

بررسی تاثیر نقاشی درمانی بر کاهش کمروئی و احساس تنهایی دانش آموزان دوره اول دبستان

سامیه سرافراز خباز^۱، فاطمه حاجی اربابی^۲

^۱ کارشناس ارشد روان شناسی تربیتی، موسسه غیر انتفاعی کاویان، مشهد، ایران

^۲ دکتری تخصصی روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی موسسه آموزش عالی کاویان مشهد ایران.

نام نویسنده مسئول:

سامیه سرافراز خباز

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۱۶

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی نقاشی درمانی بر کاهش کمرویی و احساس تنهایی دانش آموزان دوره اول دبستان می باشد. روش تحقیق در این پژوهش به شیوه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل صورت گرفت. جامعه آماری شامل دانش آموزان دختر و پسر ابتدایی منطقه احمدآباد بود که در دوره اول دبستان و در سال تحصیلی ۱۴۰۰ - ۱۳۹۹ در این منطقه به تحصیل می پردازند و برای نمونه گیری از روش هدفمند استفاده گردید؛ بدین صورت که از میان مدارس ابتدایی در محدوده معرفی شده دو مدرسه به صورت هدفمند انتخاب و از میان دانش آموزان دوره اول، ۳۰ دانش آموز به صورت در دسترس مشخص گردید و به عنوان نمونه آماری در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و ۱۵ نفره کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش در هشت جلسه ۵۰ دقیقه ای تحت نقاشی درمانی قرار گرفتند. داده های حاصل از این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابتدا با شاخص های آمار توصیفی از قبیل میانگین و انحراف استاندارد، توصیف شدند و سپس از آزمون های آمار استنباطی از قبیل آزمون های تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) جهت تفسیر داده ها استفاده گردید. یافته های پژوهش حاضر نشان دادند که نقاشی درمانی در کاهش کمروئی و احساس تنهایی دانش آموزان دوره اول دبستان موثر است.

واژگان کلیدی: نقاشی درمانی، کمروئی، احساس تنهایی

مقدمه

امروزه دانش آموزان و کودکان بیشتر در معرض اختلالات رفتاری و هیجانی قرار می‌گیرند [۱]. این کودکان بسیاری از این اختلالات را در محیط مدرسه تجربه می‌کنند که مستلزم صرف وقت و توجه بیشتر می‌باشند [۲]. مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان به دو گروه کلی مشکلات برون‌سو و درون‌سو تقسیم می‌شوند مشکلات برون‌سو معطوف به خارج و مشکلات درون‌سو معطوف به داخل و مشتمل بر رفتارهایی مانند گوشه‌نشینی و کمروبی می‌باشد [۳]. تقریباً ۲۱ درصد از کودکان علائم و نشانه‌های اختلالات روانشناختی درون‌سو را بر طبق معیارهای چهارمین ویرایش کتابچه‌ی تشخیصی و درمانی اختلالات روانی DSM-IV تجربه می‌کنند [۴]. و از آنجایی که شیوع بالای رفتار کمروبی و احساس‌تنهایی در کودکان و عواقب منفی آن بر فرد و جامعه مشهود می‌باشد باعث شده است تا اهمیت بررسی این موضوع آشکار شود [۵].

کمروبی " ناتوانی و معلولیت فرد در برقراری ارتباط است و "احساس تنهایی" مشکل انسان در اثر فقرارتباطی است [۶]. محققان بر این باورند احساس تنهایی و کمروبی از جمله متغیرهای مهم در پیش‌بینی بسیاری از نابه‌هنجاری‌های رفتاری از جمله اضطراب و افسردگی، خودکشی، افت شخصیت، تسلیم‌پذیری، مشکل برقراری روابط اجتماعی و حتی جهالت و مشکل خواب می‌گردد [۷]. همچنین "کمروبی و احساس تنهایی" با توجه به میزان ضعف و شدت پیامدهای زیستی از قبیل افزایش یافتن ضربان قلب، تغییر کردن رنگ چهره، ایجاد مشکل در تنفس، لرزش بدن، گرفتگی زبان، از بین رفتن رطوبت دهان، را به دنبال می‌آورد [۸].

افرادی که دارای احساس تنهایی هستند به مرور زمان از علاقه‌ی آن‌ها نسبت به برقراری روابط اجتماعی کاسته می‌شود تا به حداقل برسد و از این حیث برخی از ویژگی‌های افراد کمرو را پیدا می‌کنند [۶]. برای درمان کم‌روبی و احساس تنهایی راه‌های مختلفی وجود دارد که به طور کلی در سه سطح فردی، گروهی و اجتماعی قرار می‌گیرند [۹].

در رویکرد فردی درمان‌هایی مثل درمان سایکودینامیک و درمان رفتاری - شناختی مفید هستند. به طور مثال در درمان سایکودینامیک درمان‌گر سعی می‌کند ریشه مشکلات بیمار را در تجربیات دوران کودکی آنها جستجو کند [۱۰]. در سطح گروهی می‌توان به تشکیل گروه‌هایی برای آموزش مهارت‌های اجتماعی و هم‌چنین آموزش بازسازی برخورد‌های اجتماعی به افراد کم‌رو و خجالتی اشاره کرد [۱۱]. اصلاح فضاهای اجتماعی که افراد در آن مکان‌ها گرد هم جمع می‌شوند مانند کلاس‌های مدرسه و خلق فرصت‌های ارتباطی جدید می‌توانند اقدامات موثر در سطح محیط و اجتماع باشند [۱۰]. بدین ترتیب می‌توان کم‌روبی و احساس تنهایی را پس از کودکی درمان کرد اما از آنجایی که این دو عامل در دوران کودکی شکل می‌گیرند بهتر است با استفاده از آموزش‌ها و روش‌هایی همسان با شخصیت آنان مثل هنر درمانی، آن‌ها را در همان دوران، به موقع شناسایی و درمان کرد [۹]. از جمله روش‌های هنر درمانی برای درمان کم‌روبی و احساس تنهایی نقاشی درمانی است [۱۲]. منظور از نقاشی درمانی، آموزش نقاشی و دوره‌ی آکادمیک نقاشی نیست، بلکه کودک از طریق رسم کردن و کشیدن اشکال مختلف می‌تواند اتفاقات زندگی‌اش را به شکل یک سریال در آورد که همین کار به رفع اختلالات روحی و روانی کودک کمک می‌کند [۱۳]. در نقاشی درمانی، کودکان که در بیان احساساتشان ناتوان هستند و از طریق رسم کردن می‌توانند احساسات درونیشان را بیان کنند و این گونه بر بسیاری از اختلالات رفتاری غلبه کنند [۱۴]. در واقع تصویر کشیده شده توسط کودک تنها یک نقاشی ساده نیست بلکه مجموعه‌ای پیچیده از عناصر مختلفی است که هر کدام بیانگر بخشی از وجود کودک و نشانه‌ای از تجربیات او هستند [۱۵]. درمانگر با توجه به فرایند انتخاب، تفسیر و کنارهم قرار دادن این عناصر توسط کودک، می‌تواند بفهمد که او به چه می‌اندیشد، چه چیزی را حس می‌کند و می‌بیند [۱۶]. رسم اشکال مختلف توسط کودکان تا حدودی نشانه‌ی شخصیت و ویژگی‌های اخلاقی‌شان می‌باشد از جمله: قدرت و عملکرد ذهن کودک و ویژگی‌های احساسی و عاطفی، ناکامی‌ها، فشارها و تمایلات درونی کودک را می‌توان از طریق نقاشی کودک باز شناخت [۱۷].

به گفته‌ی کاتزا و همکاران نقاشی می‌تواند به عنوان زبانی برای بیان احساسات مانند پرخاشگری و احساس تنهایی و... ارائه شود زیرا کودکان واژگان محدودی برای بیان تجربیات هیجانی خود دارند [۱۸]. نقاشی و دیگر اشکال هنر بین دنیای درونی و واقعیت بیرونی کودک پل می‌زنند و رفتارها را به عنوان یک واسطه به تصویر می‌کشند و جنبه‌های خودآگاه و ناخودآگاه گذشته حال و آینده زندگی کودک را بازتاب می‌کنند [۱۹].

همچنین در مطالعه شهری (۱۳۹۲) تاثیر نقاشی درمانی بر مهارت های ارتباطی دختران کمرو در یکی از مدارس شهر اردبیل انجام شد. ۸۴ دانش آموز کمرو به دو گروه کنترل و تجربی تقسیم شدند و گروه تجربی پس از ۸ جلسه نقاشی درمانی در طول یک ماه، تفاوت قابل ملاحظه ای در مهارت های ارتباطی با گروه شاهد نشان دادند.

رکنی و همکاران (۱۳۹۴) نتیجه گرفتند که نقاشی درمانی از جمله روش های جذاب و موثر در افزایش خلاقیت (در ابعاد ابتکار، سیالی و انعطاف پذیری) و رشد اجتماعی کودکان ۴ تا ۶ سال است. شلانی (۱۳۹۴) نتیجه گرفت هنردرمانی با رویکرد نقاشی به عنوان روشی مناسب در جهت ارتقای مهارت های اجتماعی و کاهش تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/نارسایی توجه پیشنهاد می شود. رضائی (۱۳۹۵) نتیجه گرفت که بازی درمانی بر کاهش کمرویی و احساس تنهایی کودکان پیش دبستانی مؤثر بوده است. پوربائی و سهیلی (۱۳۹۵) نتیجه گرفتند ۱- نقاشی درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان گروه آزمایش در هردو مهدکودک تاثیر دارد. ۲- در مقایسه دو مهدکودک نقاشی درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان مهد آفتابگردان به دلیل کیفیت فضایی مناسبتر تاثیر بیشتری داشته است. هاشم ابادی و فیروززاده پاشا (۱۳۹۵) نتیجه گرفت که روش هنر درمانی (نقاشی درمانی) بر تکانشگری دانش آموزان مؤثر است. زمانی کلجانهانی (۱۳۹۶) نتیجه گرفت که بین تاثیر روش های شن بازی درمانی و قصه درمانی بر کمرویی و احساس تنهایی و ابراز وجود کودکان دبستانی، تفاوت وجود دارد. ویسکرمی و همکاران (۱۳۹۶) نتیجه گرفتند که نقاشی درمانی یک روش مؤثر در افزایش معنای زندگی و سلامت روان دانش آموزان دارای پیشرفت تحصیلی پایین است. سوری (۱۳۹۶) نتیجه گرفت که نقاشی درمانی و قصه درمانی بر افزایش تاب آوری کودکان کار و خیابانی و نقاشی درمانی در مقایسه با قصه درمانی بر کاهش تکانشوری کودکان کار و خیابانی تاثیر بیشتری دارد بنابراین می توان از نقاشی درمانی و قصه درمانی در افزایش تاب آوری و کاهش تکانشوری کودکان به ویژه کودکان آسیب دیده و یا در معرض آسیب به عنوان یک روش مداخله ای استفاده نمود. امیری کهنوج (۱۳۹۷) نتیجه گرفت که جلسات هنردرمانی بر ابعاد سازگاری (اجتماعی- هیجانی و تحصیلی) دانش آموزان دختر پایه ی پنجم و ششم ابتدایی تاثیر نداشت. علل احتمالی این عدم تاثیر مورد بحث قرار گرفته است. هاشمی نسب (۱۳۹۷) نتیجه گرفت که هنر درمانی از جمله نقاشی درمانی و بازی درمانی روش مؤثری در اختلالات عاطفی و رفتاری کودکان می باشد. علی خانی (۱۳۹۷) نتیجه گرفت که هنردرمانی بر نشاط ذهنی و خوددلسوزی سالمندان اثر بخش می باشد. پاکزاد مقدم (۱۳۹۷) نتیجه گرفت که در میانگین نمرات پس از آزمون اضطراب و خلاقیت گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد، در نهایت می توان گفت هنردرمانی بر پایه ی نقاشی بر کاهش اضطراب و افزایش خلاقیت دانش آموزان دبستانی مؤثر می باشد. نیکنام و همکاران (۱۳۹۸) نتیجه گرفتند که بین گروه های آزمایشی و گواه از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای کمرویی و احساس تنهایی و مولفه های آن یعنی کمبود قاطعیت و فقدان اعتماد به نفس، پریشانی و دوری گزینی اجتماعی و گستره کمرویی و احساس تنهایی در ارتباط با افراد نا آشنا تفاوت معنی داری وجود دارد به عبارت دیگر می توان گفت که بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری موجب کاهش کمرویی و احساس تنهایی و مولفه های آن در آزمودنی های گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه می شود. آزادبخش و افشک (۱۳۹۸) نتیجه گرفتند که بین میانگین نمرات پس از آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. ضمن این که هنردرمانی بر پایه نقاشی درمانی، روش مؤثری در بهبود سطوح نظریه ذهن است. شلا (۲۰۱۸) نتیجه گرفت که بهبود معناداری در سطح خلق و خوی، شفافیت اندیشه و اضطراب برای بیماران، بدون توجه به فرد، سن و ... وجود دارد. یون و همکاران (۲۰۱۹) نتیجه گرفت که از جمله پیامدهای هنردرمانی توسعه ی بیشتر امنیت دلبستگی با توجه به اصول روانسنجی می باشد. فرنا بلک (۲۰۱۹) نتیجه گرفت که نقاشی درمانی می تواند یک فضای محافظ برای شخص ایجاد کند این فضای محافظ به شخص کمک می کند تا روابط جوان با وجود هر نوع اختلال در یادگیری بهبود یابد. کوهن- یاتزیو (۲۰۱۹) نتیجه گرفتند که در پنج گروه بالینی قرار گرفته است: تروما، آموزش ویژه و ناتوانی، مشکلات غیر اختصاصی، شرایط پزشکی و خطاکاران. مزایای بالقوه ی هنردرمانی در پنج جمعیت نام برده شده نشان می دهد که هنر درمانی بر روی بهبود و پیشرفت رفتاری کودکان مؤثر می باشد. مکدانالد و همکاران (۲۰۱۹) نتیجه گرفتند تاثیرات مثبت هنردرمانی مبتنی بر مطالعات اکتشافی بر روی سلامت اجتماعی و عاطفی و روانی کودکان می باشد. مولا (۲۰۲۰) نتیجه گرفت که هنر درمانی برای کودکان مبتلا به آسم، اختلالات رفتاری و اختلالات اضطراب جدایی، اختلالات یادگیری و رفتارهای مختل کننده بسیار مؤثر می باشد. باتوجه به مطالب بالا مساله اصلی در پژوهش حاضر این است که آیا نقاشی درمانی در کاهش کمرویی و احساس تنهایی تاثیر دارد؟

روش شناسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه آماری در این پژوهش کلیه دانش آموزان دختر و پسر ابتدایی منطقه احمدآباد که در دوره ی اول و در سال تحصیلی ۹۹-۱۴۰۰ در این منطقه مشغول به تحصیل بوده‌اند. روش نمونه گیری در این پژوهش به صورت هدفمند می باشد حجم نمونه ۳۰ نفر است که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی گزینش گردیدند و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ها و از پرتکل‌های نقاشی درمانی (لیمبن) استفاده شده است. پرسشنامه‌ها شامل: پرسشنامه‌ی تجدید نظر شده کمرویی چک و باس (RCBSS) در سال ۱۹۸۳ توسط چک طراحی شد، مقیاس اولیه‌ی آن در سال ۱۹۸۱ توسط چک و باس طراحی شده بود. این پرسشنامه دارای ۱۴ ماده است و سه مقیاس کمبود قاطعیت و نداشتن اعتماد به نفس، پریشانی و دوری‌گزینی و گستره‌ی کمرویی و احساس تنهایی در ارتباط با افراد ناآشنا را شامل می‌شود.

عبارات این پرسشنامه بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت کاملاً مخالفم: ۱، مخالفم: ۲، نه مخالفم، نه موافقم: ۳، موافقم: ۴، کاملاً موافقم: نمره‌گذاری می‌شود ۵

در این پرسشنامه بالاترین نمره‌هایی که فرد می‌تواند اخذ نماید برابر ۷۰ و پایین‌ترین نمره ۱۴ می‌باشد. اخذ نمره‌ی نزدیک به ۷۰ نشان دهنده‌ی سطح کمرویی پایین و اخذ نمره‌ی نزدیک به ۱۴ نشان دهنده‌ی میزان بالای کمرویی و خجالتی بودن فرد است. نمره هر یک از خرده مقیاس‌ها نیز با جمع امتیاز سوالات هر یک از خرده مقیاس‌ها صورت می‌گیرد [۲۰].

در پژوهش رای (۲۰۱۱) روایی و پایایی این آزمون مورد بازبینی قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای کل این پرسشنامه برای این پژوهش برابر ۰/۹۰ بود. و از روش باز آزمایی نیز در این پژوهش به کار گرفته شده است. با فاصله‌ی زمانی ۴۵ روز، ضریب پایایی باز آزمون این پرسشنامه ۰/۸۸ بیان شده است. همچنین برای روایی این پرسشنامه از روایی همگرا استفاده شد بدین منظور وی پرسشنامه‌ای تهیه نمود که دوستان آزمودنی، میزان کمرویی و احساس تنهایی او را درجه‌بندی کردند. همبستگی نتایج این درجه‌بندی با نتایج مقیاس اصلی ۰/۶۸ گزارش شد. در ایران رجبی و عباسی این پرسشنامه را مورد ارزیابی روانسنجی قرار دادند. آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ کلی این پرسشنامه را ۰/۷۱، برای عامل اول، ۰/۶۷ برای عامل دوم، و برای عامل سوم ۰/۱۸ کسب کردند [۲۱].

پرسشنامه‌ی احساس تنهایی کودکان آش

مقیاس احساس تنهایی اولین بار توسط آش و هایمن و رنشاو در سال (۱۹۸۴) در یک پژوهش پیشنهاد و پس از آن مورد تجدیدنظر و بررسی قرار گرفت. این مقیاس دارای ۲۴ جمله است. و برای کودکان ۸ تا ۱۵ سال می باشد در این مقیاس ۸ ماده‌ی ۲، ۴، ۵، ۱۱، ۱۳، ۱۹، ۲۳ برای تفنن و تمایلات کودک است تا کودک با احساس راحتی و آرامش بیشتری نگرش‌های خود را درباره‌ی موضوعات متنوع بیان کند و از بروز پاسخ‌های جهت‌دار جلوگیری شود و نمره‌ای به آن تعلق نمی‌گیرد. ۱۶ ماده‌ی الباقی بر اساس مقیاس رتبه بندی لیکرت بین ۱ تا ۵ نمره گیری می‌شود و دامنه‌ی این آزمون بین ۱۶ تا ۸۰ می باشد که نمره‌ی بالاتر از جمله علائم تنهایی و نارضایتی اجتماعی زیاد تری می‌باشد.

نمره‌گذاری سوال‌ها روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای هیچ وقت (۱)، خیلی کم (۲)، گاهی وقت‌ها (۳)، بیشتر وقت‌ها (۴) و همیشه (۵) صورت می‌گیرد.

مقیاس احساس تنهایی آش و همکاران در پژوهش‌های متفاوتی به کار گرفته می‌شود. پژوهش‌های صورت گرفته با این مقیاس از روایی و اعتبار مناسب مقیاس حکایت دارد؛ به عنوان مثال اعتبار مقیاس احساس تنهایی آش و همکاران در پژوهش ولیمالای ۰/۸۸ حاصل شد. در تحقیقی که حسین چاری و خیر در ایران با هدف بررسی روایی و اعتبار مقیاس احساس تنهایی

۴۴ ماده‌ای آشر و همکاران به روی ۳۶۹ دانش آموز (۱۸۶ دختر و ۱۸۳ پسر) مقطع راهنمایی تحصیلی صورت گرفت به این نتیجه دست یافتند که مقیاس مورد نظر دارای روایی و اعتبار مقبولی می‌باشند. همسانی درونی مقیاس در پژوهش رضایی و همکاران (۱۳۹۲) ۰/۸۱ حاصل شده است. ضریب پایایی این آزمون با استفاده از روش دو نیمه کردن ۰/۸۳، با روش اسپیرمن- براون ۰/۹۱ و با روش دو نیمه کردن گاتمن ۰/۹۱ به دست آمد [۲۲].

شیوه ی اجرا و مراحل نقاشی درمانی

- تعداد ۸ جلسه نقاشی برای کودکان کمرو و گوشه گیر ترتیب داده شده است که در طی این هشت جلسه، در هر جلسه ۲۰ دقیقه به نقاشی و ۳۰ دقیقه به بحث پیرامون نقاشی پرداخته می‌شود. هفته ای دو مرتبه این روش درمانی اجرا می‌شود این برنامه بر اساس دستور العمل لیمبن (۱۹۷۹) ترجمه ی زاده محمدی (۱۳۸۸) طراحی شده است. در طی این مراحل درمانگر ریشه ی کمرویی و احساس تنهایی را از روی نقاشی های کودکان در می آورد و به درمان آن ها با کشیدن نقاشی و استفاده از رنگ ها می پردازد [۲۳]. دانش آموزان برای شرکت در این پژوهش دارای معیار هایی از قبیل: ۱) عدم استفاده از داروهای روانپزشکی جهت درمان اختلالات خلقی ۲) کسب نمره ی بالاتر از ۱۴ (اوج کمرویی) در پرسشنامه کمرویی و کسب نمره ی از ۱۲۰ (اوج ناراضایتی) کمتر در پرسشنامه ی احساس تنهایی ۳) کسب رضایت والدین برای شرکت در این پژوهش ۴) تحصیل در دوره ی اول دبستان. عدم حضور کودکان در مداخله ی درمانی دیگری به طور همزمان ۵) تحصیل در مدارس عادی، بودند، و دانش آموزان در صورت بروز هریک از عوامل از قبیل: ۱) غیبت بیش از دو جلسه در جلسات نقاشی درمانی ۲) عدم انجام دستورالعمل ها و تمرینات مربوط به جلسات ۳) عدم تمایل جهت ادامه دادن جلسات نقاشی درمانی ۴) عدم رعایت ملاحظات اخلاقی، از شرکت در این پژوهش محروم گردیدند. مراحل اجرای پروتکل نقاشی درمانی برای گروه آزمایش به اختصار [۲۴]. در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: مراحل اجرای پروتکل نقاشی درمانی به اختصار

مرحله	آموزش
اول:	معارفه
دوم:	توضیح نوبتی نقاشی اعضای گروه
سوم:	موضوع محور
چهارم:	نقاشی مکالمه ی غیر کلامی
پنجم:	نقاشی و طراحی دو نفره
ششم:	موضوع (حلقه ی احساسات و نقاشی حلقه ای)
هفتم:	(ابراز احساسات تنها با یک رنگ)
هشتم:	(چهره نگاری تمثیلی).

و یک گروه ۱۵ نفره را به عنوان گروه کنترل انتخاب کرده و هیچ نوع درمانی بر روی این کودکان کمرو انجام گرفته نمی‌شود. و زمانی که پژوهشگر روش درمانی، نقاشی درمانی را انجام داد در پایان از نمونه ی مورد بررسی و گروه کنترل پس از آزمون می گیرد (پرسشنامه ی تجدید نظر شده ی کمرویی چک وباس و پرسشنامه ی احساس تنهایی کودکان آشر) تا میزان کمرویی دانش آموزانی را (۳۰ نفر) که بر روی آن ها نقاشی درمانی (۱۵ نفر) انجام گرفته است را با گروه کنترل (۱۵ نفر) را بررسی کند تا اثر بخشی نقاشی درمانی را بر روی دانش آموزان کمرو و دانش آموزانی که احساس تنهایی می کنند را بررسی کند.

یافته‌های پژوهش

برای بررسی تاثیر نقاشی درمانی بر کمرویی و احساس تنهایی از MANCOVA استفاده می کنیم که متغیر وابسته شامل کمرویی و احساس تنهایی و متغیر مستقل (نقاشی درمانی) می باشد ابتدا به پیش فرض های این آزمون که شامل نرمال بودن ، همگنی واریانس ها در گروه می پردازیم

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار و نرمال بودن نمره های متغیر کمرویی و احساس تنهایی در نقاشی درمانی و کنترل در مرحله پیش آزمون ، پس آزمون

مقیاس	گروه	نقاشی درمانی		کنترل		نرمال بودن	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	آماره کولموگروف-اسمیرنوف	سطح معناداری
احساس تنهایی	پیش آزمون	۴۵/۸۰	۳/۷۱	۴۶/۶۰	۳/۱۸	۰/۷۷	۰/۶
	پس آزمون	۳۶/۰۷	۲/۷۴	۴۷/۸۰	۲/۹۶	۱/۳۵	۰/۰۵
احساس تنهایی	پیش آزمون	۶۴/۶۰	۶/۹۳	۶۴/۰۰	۶/۵۷	۰/۵۷	۰/۹۱
	پس آزمون	۵۷/۹۳	۴/۹۸	۶۴/۷۳	۴/۸۵	۰/۹	۰/۳۹

نتایج جدول ۲ نشان می دهد از آن جا که سطح معناداری تمامی متغیرها از ۰/۰۵ بالاتر است، پس داده ها از توزیع نرمال برخوردار است و لذا از آمارهای پارامتریک استفاده می شود. میانگین کمرویی در پس آزمون گروه نقاشی درمانی (۳۴/۷۳) نسبت به پیش آزمون (۴۸/۴۰) و میانگین احساس تنهایی در پس آزمون گروه نقاشی درمانی (۵۶/۱۳) نسبت به پیش آزمون (۶۷/۴۰) آنها کاهش داشته است ولی بین میانگین کمرویی در پیش آزمون (۴۶/۶۰) و پس آزمون (۴۷/۸۰) و میانگین احساس تنهایی در پیش آزمون (۶۴) و پس آزمون (۶۴/۷۳) گروه کنترل تفاوت چندانی وجود ندارد که نشان از تاثیر نقاشی درمانی بر کمرویی و احساس تنهایی دانش آموزان دارد.

برای بررسی همتا بودن دو گروه در خط پایه از آزمون t مستقل استفاده گردیده است. نتایج جدول ۳ نشان می دهد

جدول ۳: مقایسه گروه آزمایش و کنترل در خط پایه

سطح معناداری	T	درجه آزادی	سطح معناداری
کمرویی	۰/۵۳	۲۸	۰/۶۳
احساس تنهایی	۰/۸۱	۲۸	۰/۲۴

با توجه به نتایج جدول ۳ ، آزمون t مستقل برای کمرویی معنادار نمی باشد. بنابراین دو گروه در خط پایه همتا می باشند

جدول ۴: ام باکس برای بررسی همگنی کواریانس ها

ام باکس	F	Df1	Df2	Sig
۲/۱۵	۰/۶۸	۳	۱۴۱۱/۵۵	۰/۵۶

در جدول ۴ چون مقدار ام باکس ($F=۰/۶۸$) در سطح معناداری داده شده (۰/۵۶) معنی دار نیست. بنابراین فرض عدم برابری کواریانس ها رد می شود. به این معنی که ماتریس های کواریانس مشاهده شده بین گروه های مختلف با هم برابری باشند برای بررسی همگنی واریانس در گروه ها از آزمون لوین استفاده گردیده است. که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون لوین برای همگنی واریانس متغیرها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنا داری
کمرویی	۱/۶۱	۱	۲۸	۰/۲۱۵
احساس تنهایی	۰/۳۵	۱	۲۸	۰/۵۶

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می شود نتایج آزمون همگنی واریانس های گروه آزمایش و گروه کنترل برای کمرویی و احساس تنهایی معنی دار نمی باشد بنابر این واریانس های "گروه آزمایش و کنترل یکسان است برای بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شده است که نتایج آن را در جدول ۶ و ۷ نشان داده می شود.

جدول ۶: نتایج آزمون ترکیبی تحلیل کواریانس چند متغیره

آزمون	مقدار	f	df فرضیه	df خطا	سطح معنا داری
اثر پیلایی	۰/۸۸	^a ۹۴/۹۸	۲	۲۵	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۲	^a ۹۴/۹۸	۲	۲۵	۰/۰۰۱
اثر هتلتیک	۷/۶۰	^a ۹۴/۹۸	۲	۲۵	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۷/۶۰	^a ۹۴/۹۸	۲	۲۵	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۶ نشان می دهد چون سطح معنا داری برای هر چهار آزمون (اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلتیک و بزرگترین ریشه روی) کمتر از ۰/۰۱ می باشد ($p < 0.01$) است، بر این اساس می توان گفت دست کم در یکی از متغیرهای وابسته متغیرهای کمرویی و احساس تنهایی بین دو گروه تفاوت معنا داری وجود دارد برای پی بردن به این تفاوت تحلیل کواریانس چند متغیره انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۷ شده است.

جدول ۷: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره متغیرهای کمرویی و احساس تنهایی در آزمودنی ها گروه نقاشی درمانی و کنترل

گروه	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنا داری	میزان تاثیر
گروه	کمرویی	۹۶۲/۲۳	۱	۹۶۲/۲۳	۱۸۰/۴۰	۰/۰۰	۰/۸۷
	احساس تنهایی	۳۷۰/۹۹	۱	۳۷۰/۹۹	۳۷/۰۲	۰/۰۰	۰/۵۹
خطا	کمرویی	۱۳۸/۶۸	۲۶	۵/۳۳			
	احساس تنهایی	۲۶۰/۵۷	۲۶	۱۰/۰۲			

نتایج جدول ۷ نشان می دهد که تفاوت بین دو گروه در متغیر کمرویی ($F = 180.40$) و احساس تنهایی ($F = 37.02$) معنی دار است. پس می توان نتیجه گرفت که بین نمرات کمرویی و احساس تنهایی در گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بنابر این نتیجه می گیریم که آموزش نقاشی درمانی بر کمرویی و احساس تنهایی دانش آموزان تاثیر دارد.

بحث، نتیجه گیری و پیشنهادات کاربردی

در فرضیه نتایج نشان داد که : آموزش نقاشی درمانی بر کمرویی و احساس تنهایی دانش آموزان تاثیر دارد. دانش آموزانی که تحت نقاشی درمانی قرار گرفتند، در مقایسه با دانش آموزانی که تحت این آموزش قرار نگرفتند، در کمرویی و احساس تنهایی تفاوت معناداری داشتند. با توجه به این که این دو گروه پیش از اعمال متغیر مستقل از نظر کمرویی و احساس تنهایی تفاوت معناداری نداشتند از این رو نتایج بدست آمده در پس آزمون نشان گر این واقعیت است که نقاشی درمانی در گروه آزمایش، توانسته است کمرویی و احساس تنهایی دانش آموزان را کاهش دهد. در تبیین نتایج مذکور باید اشاره نمود: نقاشی درمانی بر بهبود کمرویی و احساس تنهایی کودکان مؤثر است کودکان در نقاشی درمانی، ترسها احساسات منفی خود را در قالب نقاشی بیان می کنند. کودک با بیان برون فکنی احساسات خود در وجود آدمها و حیوانات نقاشی شده، خود را از نظر تنظیم هیجانات به سطح سازش یافته می رساند و همین موضوع سبب می شود که مشکلات عاطفی وی بهبود پیدا کرده و از نظر تطابق و سازش با خود و محیط، در سطح بهتری عمل کند نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج بلوم دال (۲۰۱۷) به بررسی نقاشی درمانی به عنوان یک هنر برای درمان بیماران مبتلا به افسردگی پرداخته است. هدف کلی از این پژوهش تهیه و ارزیابی یک برنامه ی هنردرمانی برای درمان بیماران مبتلا به افسردگی می باشد و نتایج حاصل از این پژوهش نشان می دهد که نقاشی درمانی به عنوان یک روش هنری برای درمان یک روش درمانی موثری می باشد و به بهبود بیماران مبتلا به افسردگی متوسط تا شدید کمک می کند همچنین با نتایج نتایج شهری (۱۳۹۲) فرنا بلک (۲۰۱۹) امیریان و رادپور (۱۳۹۸) اکبری (۱۳۹۲) ؛ غلامزاده خادر، بابا پورخیرالدین و صبورى مقدم (۱۳۹۳)؛ رکنی ، زاده محمدی ،نوابی نژاد (۱۳۹۴)؛ علیجان زاده و دنیوی (۱۳۹۴) ؛ پوربابائی و سهیلی (۱۳۹۵) هاشم آبادی (۱۳۹۵)؛ بلوم دال (۲۰۱۷)؛ یون ، بتس و هالتوم (۲۰۱۹) همخوانی دارد. در تبیین نتایج مذکور باید اشاره نمود: از اصلی ترین خصوصیات نقاشی درمانی انعطاف پذیری و تسهیل برقراری رابطه مخصوصاً با کودکان می باشد. این درمان یکی از شیوه های درمانی است که می تواند موجب کاهش نشانه ی کمرویی و در نتیجه کاهش تأثیرات منفی آن بر زندگی کودک شود بسیاری از روان شناسان و متخصصان، احساس تنهایی را به نوعی از کمبود مهارتهای ارتباطی بین فردی نسبت می دهند. با افزایش این مهارتها احساس تنهایی در کودکان کاهش می یابد. تردیدی وجود ندارد که تصفیه و پالایش درون از عواطف و احساسهای منفی، سرکوب شده و ناهشیار می تواند به کاهش احساس تنهایی منجر شود. هر پژوهشی با محدودیتها و چالشهایی مواجه است که اشاره به آنها علاوه بر آگاهی مخاطب از مشکلات اجراء این پژوهش موجب کمک به پژوهشگران بعدی می شود تا این نواقص را در طرح تحقیق خود مدنظر قرار دهند یکی از محدودیتهای این پژوهش عدم انجام پیگیری بلند مدت برای ارزیابی تاثیر نقاشی درمانی و همچنین - عدم کنترل عوامل مداخله گر و مزاحم مانند عوامل خانوادگی، اجتماعی و محیط زندگی بر متغیرهای پژوهش می باشد. این پژوهش بر روی دانش آموزان صورت گرفته است و در تعمیم آن به گروه های دیگر باید جانب احتیاط را رعایت کرد. با توجه به نتیجه پژوهش حاضر پیشنهاد به برگزاری کارگاههای آموزشی نقاشی درمانی برای والدین و مربیان مراکز پیش دبستانی و در نظر گرفتن اتاقی برای نقاشی زیر نظر هنردرمانگر و همچنین فراهم آوردن شرایطی که کودک در آن شرایط بتواند استعدادها و قابلیت های خود را به نمایش بگذارد، می شود.

سپاس گذاری

از همکاری کارکنان مدارس و دانش آموزان دوره ی اول دبستان و والدینشان در دو روستای حسن آباد و سرغایه واقع در منطقه ی احمد آباد جهت اجرای پرسشنامه های این پژوهش از قبیل پیش آزمون و پس آزمون و همچنین اجرای پرتکل نقاشی درمانی قدردانی و سپاسگذاری می شود.

منابع و مراجع

- [۱] رضائی، الهه (۱۳۹۵). اثر بخشی بازی درمانی بر کاهش کمرویی کودکان (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود.
- [2] Ghobari Banab B, Parand A, Hosseinkhanzadeh Firuzjah A, Mully G, Neamati SH. [Prevalence of behavioral problems in primary students of Tehran]. Research on exceptional children ۲۰۰۹; ۹(۳): ۲۲۳-۶۰. (Persian)
- [3] Gimel GA, Haland ML. [Treatment of behavioral and emotional problems in children: Kindergartens, preschools and primary schools]. Jalali A. (translator). Tehran: Padra; ۲۰۰۴: ۲۰-۷۰.
- [۴] رجایی، علی. امین یزدی، سید امیر. کارشکی، حسین. کریمیان نازی، سید جواد. (۱۳۹۳). وضعیت سلامت روانی دانش آموزان دبستانی شهر مشهد، مجله ی اصول بهداشت روانی، سال شانزدهم، شماره ی ۱، ۹۴-۸۴.
- [۵] افشارپور، سمیه (۱۳۹۸). تاثیر آموزش مدیریت والدین بر پرورشگری دانش آموزان مدرسه ابتدایی. مجموعه مقالات اولین کنگره دوسالانه تازه های روانشناسی و علوم رفتاری.
- [۶] ژاگو، پل (۱۳۹۵). غلبه بر کمرویی، مطمئن، استوار و با جرئت شوید و اعتماد به نفس پیدا کنید (مترجم: حسین بنی احمد). تهران: نشر قطره (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۶۲).
- [۷] ترخان، مرتضی. (۱۳۹۵). تاثیر مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی و کمرویی دانشجویان. دو فصلنامه ی علمی- پژوهشی شناخت اجتماعی، سال پنجم، شماره ی ۲، ۱۰۴-۹۲.
- [۸] زمانی کلجانی، زهرا (۱۳۹۶). مقایسه ی اثر بخشی شن بازی و قصه درمانی بر کمرویی و ابراز وجود کودکان دبستانی پایه چهارم تا ششم شهرستان گنبد (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه پیام نور استان گلستان (گرگان).
- [۹] . (آستین و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از غلامزاده خادر، ۱۳۹۳).
- [10] Andersson L (۱۹۹۸). Loneliness research and interventions: A review of the literature. Aging & mental health. Nov ۱; ۲(۴): ۲۶۴-۷۴
- [۱۱] جعفری، علیرضا، ومهرافزون، داریوش (۱۳۹۲). تاثیر آموزش مهارت های مثبت اندیشی بر کمرویی نوجوانان. تحقیقات روانشناسی، سال سوم، شماره ی ۲۰، ۱۷-۲.
- [۱۲] صادقی دشتکی، لیلا (۱۳۹۷). مقایسه ی هوش اجتماعی، اضطراب امتحان و کم رویی دانش آموزان مدارس عادی و تیزهوشان (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، مروندشت.
- [۱۳] یعقوبی، حنا (۱۳۹۷). بررسی تاثیر هنر درمانی بر بهبود مشکلات سلوک کودکان سایکوپات و تولید نوار کاغذ دیواری بر اساس نقاشی این کودکان (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشکده ی هنر های کاربردی، دانشگاه هنر، تهران.
- [۱۴] رکنی، ماندانا و زاده محمدی، علی ونوایی نژاد، شکوه (۱۳۹۴). بررسی اثر بخشی نقاشی درمانی بر رشد اجتماعی و خلاقیت کودکان ۴ تا ۶ سال. مجله ی ابتکار و خلاقیت در علوم انسانی، دوره پنجم، شماره ۳، ۱۹۶-۱۷۳.
- [۱۵] ایل بیگی قلعه نی، رضا (۱۳۹۵). مقایسه ی اثربخشی نوروفیدبک، نقاشی درمانی و آموزش خود تعلیمی کلامی بر کارکردهای اجرایی و هماهنگی دیداری- حرکتی دانش آموزان مبتلا به اختلال خواندن (پایان نامه دکتری). دانشکده ی علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق، اردبیل.
- [16] Lowenfeld, V. brittam, L. (۱۹۸۷). Creative and Mental Growth (eighth edition) Prentice-Hall Inc. , Englewood Cliffs, New Jersey. <http://www.archive.org/details/creativementalgroo>
- [۱۷] علیجان زاده، رکسانا، و دنیوی، رضا (۱۳۹۴). تاثیر نقاشی درمانی بر احساس تنهایی کودکان دچار اختلال یادگیری. مجموعه مقالات همایش ملی آموزش ابتدایی، سال سوم، شماره ۱، ۱۸۴۴-۱۸۳۸.

- [18] Khodabakhshi Koolaee, Anahita. Vazifehdar, Roza. Bahari, Farshad. Esmaeil Akbari, Mohammad (۲۰۱۶). Impact of painting therapy on aggression and anxiety of children with cancer, Caspian J Pediatr, Volume ۲. ۱۳۵-۱۴۱
- [19] Chartrand, T. L. , Bargh, J. A (۱۹۹۹). The chameleon effect: the perception-behavior link and social interaction. J. Pers. Soc. Psychol: ۷۶, ۸۹۳-۹۱۰
- [۲۰] ارازگلدی داشلی برون، شهاب الدین (۱۳۹۵). بررسی تاثیر آموزش مهارت های زندگی بر کاهش کمرویی، پرخاشگری و ارتقای عزت نفس کودکان ۷ تا ۱۲ سال (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود.
- [۲۱] رجبی، غلامرضا، و عباسی، قدرت الله (۱۳۸۹). ساختار عاملی نسخه ی فارسی مقیاس بازبینی شده ی کمرویی در بین دانشجویان، مجله ی روانپزشکی و روانشناسی ایران، سال شانزدهم، شماره ی ۴، ۴۶۷-۴۵۶.
- [۲۲] کاظمی آرش، فاطمه (۱۳۹۶). تاثیر بازی درمانی بر احساس تنهایی و ناامیدی کودکان دختر تحت سرپرستی بهزیستی (پایان نامه کارشناسی ارشد)، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین المللی امام خمینی (ره)، تهران.
- [۲۳] شهری، مریم (۱۳۹۲). بررسی تاثیر نقاشی درمانی بر روی مهارت های ارتباطی دانش آموزان دختر کمرو (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشکده روانشناسی، دانشگاه محقق، اردبیل.
- [۲۴] لیمن، ماریان (۱۳۸۸). هنردرمانی ویژه ی گروه ها (مترجمان : علی زاده محمدی و حوری توکلی). تهران: نشر قطره (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۴۲).