

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 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 معیار های چهارمین ویرایش کتابچه تشخیصی و درمانی اختلالات روانی DSM-IV تجربه می‌کنند [۴]. و از آنجایی که شیوع بالای رفتار کمروبی و احساس تنهایی 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 فقر ارتباطی است [۶]. محققان بر این باورند احساس تنهایی و کمروبی از جمله متغیر های مهم در پیش بینی بسیاری از ناهنجاری‌های 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 کم‌رویی 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 [۱۰]. در سطح گروهی می‌توان به تشکیل گروه‌هایی برای آموزش مهارت‌های اجتماعی و هم‌چنین آموزش بازسازی برخورد های 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 می‌تواند اقدامات موثر در سطح محیط و اجتماع باشند [۱۰]. بدین ترتیب می‌توان کم‌رویی 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 کم‌رویی 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].

رکنی و همکاران (۱۳۹۴) نتیجه گرفتند که نقاشی درمانی از جمله روش‌های 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 هنر درمانی با رویکرد نقاشی به عنوان روشی مناسب در جهت ارتقای مهارت‌های اجتماعی و کاهش تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه پیشنهاد می‌شود. رضائی (۱۳۹۵) نتیجه گرفت که بازی درمانی بر کاهش کمروبی و احساس تنهایی کودکان پیش دبستانی مؤثر بوده است. پوربابائی و سهیلی (۱۳۹۵) نتیجه گرفتند ۱- نقاشی درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان گروه آزمایش در هردو مهدکودک تأثیر دارد. ۲- در مقایسه دو مهدکودک نقاشی درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان مهد آفتابگردان به دلیل کیفیت فضایی مناسب‌تر تأثیر بیشتری داشته است. هاشم‌آبادی و فیروززاده پاشا (۱۳۹۵) نتیجه گرفت که روش هنر درمانی (نقاشی درمانی) بر تکانشگری دانش آموزان مؤثر است. زمانی کلجانه‌ای (۱۳۹۶) نتیجه گرفت که بین تأثیر

روش‌های شن بازی درمانی و قصه درمانی بر کمرویی و احساس تنهایی و ابراز وجود کودکان دبستانی، تفاوت وجود دارد. هاشمی‌نسب (۱۳۹۷) نتیجه گرفت که هنر درمانی از جمله نقاشی درمانی و بازی درمانی روش موثری در اختلالات عاطفی و رفتاری کودکان می‌باشد. علی‌خانی (۱۳۹۷) نتیجه گرفت که هنر درمانی بر نشاط ذهنی و خوددلسوزی سالمندان اثر بخش می‌باشد. پاکزاد مقدم (۱۳۹۷) نتیجه گرفت که در میانگین نمرات پس آزمون اضطراب و خلاقیت گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد، در نهایت می‌توان گفت هنر درمانی بر پایه‌ی نقاشی بر کاهش اضطراب و افزایش خلاقیت دانش‌آموزان دبستانی موثر می‌باشد. نیکنام و همکاران (۱۳۹۸) نتیجه گرفتند که بین گروه‌های آزمایشی و گواه از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای کمرویی و احساس تنهایی و مولفه‌های آن یعنی کمبود قاطعیت و فقدان اعتماد به نفس، پریشانی و دوری‌گزینی اجتماعی و گستره کمرویی و احساس تنهایی در ارتباط با افراد ناآشنا تفاوت معنی‌داری وجود دارد به عبارت دیگر می‌توان گفت که بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری موجب کاهش کمرویی و احساس تنهایی و مولفه‌های آن در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه می‌شود. آزادبخت و افشک (۱۳۹۸) نتیجه گرفتند که بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ضمن این که هنر درمانی بر پایه نقاشی درمانی، روش موثری 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 هنر درمانی توسعه‌ی بیشتر امنیت دل‌بستگی با توجه به اصول روان‌سنجی می‌باشد. فرنا بلک (۲۰۱۹) نتیجه گرفت که نقاشی درمانی می‌تواند یک فضای محافظ برای شخص ایجاد کند این فضای محافظ به شخص کمک می‌کند 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 بالقوه‌ی هنر درمانی در پنج جمعیت نام برده شده نشان می‌دهد که هنر درمانی بر روی بهبود و پیشرفت رفتاری کودکان موثر می‌باشد. مکدانالد و همکاران (۲۰۱۹) نتیجه گرفتند تأثیرات مثبت هنر درمانی مبتنی بر مطالعات اکتشافی بر روی سلامت اجتماعی و عاطفی و روانی کودکان می‌باشد. 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 موثر می‌باشد. باتوجه به مطالب بالا مساله اصلی در پژوهش حاضر این است که آیا نقاشی درمانی در کاهش کمرویی و احساس تنهایی تأثیر 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 دانش‌آموزان دختر و پسر ابتدایی منطقه احمدآباد که در دوره‌ی اول و در سال تحصیلی ۹۹-۱۴۰۰ در این منطقه مشغول به تحصیل بوده‌اند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت هدفمند می‌باشد حجم نمونه ۳۰ نفر است که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی گزینش گردیدند و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ها و از پرتکل‌های نقاشی درمانی (لیمبن) استفاده شده است. پرسشنامه‌ها شامل: در این پژوهش برای جمع‌آوری 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. 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 پرسشنامه‌ی ای 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 کرنباخ 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 آشر

مقیاس احساس تنهایی اولین بار توسط آشر 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. مقیاس احساس تنهایی آشر 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 آشر 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].

شیوه‌ی اجرا و مراحل نقاشی درمانی

- تعداد ۸ جلسه نقاشی برای کودکان کمر 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. هفته‌ای دو مرتبه این روش درمانی اجرا می‌شود این برنامه بر اساس دستور العمل لیمین (۱۹۷۹) ترجمه‌ی زاده محمدی (۱۳۸۸) طراحی شده است. در طی این مراحل درمانگر ریشه‌ی کمروبی و احساس تنهایی را از روی نقاشی‌های کودکان در می‌آورد و به درمان آن‌ها با کشیدن نقاشی و استفاده از رنگ‌ها می‌پردازد [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 نمره‌ی بالاتر از ۱۴ (اوج کمروبی) در پرسشنامه کمروبی و کسب نمره‌ی از ۱۲۰ (اوج نارضایتی) کمتر در پرسشنامه‌ی احساس تنهایی. ۳) کسب رضایت والدین برای شرکت در این پژوهش. ۴) تحصیل در دوره‌ی اول دبستان. عدم حضور کودکان در مداخله‌ی 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 دستورالعمل‌ها 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 مکالمه‌ی غیر کلامی
پنجم:	نقاشی و طراحی دو نفره
ششم:	موضوع (حلقه‌ی احساسات و نقاشی حلقه‌ای)
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 نمونه‌ی مورد بررسی و گروه کنترل پس از ازمون می‌گیرد (پرسشنامه‌ی تجدید نظر شده‌ی کمرویی چک وباس و پرسشنامه‌ی احساس تنهایی کودکان آشر) تا میزان کمرویی دانش آموزانی را (۳۰ نفر) که بر روی آن‌ها 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 می‌کنند را بررسی کند.

یافته‌های پژوهش

۱- تأثیر نمایش درمانی بر کاهش کمرویی دانش‌آموزان

با توجه به نرمال بودن متغیر کمرویی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه نمایش درمانی و کنترل، برای مقایسه از تحلیل کواریانس، استفاده شد. لذا فرضهای تحقیق به شرح زیر است.

H_0 : نمایش درمانی بر کاهش کمرویی دانش‌آموزان موثر نیست.

H_1 : نمایش درمانی بر کاهش کمرویی دانش‌آموزان موثر است.

جدول ۲- توصیف داده‌های کمرویی در دو گروه نمایش درمانی و کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	آزمون	شاخص‌های توصیفی		
		حجم نمونه (n)	میانگین ($\bar{X}$)	انحراف معیار (S)
نقاشی درمانی	پیش‌آزمون	۱۵	۵۳/۸	۶/۳۸
	پس‌آزمون	۱۵	۴۴/۰۶	۶/۰۱
کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۵۴/۶	۵/۷۶
	پس‌آزمون	۱۵	۵۶/۲	۵/۷۵

قبل از ورود به تحلیل کواریانس لازم است که محقق باید از همگنی متغیر تحت بررسی در پیش‌آزمون دو گروه مطمئن شود. از اینرو از آزمون خاصی برای آن استفاده خواهد شد. در صورتیکه سطح معنی داری از عدد ۰/۰۵ کمتر باشد، همگنی وجود ندارد، در صورتی که سطح معنی داری از عدد ۰/۰۵ بیشتر باشد همگنی مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ۳- آزمون t مستقل، مقایسه کمرویی در پیش‌آزمون دو گروه نمایش درمانی و کنترل

آزمون t			آزمون لون	
Sig.	درجه آزادی	ارزش t	Sig.	ارزش f
۰/۷۲۱	۲۸	-۰/۳۶	۰/۸۵۱	۰/۰۳۶

همانطور که از نتایج جدول ۴-۸ ملاحظه می‌گردد، مقدار ارزش f آزمون لون (همگنی واریانسها) معادل ۰/۰۳۶ و سطح معنی داری آزمون لون معادل ۰/۸۵۱ و بیشتر از ۰/۰۵ است با فرض برابری واریانسها به بررسی سطوح معنی داری می‌پردازیم. از آنجا که مقدار آماره t مستقل معادل -۰/۳۶ و سطح معنی داری در آزمون t مستقل بیشتر از ۰/۰۵ و برابر ۰/۷۲۱ است. لذا کمرویی در پیش‌آزمون دو گروه نقاشی درمانی و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، یعنی همگنی دو گروه در پیش‌آزمون تأیید می‌شود. یکی از مواردی که بایستی برای انجام تحلیل کواریانس انجام شود، آزمون Box's M یا همبستگی‌های درونی می‌باشد، که لازم است سطح معنی داری این آزمون از عدد ۰/۰۵ بالاتر باشد. در اینصورت امکان ادامه آزمون تحلیل آنکوا به علت نبود همبستگی درونی امکان پذیر نیست.

جدول ۴- نتایج آزمون Box's M همبستگی‌های درونی همگنی ماتریس کواریانس

ردیف	آزمون	مقادیر
۱	آماره Box's M	۰/۲۳۲
۲	آماره F	۰/۰۷۱

۳	درجه آزادی اول	۳
۱۴۱۱۲۰	درجه آزادی دوم	۴
۰/۹۷۵	سطح معنی داری	۵

چون سطح معنی داری آزمون Box's M از عدد ۰/۰۵ بالاتر است، لذا فرض همگنی ماتریس کواریانس در دو گروه نقاشی درمانی و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون تخطی نشده است. یکی دیگر از الزامات تحلیل کواریانس، این است که محقق از همگنی واریانس دو گروه در مراحل مختلف اندازه گیری مطمئن شود. از اینرو از آزمون فیشر برای آن استفاده خواهد شد.

جدول ۴- آزمون فیشر همگنی واریانس کمروبی

ردیف	مرحله	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
۱	پیش آزمون	۰/۰۳۶	۱	۲۸	۰/۸۵۱
۲	پس آزمون	۰/۰۴۲	۱	۲۸	۰/۸۳۹

همانطور که از جدول ۴ ملاحظه می گردد، سطح معنی داری آزمون کمروبی در دو گروه در کلیه مراحل از عدد ۰/۰۵ بالاتر است. لذا فرض صفر را رد و فرض مقابل را می پذیریم، یعنی واریانس کمروبی در دو گروه در کلیه مراحل همگن می باشد.

جدول ۵- نتایج تحلیل کواریانس، مقایسه کمروبی در دو گروه

ردیف	مرحله	آماره F	درجه آزادی	سطح معنی داری	ضریب اتا
۱	اثر شیوه	۶۰/۲۵۹	۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۳
۲	اثر گروه	۹/۲۸۳	۱	۰/۰۰۵	۰/۲۴۹
۳	اثر شیوه × گروه	۱۱۷/۰۰۴	۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰۷

همانطور که از جدول ۵ ملاحظه می گردد، اثر نقاشی درمانی معنی دار می باشد. یعنی نقاشی درمانی بر کمروبی موثر است ($F=60.259, p=0.0001$). اثر گروه معنی دار می باشد، یعنی بین نقاشی درمانی و کنترل کمروبی تفاوت معنی دار بوده است ($F=9.283, p=0.005$). با توجه به جدول میانگین ها مشخص است که، نقاشی درمانی موثرتر بوده است. اثر ترکیب نقاشی درمانی × گروه (تاثیر پیش آزمون در پس آزمون در دو گروه) معنی دار می باشد، یعنی تجربه پیش آزمون بر پس آزمون تاثیر داشته است ($F=117.004, p=0.0001$).

۲- تاثیر نمایش درمانی بر کاهش احساس تنهایی دانش آموزان

با توجه به نرمال بودن متغیر احساس تنهایی در پیش آزمون و پس آزمون دو گروه نقاشی درمانی و کنترل، برای مقایسه از تحلیل کواریانس، استفاده شد. لذا فرضهای تحقیق به شرح زیر است.

H_0 : نمایش درمانی بر کاهش احساس تنهایی دانش آموزان موثر نیست.

H_1 : نمایش درمانی بر کاهش احساس تنهایی دانش آموزان موثر است.

جدول ۶- توصیف داده های احساس تنهایی در دو گروه نمایش درمانی و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون

گروه	آزمون	شاخص های توصیفی		
		حجم نمونه (n)	میانگین ($\bar{X}$)	انحراف معیار (S)
نمایش درمانی	پیش آزمون	۱۵	۶۳/۲۶	۶/۷
	پس آزمون	۱۵	۶۷/۳۳	۴/۳۸
کنترل	پیش آزمون	۱۵	۶۱/۶	۶/۵۱
	پس آزمون	۱۵	۶۲/۱۳	۵/۸۲

قبل از ورود به تحلیل کواریانس لازم است که محقق باید از همگنی متغیر تحت بررسی در پیش آزمون دو گروه مطمئن شود. از اینرو از آزمون خاصی برای آن استفاده خواهد شد. در صورتیکه سطح معنی داری از عدد ۰/۰۵ کمتر باشد، همگنی وجود ندارد، در صورتی که سطح معنی داری از عدد ۰/۰۵ بیشتر باشد همگنی مورد تأیید قرار می گیرد.

جدول ۷- آزمون t مستقل، مقایسه احساس تنهایی در پیش آزمون دو گروه نمایش درمانی و کنترل

آزمون t			آزمون لون	
Sig.	درجه آزادی	ارزش t	Sig.	ارزش f
۰/۴۹۵	۲۸	۰/۶۹۱	۰/۶۷	۰/۱۸۵

همانطور که از نتایج جدول ۷ ملاحظه می گردد، مقدار ارزش f آزمون لون (همگنی واریانسها) معادل ۰/۱۸۵ و سطح معنی داری آزمون لون معادل ۰/۶۷ و بیشتر از ۰/۰۵ است با فرض برابری واریانسها به بررسی سطوح معنی داری می پردازیم. از آنجا که مقدار آماره t مستقل معادل ۰/۶۹۱ و سطح معنی داری در آزمون t مستقل بیشتر از ۰/۰۵ و برابر ۰/۴۹۵ است. لذا احساس تنهایی در پیش آزمون دو گروه نقاشی درمانی و کنترل تفاوت معنی داری وجود ندارد، یعنی همگنی دو گروه در پیش آزمون تأیید می شود. یکی از مواردی که بایستی برای انجام تحلیل کواریانس انجام شود، آزمون Box's M یا همبستگی های درونی می باشد، که لازم است سطح معنی داری این آزمون از عدد ۰/۰۵ بالاتر باشد. در اینصورت امکان ادامه آزمون تحلیل آنکوا به علت نبود همبستگی درونی امکان پذیر نیست.

جدول ۸- نتایج آزمون Box's M همبستگی های درونی همگنی ماتریس کواریانس

ردیف	آزمون	مقادیر
۱	آماره Box's M	۷/۲۵۸
۲	آماره F	۲/۲۳
۳	درجه آزادی اول	۳
۴	درجه آزادی دوم	۱۴۱۱۲۰
۵	سطح معنی داری	۰/۰۸۲

چون سطح معنی داری آزمون Box's M از عدد ۰/۰۵ بالاتر است، لذا فرض همگنی ماتریس کواریانس در دو گروه نقاشی درمانی و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون تخطی نشده است. یکی دیگر از الزامات تحلیل کواریانس، این است که محقق از همگنی واریانس دو گروه در مراحل مختلف اندازه گیری مطمئن شود. از اینرو از آزمون فیشر برای آن استفاده خواهد شد.

جدول ۹- آزمون فیشر همگنی واریانس احساس تنهایی

ردیف	مرحله	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
۱	پیش آزمون	۰/۱۸۵	۱	۲۸	۰/۶۷
۲	پس آزمون	۰/۵۰۳	۱	۲۸	۰/۴۸۴

همانطور که از جدول ۹ ملاحظه می گردد، سطح معنی داری آزمون احساس تنهایی در دو گروه در کلیه مراحل از عدد ۰/۰۵ بالاتر است. لذا فرض صفر را رد و فرض مقابل را می پذیریم، یعنی واریانس احساس تنهایی در دو گروه در کلیه مراحل همگن می باشد.

جدول ۱۰- نتایج تحلیل کواریانس، مقایسه احساس تنهایی در دو گروه

ردیف	مرحله	آماره F	درجه آزادی	سطح معنی داری	ضریب اتا
۱	اثر شیوه	۷/۲۵۳	۱	۰/۰۱۲	۰/۲۰۶
۲	اثر گروه	۴/۹۸	۱	۰/۰۴۹	۰/۰۹۶
۳	اثر شیوه × گروه	۴/۲۷۹	۱	۰/۰۵۱	۰/۱۳۳

همانطور که از جدول ۱۰ ملاحظه می گردد، اثر نقاشی درمانی معنی دار می باشد. یعنی نقاشی درمانی بر احساس تنهایی موثر است ($F=7253, p=0.012$). اثر گروه معنی دار می باشد، یعنی بین نقاشی درمانی و کنترل احساس تنهایی تفاوت معنی دار بوده است ($F=4.98, p=0.049$). با توجه به جدول میانگین ها مشخص است که، نقاشی درمانی موثرتر بوده است. اثر ترکیب نقاشی درمانی $\times$ گروه (تاثیر پیش آزمون در پس آزمون در دو گروه) معنی دار می باشد، یعنی تجربه پیش آزمون بر پس آزمون تاثیر نداشته است ($F=4.279, p=0.051$).

بحث، نتیجه گیری و پیشنهادات کاربردی

در فرضیه نتایج نشان داد که: آموزش نقاشی درمانی بر کمروبی 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 کمروبی و احساس تنهایی تفاوت معناداری داشتند. با توجه به این که این دو گروه پیش از اعمال متغیر مستقل از نظر کمروبی 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 کمروبی و احساس تنهایی دانش آموزان را کاهش دهد. در تبیین نتایج مذکور باید اشاره نمود: نقاشی درمانی بر بهبود کمروبی 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 فکته احساسات خود در وجود آدم ها 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 ابادی (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 کمروبی 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 مهارتهاء 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 استعداد ها 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 احمدآباد 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 کمروبی 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 2009; 9(3): 223-6. (Persian)
- [3] Gimel GA, Haland ML. [Treatment of behavioral and emotional problems in children: Kindergartens, preschools and primary schools]. Jalali A. (translator). Tehran: Padra; 2004: 20-70.
- [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 ۱، ۹۴-۸۴.
- [۵] افشارپور، سمیه (۱۳۹۸). تاثیر آموزش مدیریت والدین بر پرخاشگری دانش آموزان مدرسه ابتدائی. مجموعه مقالات اولین کنگره دوسالانه های روانشناسی و علوم رفتاری.
- [۶] ژاگو، پل (۱۳۹۵). غلبه بر کمروبی، 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 کمروبی دانشجویان. فصلنامه ی علمی- پژوهشی شناخت اجتماعی، سال پنجم، شماره ۲، ۱۰۴-۹۲.
- [۸] زمانی کلجانی، زهرا (۱۳۹۶). مقایسه ی اثر بخشی شن بازی و قصه درمانی بر کمروبی 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 (1998). Loneliness research and interventions: A review of the literature. Aging & mental health. Nov 1;2(4):۲۶۴-۷۴
- [۱۱] جعفری، علیرضا، ومهرافزون، داریوش (۱۳۹۲). تاثیر آموزش مهارت های مثبت اندیشی بر کمروبی نوجوانان. تحقیقات روانشناسی، سال سوم، شماره ی ۲۰، ۱۷-۲.
- [۱۲] صادقی دشتکی، لیل (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، مرودشت.
- [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 ونوابی 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. (1987). 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 Koolae, Anahita. Vazifehdar, Roza. Bahari, Farshad. Esmail Akbari, Mohammad (2016). Impact of painting therapy on aggression and anxiety of children with cancer, Caspian J Pediatr, Volume ۲۰. ۱۳۵-۱۴۱
- [19] Chartrand, T. L. , Bargh, J. A (1999). The chameleon effect: the perception-behavior link and social interaction. J. Pers. Soc. Psychol: ۷۶, ۸۹۳-۹۱۰
- [۲۰] آرازگلدی داشلی برون، شهاب الدین (۱۳۹۵). بررسی تاثیر آموزش مهارت های زندگی بر کاهش کمروبی، پرخاشگری و ارتقای عزت نفس کودکان ۷ تا ۱۲ سال (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشکده ی علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود.

- [۲۱] رجبی، غلامرضا، و عباسی، قدرت الله (۱۳۸۹). ساختار عاملی نسخه‌ی فارسی مقیاس بازبینی شده‌ی کمرویی در بین دانشجویان، مجله‌ی روانپزشکی و روانشناسی ایران، سال شانزدهم، شماره‌ی 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)، دانشکده‌ی 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] لیبمن، ماریان (۱۳۸۸). هنردرمانی ویژه ی گروه ها (مترجمان: علی زاده محمدی و حوری توکلی). تهران: نشر قطره (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۴۲).