، ۱۹ (۶): ۳۷-۴۴.
- تقوی، سیدمحمدرضا. (۱۳۸۴). هنجاریابی مقیاس اضطراب آشکار کودکان (RCMAS) برای دانش‌آموزان مقاطع مختلف تحصیلی در شیراز. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۴۵: ۱۷۹-۱۸۸.
- تقوی، سیدمحمدرضا، و علیشاهی، محمدرضا. (۱۳۸۲). بررسی پایانی و روایی مقیاس اضطراب آشکار کودکان، *مجله روانشناسی*، ۲۸: ۳۴۲-۳۵۷.
- جنگی قوجه بیگلو، شهلا، شیرآبادی، علی اکبر، جانی، ستاره، و پوراسمعیلی، اصغر. (۱۳۹۴). اثربخشی هنر درمانی بر پایه نقاشی درمانی در کاهش اضطراب کودکان دچار لکنت زبان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۱۴ (۹۱): ۵۳-۳۲.
- رضایی، سعید، خدابخشی کولایی، آنهیتا، و تقوایی، داوود. (۱۳۹۴). اثربخشی نقاشی درمانی بر کاهش اضطراب و پرخاشگری دانش‌آموزان دبستانی پسر دارای اختلالات برونی‌سازی شده. *نشریه پرستاری کودکان*، ۲ (۲): ۱۹-۱۰.

- زارع، محبوبه، آقازارتی، علی، ملک‌شیخی، سمیه، و شریفی، مسعود. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی در مقایسه با تنظیم هیجان بر سازگاری دانش‌آموزان نوجوان دچار اختلال کاستی توجه‌افزون کنشی. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۴۶(۲): ۲۰۳-۲۲۳
- زاده محمدی، علی. (۱۳۸۹). هنر درمانی: مقدمه‌ای بر هنر درمانی ویژه‌ی گروه‌ها. تهران: نشر قطره
- زاده محمدی، علی، و خالقی، مهرنوش. (۱۳۹۴). نقاشی: کاربرد آن برای مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان. تهران: نشر قطره
- عطاری، بهناز، شفیع‌آبادی، عبدالله، و سلیمی، حسین. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش هنر نقاشی بر کاهش میزان اضطراب دانش‌آموزان پسر ابتدایی. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۲(۸): ۴۷-۶۴
- فرید، ابوالفضل، و نجف زاده، علی. (۱۳۹۶). اثربخشی نقاشی درمانی بر اختلال نقص توجه بیش فعالی دانش‌آموزان مقطع ابتدایی مدارس عادی (ارزیابی معلمان). *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*، ۱۱(۹۴): ۳۵۸-۳۵۳
- محمدی پور، محمد، و مزارعی ستوده، احمد. (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله دلبستگی محور بر بهبود رابطه والد-کودک و کاهش نشانه‌های اضطراب جدایی در کودکان ۷ تا ۱۰ ساله. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۴۶(۱۱): ۲۴۲-۲۲۳
- مشهدی، علی، سلطانی شال، رضا، میردورقی، فاطمه، و بهرامی، بتول. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان. *روانشناسی کاربردی*، ۶(۱): ۷۰-۸۷

References

- Beilby, J. (2014). Psychosocial impact of living with a stuttering disorder: Knowing is not enough. In *Seminars in speech and language*, 35(2): 132-143.
- Bussing, R., Zima, B. T., Mason, D. M., Meyer, J. M., White, K., & Garvan, C. W. (2012). ADHD knowledge, perceptions, and information sources: perspectives from a community sample of adolescents and their parents. *Journal of Adolescent Health*, 51(6), 593-600.
- Erickson, S., & Block, S. (2013). The social and communication impact of stuttering on adolescents and their families. *Journal of Fluency Disorders*, 38(4), 311-324.
- 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
- Guerro-Prado, D., Mardomingo-Sanz, M. L., Ortiz-Guerra, J. J., García-García, P., & Soler-López, B. (2015). Evolución del estrés familiar en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. In *Anales de Pediatría*, 83(5): 328-335

- Jarrett, M. A. (2016). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms, anxiety symptoms, and executive functioning in emerging adults. *Psychological assessment*, 28(2): 245-255
- Kendall, P. C., Treadwell, K. R. H. (2007). The Role of Self-Statements as a Mediator in Treatment for Youth with Anxiety Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3): 380-389.
- Kröz, M., Didwizus, A., Gelin-Kröz, B., Pranga, D., Reif, M., Brink, F., & Büssing, A. (2016). Reliability of the inner correspondence and harmony questionnaire with painting therapy (ICPTh). *European Journal of Integrative Medicine*, 3(8): 30-41
- Magnin, E., & Maurs, C. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder during adulthood. *Revue neurologique*, 173(7-8): 506-515.
- Martí-Parreño, J., Galbis-Córdova, A., & Miquel-Romero, M. J. (2017). Students' Attitude towards the Use of Educational Video Games to Develop Competencies. *Computers in Human Behavior*, 81(3): 366-377
- 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.
- Ottosen, C., Larsen, J. T., Faraone, S. V., Chen, Q., Hartman, C., Larsson, H., & Dalsgaard, S. (2019). Sex Differences in Comorbidity Patterns of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(4): 412-422
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1978). What I Think and Feel: A Revised measure of Children's Manifest Anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6(2): 271-280.
- Rubin, J. A. (Ed.). (2016). *Approaches to art therapy: Theory and technique*. Routledge
- Ruf, B. M., Bessette, K. L., Pearlson, G. D., & Stevens, M. C. (2017). Effect of trait anxiety on cognitive test performance in adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 39(5), 434-448.
- Sonuga-Barke, E. J., Cortese, S., Fairchild, G., & Stringaris, A. (2016). Annual Research Review: Transdiagnostic neuroscience of child and adolescent mental disorders—differentiating decision making in attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, depression, and anxiety. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 321-349.
- Stulmaker, H. L., & Ray, D. C. (2015). Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Children and Youth Services Review*, 57(2): 127-133.
- Sudre, G., Mangalmurti, A., & Shaw, P. (2018). Growing out of attention deficit hyperactivity disorder: insights from the 'remitted' brain. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*.

Tandon, M., & Pergjika, A. (2017). Attention deficit hyperactivity disorder in preschool-age children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 26(3): 523-538.

Tang, Y., Fu, F., Gao, H., Shen, L., Chi, I., & Bai, Z. (2018). Art therapy for anxiety, depression, and fatigue in females with breast cancer: A systematic review. *Journal of psychosocial oncology*, 2(4): 1-17.

مقیاس اضطراب آشکار کودکان - بازنگری شده

بلی	خیر	سئوالات
۱	۰	۱- تصمیم گیری برایم مشکل است.
۱	۰	۲- وقتی کارها مطابق میل من پیش نمی روند، ناراحت می شوم. [وقتی کارها به دلخواهم نباشد، عصبی می شوم]
۱	۰	۳- به نظر میرسد که دیگران کارها را راحت تر از آنچه من می توانم، انجام می دهند [به نظر می رسد که دیگران کارهایشان را راحت تر از من انجام میدهند].
۱	۰	۴- هر کسی را که می شناسم دوست دارم. [تمام کسانی را که می شناسم، دوست دارم.]
۱	۰	۵- خیلی از اوقات دچار تنگی نفس می شوم. [بیشتر وقتها، راحت نفس نمی کشم.]
۱	۰	۶- بیشتر اوقات [وقتها،] نگران هستم.
۱	۰	۷- من از بسیاری [خیلی] چیزها میترسم.
۱	۰	۸- [من] همیشه مهربان هستم.
۱	۰	۹- خیلی زود ناراحت [عصبانی] می شوم.
۱	۰	۱۰- نگرانم از این که در آینده والدینم به من چه خواهند گفت. [نگران این هستم که پدر و مادرم به من چه خواهند گفت.]
۱	۰	۱۱- احساس میکنم که دیگران از راه و روش من در انجام کارها خوششان نمی آید. [احساس میکنم که دیگران از روش انجام کارهایم، خوششان نمی آید.]
۱	۰	۱۲- همیشه رفتار خوبی با اطرافیانم دارم. [همیشه رفتارم خوب و پسندیده است.]
۱	۰	۱۳- سب ها به سختی به خواب می روم. [شبها راحت نمی خوابم.]
۱	۰	۱۴- نگرانم از این که مردم درباره ام چه فکر می کنند. [نگران این هستم که دیگران در مورد من چگونه فکر می کنند.]
۱	۰	۱۵- حتی وقتی در جمع افراد هستم احساس تنهایی می کنم. [حتی موقعی که با دیگران هستم، احساس تنهایی می کنم.]
۱	۰	۱۶- همیشه خوشحال هستم. [من همیشه آدم خوبی هستم.]
۱	۰	۱۷- بیشتر اوقات در شکم احساس درد می کنم. [من بیشتر وقتها دلشوره دارم.]
۱	۰	۱۸- خیلی زود به من بر می خورد و ناراحت می شوم. [خیلی زود ناراحت می شوم.]
۱	۰	۱۹- احساس می کنم دستهایم عرق می کنند. [دستهایم عرق میکنند.]
۱	۰	۲۰- من همیشه خوش اخلاق هستم. [همیشه با دیگران خوش برخورد هستم.]
۱	۰	۲۱- خیلی زیاد احساس خستگی می کنم. [بیشتر وقتها خسته هستم.]
۱	۰	۲۲- در مورد آن چه قرار است اتفاق بیفتد، نگران هستم. [نگران این هستم که چه اتفاقی ممکن است نیفتد.]
۱	۰	۲۳- بچه های [کودکان] دیگر خوشحالترا از من هستند.
۱	۰	۲۴- همیشه حقیقت را می گویم.
۱	۰	۲۵- [من] خوابهای بد میبینم.
۱	۰	۲۶- وقتی [هر وقت کسی] از من ایراد می گیرند [می گیرد]، [خیلی زود] ناراحت و عصبانی می شوم.
۱	۰	۲۷- احساس می کنم کسی به من خواهد گفت که کارها را نادرست انجام می دهم. احساس می کنم که یک نفر به من خواهد گفت که کارهایم را درست انجام نمی دهم.
۱	۰	۲۸- من هرگز خشمگین [عصبانی] نمی شوم.
۱	۰	۲۹- بعضی [گاهی] اوقات با حالت وحشت زده از خواب بیدار می شوم. [می پرم.]

•	۱	۳۰- وقتی می‌خواهم بخوابم نگران هستم. [شبهها، وقتی که می‌خواهم بخوابم، نگرانی دارم.]
•	۱	۳۱- جمع کردن حواس روی تکالیف مدرسه برایم مشکل است. [به سختی می‌توانم فکرم را روی تکالیف مدرسهام متمرکز کنم.]
•	۱	۳۲- من هرگز پشت سر دیگران حرف نمی‌زنم. [حرفهایی را که نباید بزنم، هرگز به زبان نمی‌آورم.]
•	۱	۳۳- در جایی که می‌نشینم خیلی تکان می‌خورم. [روی صندلی خود خیلی بیقرار و ناآرام هستم.]
•	۱	۳۴- [من آدمی] عصبی هستم.
•	۱	۳۵- خیلی‌ها با من مخالفند. [افراد زیادی با من مخالفت می‌کنند.]
•	۱	۳۶- هرگز دروغ نمی‌گویم.
•	۱	۳۷- بیشتر وقتها نگران هستم که اتفاق بدی برایم بیفتد. [می‌افتد.]

The Effectiveness of Painting Therapy on Anxiety in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Farzaneh. Mardani¹, Abdollah Shafi Abadi², Asghar Jafari³

Abstract

Aim: This study aimed to determine the effectiveness of painting therapy on anxiety in children with attention-deficit/hyperactivity disorder aged 7 to 10 years. **Method:** The research was quasi-experimental with a control group and pre-test, post-test, and one-month follow-up design. The statistical population included 60 students with attention-deficit/hyperactivity disorder identified in Islamshahr education. Using purposive sampling, 30 students were selected and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received painting therapy intervention (Zadeh Mohammadi, 2010) weekly as a group in 10 sessions of 60 minutes. Both groups responded to the Children's Manifest Anxiety Scale (Reynolds and Richmond, 1978) before and after the intervention, and were re-evaluated one month later. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance (ANOVA). **Results:** The results showed that painting therapy significantly reduced the level of total anxiety ($F=38.91$, $P=0.001$). Also painting therapy significantly reduced physical symptoms ($F=5.35$, $P=0.021$), anxiety ($F=10.46$, $P=0.003$), and extreme sensitivity/concentration ($F=12.44$, $P=0.001$) and these results were stable at the follow-up stage ($p<0.05$). **Conclusion:** The results of the study suggest evidence that educational intervention and the use of painting to reduce anxiety in children with attention-deficit/hyperactivity disorder are appropriate.

Keywords: *painting therapy, Anxiety, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*

1. PhD Student in Counseling, Qeshm International Branch, Islamic Azad University, Qeshm, Iran

2. **Corresponding Author:** Professor of Counseling Department, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran ashafiabady@yahoo.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, University of Kashan, Kashan, Iran