

اثربخشی نقاشی درمانی در کاهش کاستی توجه - بیش‌فعالی کودکان پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر

حسن امیری^{۱*}، کامران امیریان^۲

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۵/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۷/۱۲

چکیده

زمینه و هدف: اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی مشکلی متداول میان کودکان پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر است. یکی از روش‌های پیشنهاد شده جهت درمان، هنردرمانی است. بر این اساس، هدف از مطالعه حاضر، بررسی اثربخشی نقاشی درمانی در کاهش کاستی توجه - بیش‌فعالی کودکان پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر است.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی شبه‌آزمایشی بود. جامعه‌ی آماری، شامل کلیه‌ی پسران ۸ تا ۱۶ سال کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر مراکز آموزشی استثنایی شهرستان ایلام است. از میان افرادی که بالاترین نمره را از فرم معلم مقیاس درجه‌بندی کانرز کسب کرده‌اند. ۴۸ نفر به شیوه تصادفی ساده انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. گروه آزمایش، دوره آموزشی را در ۸ جلسه دریافت کردند. پس از اتمام جلسات درمانی و یک ماه بعد، پس‌آزمون و آزمون پیگیری انجام شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از آزمون اندازه‌گیری مکرر نشان داد که میانگین نمره میزان کاستی توجه - بیش‌فعالی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش تفاوت معنادار داشت، اما این نمره در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری نداشت.

نتیجه‌گیری: از یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که نقاشی‌درمانی در کاهش کاستی توجه - بیش‌فعالی کودکان پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر مؤثر است.

واژگان کلیدی: نقاشی درمانی، کم‌توان ذهنی، آموزش‌پذیر، کاستی توجه - بیش‌فعالی

مقدمه

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 اینک یا مایوسانه آن‌ها را به حال خود رها می‌کنند و یا با همان شیوه تربیتی متداول کودکان عادی به مقابله با آن‌ها می‌پردازند (۲).

انواع مختلف اختلالات رفتاری پایداری متفاوتی نشان می‌دهند و اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی بیشترین پایداری را دارد. اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های عصبی-رفتاری در کودکان مدرسه‌ای است و کودکان بسیاری را در جهان تحت تأثیر قرار داده است. این اختلال با اسامی متفاوتی چون بدکارکردی جزئی مغز، آسیب خفیف مغزی، کنش بیش‌فعالی دوران کودکی و نشانگان بیش‌فعال معرفی شده است. اما در آخرین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی این اختلال را اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی نام‌گذاری کرده‌اند (۳). این اختلال که در طبقه‌بندی پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی به صورت الگویی از کاستی توجه - بیش‌فعالی شدید یا بی‌توجهی مداوم با تکرار شونده‌ی بیشتر نسبت به کودکان همان سطح رشدی تعریف

در دهه‌های اخیر مسایل و مشکلات رفتاری کودکان، یکی از مباحث توجه‌برانگیز متون روان‌شناسی و تعلیم و تربیت بوده است. این مشکلات در کودکان کم‌توان ذهنی به مراتب بیشتر از کودکان عادی گزارش شده است. مروری بر پژوهش‌های گذشته نشان می‌دهد که کودکان کم‌توان ذهنی، مشکلات رفتاری متعددی را تجربه می‌کنند. دکر، کوت، اند و ورهالست^۱ در سال (۲۰۱۲) گزارش کردند که کودکان دارای اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی، مشکلات رفتاری را به صورت روابط ضعیف با همسالان، اعتماد به نفس پایین، فرار از خانه، دزدی، رفتارهای پرخاشگرانه و رفتارهای ضداجتماعی نشان می‌دهند (۱).

میزان شیوع اختلالات رفتاری در افراد کم‌توان ذهنی بین ۲۰ تا ۴۴ درصد گزارش شده است، که این میزان تقریباً ۴ برابر کودکان عادی است. معمولاً در بسیاری موارد کودکان کم‌توان ذهنی به

۱. استادیار روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

* (نویسنده مسؤول) Email: hasan.amiri@yahoo.com

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، ایلام، ایران
1- Dekker, Koot, Ende, Verhulst

رو به رو می‌کند که خوشبختانه بسیاری از مشکلات اولیه مرتبط با بیش‌فعالی از قبیل پرتحرکی و تکانشی بودن در دوره بلوغ کاهش می‌یابند. اما اگر این اختلال در کودکی درمان نشود، آمادگی کودک برای پذیرش آسیب‌های روانی و اجتماعی در بزرگسالی افزایش خواهد یافت که مشکلات ثانویه ناشی از آن نظیر رفتارهای ضداجتماعی و مشکل در سازگاری اجتماعی نسبت به سایر دانش‌آموزان، افت تحصیلی، ترک تحصیل و شکست تحصیلی، کناره‌گیری، کاهش اعتماد به نفس، اختلال سلوک، ابتلا به بزهکاری، حوادث و اعتیاد به مواد را در پی خواهد داشت. از سویی شدت بیش‌فعالی و درمان آن در کودکی به طور قابل توجهی پیش‌بینی کننده چگونگی تداوم نشانه‌ها در بزرگسالی است که اگر به موقع تشخیص داده شود، به خوبی درمان شدنی است (۱۷) با توجه به شایع بودن این اختلال در کودکان و صدمات جبران‌ناپذیری که در عملکرد فردی و تحصیلی کودک گذاشته، شناسایی بهنگام و مداخله مناسب می‌تواند نقش چشمگیری در جلوگیری از پیامدهای آن داشته باشد. از آنجا که کودک ساعات بسیاری را در مدرسه به سر می‌برد و به واسطه اینکه معلم از طریق تدریس، اطلاعات آموزشی و رفتاری بسیاری در مورد کودکان دارد (۸). در این پژوهش سعی شده با معرفی این اختلال و ارایه راهکارهای عملی، معلمان را در امر تشخیص و برقراری ارتباط صحیح با کودکان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، در جهت کمک به بهبودی مبتلایان یاری رسانیم.

روشهای مختلفی برای درمان اختلال کاستی توجه-بیش‌فعالی کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی پیشنهاد شده که از آن جمله روش‌های مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی، تنش زدایی، آموزش رمیدگی، استفاده از ورزشهای مختلف و هنر درمانی است (۹).

بکار بستن روان‌شناسی هنر به شکل کنونی توسط فروید آغاز شده است. هنردرمانی 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 می‌کند. این روش بر اساس این باور پایه‌گذاری شده است که فرآیند خلاق به کار گرفته شده در بیان حال از طریق هنر به افراد کمک می‌کند که تعارضات و مشکلات را حل کنند و مهارت‌های بین‌فردی، مدیریت رفتار، کاهش استرس، افزایش عزت‌نفس و خودآگاهی را گسترش داده، به بینش دست یابند (۱۰).

هنردرمانگری زمینه‌ای بسیار گسترده است و از شاخه‌های این رشته می‌توان به فیلم درمانی، نمایش درمانی، نقاشی درمانی، موسیقی درمانی و حرکات موزون (رقص) اشاره کرد (۱۱).

نقاشی عبارت است از ترسیم خودانگیزخته تصاویر که فرصتهایی برای ارتباط و بیان غیرکلامی فراهم می‌کند. مارگارت نامبرگ (۱۹۵۰) نخستین پیشگام هنردرمانی در آمریکا، براساس درمان روان تحلیل‌گری پس از کار با کودکان در مدرسه دریافت که

شده است و به صورت الگوی پایدار نارسایی توجه یا رفتارهای فعال و تکانه‌ای توصیف می‌شود، نوعی اختلال چند عاملی بوده و سبب‌شناسی دقیق آن ناشناخته است. اختلال باید دست‌کم در دو زمینه وجود داشته باشد و عملکرد فرد نیز بسته به میزان رشد، در زمینه‌های اجتماعی، تحصیلی یا شغلی مختل شده باشد. با این حال می‌توان عوامل روانی-اجتماعی، زیست‌شناختی، ژنتیکی، عوامل محیطی و تغذیه‌ای، وزن کم زمان تولد، عوامل خانوادگی، مصرف تنباکو در طی حاملگی مادر، سابقه فامیلی و تنیدگی روانی در دوران حاملگی را جزو عوامل مؤثر در بروز این اختلال دانست (۴).

برای تشخیص اختلال کاستی توجه-بیش‌فعالی در کودک، باید بین سنین پنج تا هفت سالگی دست‌کم به مدت ۶ ماه پیاپی نشانه‌هایی چون فعالیت و تحرک بیش از حد معمول، حواسپرتی مداوم و نداشتن تمرکز روی کاری ثابت، بی‌توجهی، پریشانی، اضطراب، جنب و جوش زیاد و تکانشی و نسنجیده عمل کردن را در موقعیت‌های متفاوت مانند خانه، مدرسه و ارتباط با همسالان در کودک مشاهده کرد، بدین صورت که کودک در خانه از والدین خود پیروی نکرده و تکانشی عمل می‌کند و دچار بی‌ثباتی هیجانی بوده و تحریک‌پذیر است. این کودکان در ارتباط اجتماعی با همسالان خود مشکل داشته و منزوی می‌شوند، در مدرسه قادر به انجام تکلیف نبوده و نیازمند توجه بیشتر از سوی معلمان هستند (۵).

بر اساس پژوهش‌های انجام شده ۲۰ تا ۲۵ درصد کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه-بیش‌فعالی به دلیل کم بودن دامنه توجه مبتلا به اختلال یادگیری هستند. این در حالی است که اختلال‌های روانی و رفتاری دیگری از قبیل اختلال عملکرد، بی‌اختیاری ادرار، اختلال وسواس و اختلال اضطرابی، اختلال سلوک، اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای و اختلالات خلقی ممکن است اختلال کاستی توجه-بیش‌فعالی را همراهی کنند (۶).

فراوانی اختلال کاستی توجه-بیش‌فعالی بر اساس معیار پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی در کودکان سنین مدرسه، سه تا هفت درصد و بر اساس معیار دهمین ویرایش طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها ۷ درصد است براساس پژوهش‌های انجام شده در مناطق مختلف این فراوانی متفاوت است، چنان که در مطالعه بانکوک ۶/۵ درصد، تهران ۱۱ درصد، کلمبیا ۴/۱۶، گناباد ۹ درصد و مشهد ۱۵ درصد گزارش شده است. اما همه پژوهش‌ها میزان تفاوت دو جنس در شیوع اختلال کاستی توجه-بیش‌فعالی را فقط در اختلال؛ ترکیبی معنی‌دار دانسته‌اند. همچنین میزان شیوع را در پسرها ۲ تا ۹ برابر بیشتر از دخترها و علت مراجعه در دختران را اغلب به دلیل حواسپرتی و کم‌توجهی و در مورد پسران بیشتر به علت بیش‌فعالی گزارش کرده‌اند (۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهند اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، روند طبیعی و رشد دوران کودکی را با مشکل

استثنایی و شاغل به تحصیل در مدارس استثنایی با هماهنگی اداره آموزش پرورش استثنایی و مدارس استثنایی تهیه و تعداد ۴۸ نفر از آنان که بر اساس فرم مقیاس درجه‌بندی کانرز دارای بیش‌ترین نمره بوده‌اند و همچنین اختلال کاستی توجه-بیش-فعال آن‌ها با مصاحبه بالینی پژوهشگر بر اساس ملاک DSM-۷ تأیید شده است. انتخاب و به روش تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل گماشته شدند. شرایط ورود، داشتن بهره‌ی هوشی ۵۵ تا ۷۰، سن ۸ تا ۱۶ سال، جنسیت مذکر. شرایط خروج، داشتن هرگونه اختلالات بینایی، شنوایی، حرکتی و گفتاری مشخص، بیماری صرع و مصرف دارو. و از آنان جهت شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. سپس گروه آزمایشی هر روز و در ۸ جلسه‌ی متوالی و هر جلسه به مدت ۴۵ الی ۶۰ دقیقه با استفاده از نقاشی‌درمانی مورد آموزش قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نمودند. سپس پس‌آزمون و بعد یک ماه آزمون پیگیری روی هر دو گروه اجرا گردید.

ساخت مقیاس‌های چندگانه‌ی کانرز در سال ۱۹۶۰ توسط کیت کانرز آغاز شد. این مقیاس‌ها ابتدا به منظور ارزیابی تأثیر داروهای محرک بر روی کودکان بیش‌فعال و جهت تمیز کودکان بیش-فعال از کودکان عادی ساخته شدند. در ابتدا سؤال‌های این مقیاس از طریق گردآوری غیررسمی اطلاعات از والدینی که کودکان آن‌ها به مرکز درمانی دانشگاه جان هاپکینز ارجاع داده شده بودند، اخذ شد. داده‌های بدست آمده توسط کانرز در سال ۱۹۷۰ مورد تحلیل عوامل قرار گرفت و ۷۳ گویه استخراج شد. کانرز در سال ۱۹۷۳ یک مقیاس ۹۳ گویه‌ای ویژه‌ی والدین که اختلالات کودکان را در ۲۵ طبقه‌ی مختلف می‌سنجید، تهیه کرد. سپس طی تحلیل عوامل از بین این حیطه‌ها ۷ عامل مورد تأیید قرار گرفت. بعد از ۸ سال با حذف تعدادی از عوامل، فرم کوتاه این مقیاس با ۴۸ گویه توسط گویت و کانرز و الوالریچ (۱۹۷۸) فراهم آمد. همچنین فرم ۳۹ گویه‌ای ویژه‌ی معلم که در این پژوهش مد نظر است، به همین ترتیب توسط کانرز ساخته شد که سه حیطه‌ی رفتار کلاس، شرکت در گروه و نگرش به مراجع قدرت را می‌سنجد. معلمان گویه‌ها را بر اساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای از نوع لیکرت نمره‌گذاری می‌کنند. لذا دامنه‌ی نمره‌ها از صفر (اصلاً صحیح نیست یا هرگز و بندرت) تا ۳ (کاملاً صحیح است یا اغلب اوقات و تقریباً همیشه) متغیر است. تکمیل این مقیاس ۱۰ الی ۱۵ دقیقه طول می‌کشد. در کانادا نمره‌های هنجاری این مقیاس توسط کانرز برای کودکان سنین ۴ تا ۱۱ سال در گروه‌های سنی ۴ تا ۵ ساله، ۶ تا ۸ ساله و ۹ تا ۱۱ ساله فراهم آمده است. کانرز پایایی بازآزمایی فرم معلم این مقیاس را در طول یک ماه تا یک سال از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ و پایایی بین نمره-گذاری معلمان را ۰/۷۰ گزارش کرده است. ضرایب آلفای کرونباخ برای این مقیاس بین ۰/۶۱ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. در سودان داده‌های روایی و پایایی این مقیاس توسط الحسن-

کودکان هیجان‌های خود را در نقاشی‌هایشان منعکس و فرافکنی می‌کنند کرامر^۱ (۱۹۵۸) هنرمند و آموزگاری است که نخستین بار با کودکان دارای اختلال‌های هیجانی به کار نقاشی درمانی پرداخت (۱۲).

نتایج پژوهشی که توسط مددی (۱۳۹۲) با عنوان بررسی تأثیر نقاشی درمانی بر کاهش مشکلات هیجانی کودکان ۱۱-۷ انجام شد حاکی از تأثیر نقاشی درمانی بر کاهش مشکلات هیجانی کودکان بود. لی (۲۰۱۴) 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. راسل^۲ (۲۰۱۴) در پژوهش خود نشان داد که هنردرمانی (نقاشی، ترسیم و سفالگری) تأثیرات مثبتی بر کودکان در معرض خطر دارد و رفتارهای پرخطرانه، بیش‌فعالی و کم‌توجهی آنان را کاهش می‌دهد (۱۳). پژوهشگران دیگری نیز تاکنون تأثیر نقاشی را بر کاهش اضطراب بیماران اسکیزوفرنیک (۲۷) و تأثیر هنردرمانی (ترکیبی از فعالیت‌های ترسیم، نقاشی و سفالگری) را بر کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال اتیسم (سیلور، ۲۰۱۵)، اختلال دلبستگی اجتنابی (مل کویتز^۳، ۲۰۱۳) و اختلال دوقطبی (لوفور^۴، ۲۰۱۴) مورد بررسی قرار داده‌اند (۱۴).

با توجه به اینکه اختلال کاستی توجه-بیش‌فعالی مشکلی متداول میان افراد کم‌توان ذهنی است و پژوهش‌های گذشته از تفاوت اختلال کاستی توجه-بیش‌فعالی در بین دختران و پسران صحبت می‌کنند و نیز تا کنون در ایران پژوهشی که به تعیین تأثیر نقاشی (با موضوعات مشخص) بر کاهش اختلال کاستی توجه-بیش‌فعالی کودکان پسر کم‌توان ذهنی پرداخته باشد، توسط پژوهشگران مشاهده نشده است، ما در پژوهش حاضر، درصد هستیم به این سؤال پاسخ دهیم که آیا استفاده از نقاشی در کاهش اختلال کاستی توجه-بیش‌فعالی کودکان پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر مؤثر است؟

روش بررسی

پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی از نوع شبه‌آزمایشی با پیش-آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با مرحله پیگیری بود. جامعه مورد مطالعه، کلیه کودکان کم‌توان ذهنی دارای اختلال کاستی توجه-بیش‌فعالی مشغول به تحصیل، در مدارس استثنایی ایلام در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ بود، که تعداد کل آنان ۲۱۸ نفر بود. ابتدا لیست دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تحت حمایت آموزش و پرورش

1- Keramer
2- Rastle
3- Melkowitz
4- Lefebvre

پرسش‌نامه معادل ۰/۸۶ و برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۷۴ برای بیش‌فعالی تا ۰/۸۹ برای بی‌توجهی - رؤیای‌پردازی متغیر بود. برای تشخیص اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی از مصاحبه بالینی بر اساس ویراست پنجم راهنمای آماری تشخیصی اختلالات روانی استفاده شد. در طی این مصاحبه اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی مورد بررسی بیشتر و دقیق‌تر قرار گرفت.

الاواد و سونوگابارک (۲۰۰۲) مورد مطالعه قرار گرفت و نتایج پایایی و روایی را ۰/۸۷ گزارش شد. و در یک پژوهش در شه‌ر شیراز جهت تعیین روایی، همبستگی بین زیر مقیاس‌ها محاسبه گردید. با استفاده از تحلیل عوامل، ۵ عامل مشکلات سلوک، بیش‌فعالی، بی‌توجهی - رؤیای‌پردازی، اضطراب - خجالتی و انفعالی بودن، پایایی مقیاس با روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۷۶ و برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۶۸ برای انفعالی بودن تا ۰/۸۲ برای مشکلات سلوک متغیر بود و ضرایب آلفای کرونباخ برای کل

جدول (۱) موضوعات جلسات نقاشی

جلسه	زمان	موضوع
اول	۴۵ الی ۶۰ دقیقه	ترسیم هیجان‌ات مختلف مانند خندیدن، گریه کردن و ...
دوم	۴۵ الی ۶۰ دقیقه	ترسیم اعضای گروه.
سوم	۴۵ الی ۶۰ دقیقه	چه چیزی مرا ناراحت می‌کند؟
چهارم	۴۵ الی ۶۰ دقیقه	حیوانی را ترسیم کنید که دوست دارید باشید.
پنجم	۴۵ الی ۶۰ دقیقه	نقاشی دیواری گروهی (با موضوع دلخواه کودکان).
ششم	۴۵ الی ۶۰ دقیقه	وقتی باران می‌بارد، هوا چگونه است؟
هفتم	۴۵ الی ۶۰ دقیقه	نقاشی از بدن.
هشتم	۴۵ الی ۶۰ دقیقه	نقاشی همراه با موسیقی (موسیقی با ریتم کند و تند و موضوع دلخواه کودکان).

درصد، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی آزمون تحلیل اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۴۸ کودک در دو گروه ۲۴ نفره آزمایش و کنترل وارد مطالعه شدند. میانگین و انحراف معیار نمرات کاستی توجه - بیش‌فعالی در گروه‌های آزمایش و کنترل مراحل مختلف اندازه‌گیری در جدول شماره ۲ آورده شده است.

در تمام جلسات کودکان تشویق می‌شوند اما اگر آن‌ها به تنهایی قادر به تکمیل نباشند، باید جهت کمک به رفع مشکل، اصلاحاتی انجام گیرد. هدف از اجرای جلسات این است که در پایان، میزان اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر تغییر یابد.

تجزیه و تحلیل آماری حاصل از این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS-20، در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی، انجام شد. در بخش آمار توصیفی از مشخصه‌های آماری مانند فراوانی،

جدول (۲) آماره‌های توصیفی نمرات کاستی توجه - بیش‌فعالی افراد گروه آزمایش و کنترل در زمان‌های مختلف

مرحله	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		بی‌گیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
کاستی توجه - بیش‌فعالی	آزمایش	۵۹/۳	۳/۴۰	۳۷/۴	۲/۵۷	۲/۶۴
	کنترل	۶۱/۶	۳/۱۴	۵۸/۵	۳/۳۳	۳/۲۵

شاپیروویلکز نشان داد توزیع متغیرها طبیعی بود. (کاستی توجه - بیش‌فعالی، $p=0.056$). همچنین با استفاده از آزمون لوین همگنی واریانس کاستی توجه - بیش‌فعالی تأیید شد ($p=0.169$) (جدول شماره ۳).

در این مطالعه برای بررسی تغییرات کاستی توجه - بیش‌فعالی در مراحل مختلف اندازه‌گیری از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. همچنین میانگین نمرات در یک متغیر، به عنوان نمره در آن متغیر در نظر گرفته شد. در ابتدا پیش‌فرضه‌های آزمون اندازه‌گیری مکرر بررسی شد. سطح معناداری آزمون

جدول (۳) بررسی طبیعی بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس‌ها

متغیر	آزمون شاپیروویلکز			آماره لوین	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	سطح معناداری
	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری				
کاستی توجه- بیش فعالی	۰/۱۶	۴۸	۰/۰۵۶	۱/۹۴	۱	۴۷	۰/۱۶۹

تساوی کواریانس‌ها رد شد ($p < ۰/۰۰۱$) اما سطح معناداری آزمون گرینهاوس- گایزر ۰/۰۵ بود. بنابراین انجام آزمون اندازه‌گیری مکرر منعی نداشت.

یکی از پیش فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری مکرر، پیش فرض تساوی کواریانس‌ها بین متغیرهای وابسته است که با آزمون کرویت ماخلی ارزیابی می‌شود. همان‌طور که در جدول شماره ۳ نشان داده شده است، فرض

جدول (۴) آماره‌های آزمون کرویت ماخلی برای اعتبار اثرات درون فردی بر کاستی توجه- بیش فعالی

متغیر	W ماخلی	X تقریبی	درجه آزادی	سطح معناداری	اپسیلن گرینهاوس- گایزر
کاستی توجه- بیش فعالی	۰/۰۰۲	۳۶۱/۴۳	۲	< ۰/۰۰۱	۰/۵

که آموزش باعث تغییرات معنادار در نمرات کاستی توجه- بیش فعالی افراد شده بود.

سطح معناداری آزمون گرینهاوس- گایزر نشان داد که تفاوت میانگین نمره کاستی توجه- بیش فعالی در مراحل مختلف اندازه‌گیری معنادار بود ($p < ۰/۰۰۴$) (جدول شماره ۵). بدین معنا

جدول (۵) آماره‌های آزمون اثر آموزش بر کاستی توجه- بیش فعالی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار f	سطح معناداری
کاستی توجه- بیش فعالی	آموزش	۷۹۸۶/۶۷	۱	۷۹۸۶/۶۷	۸/۹۳	۰/۰۰۴
	خطا	۵۱۸۴۶/۸۵	۴۷	۸۹۳/۹۱		

بیش‌فعالی بین پیش‌آزمون و آزمون پیگیری نیز معنادار بود ($p < ۰/۰۰۱$)، اما میزان کاستی توجه- بیش فعالی پس‌آزمون و آزمون پیگیری اختلاف معناداری باهم نداشتند ($p < ۰/۹۸$).

براساس مندرجات جدول شماره ۶، با توجه به آزمون تعقیبی بونفرونی می‌توان گفت که بین کاستی توجه- بیش فعالی افراد تحت آموزش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین تفاوت نمرات کاستی توجه-

جدول (۶) آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین‌های نمرات کاستی توجه- بیش فعالی افراد در مراحل مختلف اندازه‌گیری

متغیر	مراحل	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
کاستی توجه- بیش فعالی	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	۲۱/۹	۳/۰۷	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون و پیگیری	۱۸/۷	۳/۰۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون و پیگیری	-۳/۲	۰/۰۷۵	۰/۹۸

بحث و نتیجه‌گیری

نقاشی‌درمانی در کاهش بی‌توجهی و تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی پسر کم‌توان ذهنی آموزش - پذیر تأثیر داشته است. یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش گرشمان، سوچای و هورنر^۵، (۲۰۱۴)، آندریاس^۶ (۲۰۱۳)، بامینگر و کیمی کایند^۷ (۲۰۱۱)، عطاری (۱۳۹۲)، زاده‌محمدی، عابدی و خانجانی (۱۳۹۱)، راندی و میشل^۸ (۲۰۱۱) و فدایی، جم‌نژاد و مزینانی (۱۳۹۰) همسو است (۱۵).

هرچند درمان اختلالات رفتاری در کودکان کم‌توان ذهنی دارای اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی بسیار مهم و ضروری است، اما ضرورت برنامه‌های پیشگیری به منظور جلوگیری از این اختلالات رفتاری از اهمیت بیش‌تری برخوردار است. برنامه‌های پیشگیری را می‌توان در چهار بعد مربوط به آموزش کودک، خانواده، مدرسه و جامعه متمرکز نمود (۱۶). بی‌شک کمک به این کودکان در افزایش تمرکز و کاهش بی‌قراری امری مهم و ضروری است، زیرا تداوم عدم تمرکز و بی‌قراری در طول زندگی با شروع در دوره کودکی سبب رنج‌هایی بزرگ در زندگی آنان و تحت تأثیرات منفی قرار دادن محیط اطرافشان خواهد شد. لذا اهمیت مداخله‌ی زودرس را نه تنها به منظور کاستن رنج کودکان و نوجوانان بلکه با هدف پیشگیری از تبدیل آن به طیف وسیعی از مشکلات روانشناختی در بزرگسالی روشن است (۱۷). در فرآیند یاددهی - یادگیری شناخت ویژگی‌های روحی و روانی کودکان، کمبودها، نیازها، استعدادها، علایق، توانایی‌ها و ناتوانی‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده و حساسیت این امر در آموزش و پرورش ابتدایی بیش‌تر از سایر دوره‌های تحصیلی است و ما در صورتی موفق‌تر عمل خواهیم کرد که کودکان را شناخته و آموزش‌هایمان را منطبق بر نیازها و تمایلات کودکانمان ارائه نماییم (۱۸).

فعالیت هنری وسیله‌ی ارتباط فکر و بیان است، بنابراین از طریق آن می‌توان ارتباط مؤثری با دیگران برقرار کرده و آن را برای تربیت عقلانی، عاطفی و اجتماعی افراد به کار برد. این امر موجب بروز تمایلات، افکار، احساسات و تجارب فردی می‌گردد. ارتباط بین هنر و رشد شناختی شاید یکی از اساسی‌ترین دلایل برای استفاده از هنر و هنردرمانی در آموزش و پرورش دوره‌ی ابتدایی باشد (۱۹). برای یک کودک، ساختار هنری یکی از اثربخش‌ترین شیوه‌ها به منظور درک، ساماندهی و یکپارچه‌سازی مفاهیم است. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که از بدو تولد تا ۱۰ سالگی، ارتباطی مثبت بین توانایی‌های هوشی و مهارت‌های هنری وجود دارد. بدین شکل که کمک می‌کند تا کودکان ابعاد

ناشناخته‌ی درونشان را کشف کنند و موجبات رشد شناختی خویش را فراهم آورند که شامل طبقه‌بندی و سازماندهی رویدادها، بازشناسی ارتباطات بین خودشان و اشیاء و بازشناسی پدیده‌هایی که یک رویداد خاص یا تجربه‌ی ای را متمایز می‌سازد، می‌شود (۲۰).

می‌توان از مقوله‌ی هنردرمانی در تمام مدارس، به عنوان یک مکانیسم دفاعی و روانی در مواجهه با ناتوانی‌ها استفاده کرد. هنردرمانی صرف نظر از هر نوع ناتوانی کودک، در واقع ابزار مؤثری در لحاظ نمودن یک برنامه به شمار می‌رود (۲۱). علی‌رغم عدم استفاده‌ی کامل از مقوله‌ی هنردرمانی در مدارس و جدید بودن آن، با توجه به مطالعات و پژوهش‌های پیشنهادی، هنردرمانی می‌تواند در رشد و تحول ابعاد گوناگون کودکان دارای نیازهای ویژه فوق‌العاده مؤثر و مفید باشد. از جمله تکنیک‌های هنردرمانی، نقاشی‌درمانی است که در چند سال اخیر مورد توجه خیل عظیمی از پژوهشگران و درمانگران قرار گرفته است (۲۲).

از آن جایی که کودکان کاستی توجه - بیش‌فعال کم‌توان ذهنی در برخی موارد، فاقد قابلیت‌ها و توانایی‌های خاص می‌باشند، لذا استفاده از عواملی مانند ایجاد خلاقیت، تمرکز، توجه و دقت لحاظ شده در نقاشی‌درمانی می‌تواند، پیشرفت‌ها و موفقیت‌های زیادی را در طول دوران زندگی برای آنان به ارمغان آورد. در اثر آموزش‌های نقاشی‌درمانی، مهارت‌های ارتباطی، خودآگاهی، احساس‌ها و عواطف متعادل و متوازن شده و نیز قدرت من در کودکان گسترش می‌یابد. با این اوصاف اهمیت نقاشی‌درمانی و کاربرد آن در تعلیم و تربیت این کودکان آن چنان که باید مورد توجه قرار نگرفته است، حال آن که این موضوع آن قدر مؤثر و مهم است که باید به حد کافی به آن توجه شود (۲۳).

عدم همکاری دانش‌آموزان در حین اجرای نقاشی‌درمانی و نمونه اندک پسران باعث شده در تعمیم نتایج به جوامع و گروه‌های دیگر با احتیاط برخورد کرد. در پژوهش‌های آینده اثر سایر جنبه‌های هنردرمانی همچون بازی درمانی، تأثیردرمانی، شن‌درمانی و... در کاهش سایر اختلال‌ها در دیگر کودکان استثنایی پرداخته شود. با توجه به نتایج پژوهش دست‌اندرکاران امور دانش‌آموزان جهت کاهش کاستی توجه و بیش‌فعالی کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر از نقاشی‌درمانی بهره‌گیرند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در تدوین و اجرای این پژوهش نقش داشته‌اند قدردانی می‌شود.

References:

1. 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*. 2012; 43(8):1087-1098.
2. 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 2013; p: 397-408.
3. Ganji M. *Psychopathology based on DSM-V*. Tehran: Savalan 2015.
4. Yoshimasu K, Yamashita H, Kiyohara C, Miyashita K. Epidemiology, treatment and prevention of attention deficit/hyperactivity disorder: a review. *Nippon Koshu Eisei Zasshi*. 2013; 53(6): 398-410.
5. Primich C, Iennaco J. Diagnosing adult attention-deficit hyperactivity disorder: the importance of establishing daily life contexts for symptoms and impairments. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012; 19(4): 362-73.
6. Shabani M, Yadegari A. The prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in primary school students in Zanjan. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*. 2012; 13 (14): 42- 48.
7. Rostain AL. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: evidence-based recommendations for management. *Postgrad Med*. 2010; 120(3):27-38.
8. Alaghandrad J, Momeni F. Associated with attention deficit hyperactivity disorder and learning disorders in children 7 to 12 years old. *Journal of Thought and Behavior*. 2015; 6 (2): 32- 36.
9. Silver R. *Aggression and depression assessed through art: using draw-a-story to identify children and adolescents at risk*: Routledge; 2005.
10. Naumberg M. Spontaneous art in education and art psychotherapy. *American Journal of Art Therapy*. 2011; 40(1): 46-64.
11. Nori F. The effect of painting therapy in reducing aggressive behaviors of mentally retarded male students. Master's thesis. University of Tehran. 2015.
12. 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, abstract page. 2014.
13. 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. 2014.
14. Fadai F, Jam Nejad M, Mazinani R. Application drawing on reducing anxiety in schizophrenic patients. *Journal of Rehabilitation*. 2012; 10(2): 5- 11.
15. Madadi N. The effect of painting therapy in reducing emotional problems of children 11-7 years old. Master's thesis, Islamic Azad University of Tehran. 2015.
16. Spetie L, Arnold EL. *Attention deficit hyperactivity disorder, Lewis's child and adolescent psychiatry*. 4th. New York: Lippincott, Williams and Wilkins. 2014.
17. Gresham FM, Sugai G, Horner R H. Interpreting outcomes of social skills training for students with high-incidence disabilities. *Ecetional children*. 2014; 67(12); 331-334.

18. Karoly L. Analysis of mental retardation and lower-functioning offender correctional program. *Corection today*. 2012; 65(2); 119-121.
19. Mirzabeygi Ali. The role of art in education and mental health. Tehran: the school; 2014.
20. Corey E, Elliott Stephen N. Social Adjustment and Academic Achievement: A predictive model for students with Diverse Academic and behavior competencies. *School Psychology Review*. 2013; 353(12): 493-501.
21. Landgarten HB. *Clinical art therapy: A comprehensive guide*: Routledge; 2013.
22. Tasse M. Mental Retardation: Definition, Classification, and Skill Training Approaches on Teacher and Child Behavior. *Journal of Research skills and peer relationships in adolescence. Social Behavior and per skills. Behavioral Assessment*. 2014; 4(1): 1-33.
23. Joseph DL. *The interpretation of children's paintings*. Translation: F. blazing, Tehran: Welfare Organization; 2013.