اثربخشی نقاشی‌درمانی بر اضطراب و اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای در کودکان با کم‌توانی‌ذهنی

□ **شیرین مجاور***، دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران
□ **فاطمه ساختمانی**، دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران
□ **عاطفه محمدی**، دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران

● تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۳/۳۰ ● تاریخ انتشار: خرداد و تیر ۱۴۰۱ ● نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۹ - ۲۰

چکیده

زمینه و هدف: هدف از پژوهش حاضر، تأثیر نقاشی‌درمانی بر اختلال اضطراب و اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای در کودکان با کم‌توانی‌ذهنی بود.

روش: این پژوهش از نوع روش نیمه‌آزمایشی همراه با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری مطالعه حاضر، شامل کودکان با کم‌توانی ذهنی شهر تهران بود که در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ در یکی از کلینیک‌های تهران، خدمات توان‌بخشی دریافت می‌کردند. بیست نفر از افراد واجد شرایط به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه گواه (۱۰ نفر) و گروه آزمایشی (۱۰ نفر) قرار گرفتند. از مقیاس اضطراب کودکان اسپنس فرم والدین (۱۹۹۷) استفاده شد. گروه آزمایشی۱۰جلسه نقاشی‌درمانی (هر جلسه به‌مدت ۹۰ دقیقه) را به صورت گروهی دریافت نمود و گروه گواه، مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام دوره، برای هر دو گروه آزمایشی و گواه، پس‌آزمون اجرا شد. داده‌های حاصل با آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره در نرم افزار SPSS 20 تجزیه و تحلیل شد. مقادیر احتمال کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج داده‌های پژوهش نشان داد که نقاشی‌درمانی در کاهش اختلال اضطراب مؤثر است ($p< ۰/۰۵$). همچنین، این مداخله در کاهش اختلال نافرمانی / مقابله‌ای اثربخش بوده است ($p< ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های به‌دست آمده می‌توان گفت نقاشی‌درمانی، روش کارآمدی در بهبود اختلال اضطراب و اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای کودکان با کم‌توانی ذهنی آموزش‌پذیر است.

واژه‌های کلیدی: اختلال اضطراب، اختلال نافرمانی / مقابله‌ای، کودکان با کم‌توانی‌ذهنی، نقاشی‌درمانی

* Email: shirin.mojaver@ut.ac.ir

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-01]

مقدمه

مطابق پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا[1]، مشخصه اصلی کم‌توانی‌ذهنی[2] عبارت از نقص‌هایی در توانایی ذهنی، مثل استدلال، حل مسئله، برنامه‌ریزی، تفکر انتزاعی، قضاوت، یادگیری آکادمیک و یادگیری از طریق تجربه است. این نارسایی‌ها به نقص‌هایی در عملکرد سازگارانه منجر می‌شوند، به‌طوری که در یک یا چند حیطه زندگی از جمله در ارتباط با دیگران، مشارکت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، عملکرد تحصیلی یا شغلی و استقلال فردی در خانه یا جامعه دچار مشکلاتی می‌شوند (۱).

سلامت روان افراد با کم‌توانی‌ذهنی در سال‌های اخیر مورد توجه فزاینده‌ای قرار گرفته است. بیش از ۴۰ سال پیش، به‌طور گسترده تصور می‌شد که افراد با کم‌توانی‌ذهنی نمی‌توانند اختلالات سلامت روان را تجربه کنند (۲). در واقع، پژوهش‌های اخیر بیانگر آن است که کودکان با کم‌توانی‌ذهنی در معرض خطر بیشتری برای اختلالات سلامت روان هستند (۳). با این حال، نحوه غربال‌گری و تشخیص دقیق اختلالات سلامت روان در این جمعیت چالش‌برانگیز است که تخمین‌های فراوانی از شیوع برآورد می‌شود (۴). شواهد پژوهشی بیانگر این است که کودکان با کم‌توانی‌ذهنی مشکلات قابل توجهی را در زندگی روزمره تجربه می‌کنند، در معرض خطر بیشتر بیماری جسمی قرار دارند و خطر مرگ و میر آنها ۵ تا ۱۲ برابر بیشتر از کودکان بهنجار است (۵). نقایص شناختی ارتباط را مختل می‌کند و بر عملکرد اجتماعی، عزت نفس و ایجاد و حفظ دوستی‌ها تأثیر منفی می‌گذارد که می‌تواند منجر به تنهایی، خلق و خوی اضطراب و مشکلات عاطفی شود (۶).

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که میزان اضطراب[3] در میان افراد با محدودیت‌های شناختی خفیف‌تر (کم توانی‌ذهنی آموزش‌پذیر) در مقایسه با افرادی که محدودیت‌های شناختی قابل توجهی دارند، شیوع گسترده‌تری دارد (۷). پژوهش‌های کمتری در مورد شیوع اضطراب در بین کودکان با کم‌توانی‌ذهنی وجود دارد، مطالعاتی، میزان شیوع اضطراب را بین ۳/۸ تا ۱۴/۷ درصد تخمین زده‌اند (۸). در مطالعات اخیر، بوکلی و همکاران (۶) شیوع اضطراب را در کودکان با کم‌توانی‌ذهنی ۷ تا ۰/۳۴ تخمین زده‌اند. در این راستا، اضطراب در میان افراد با کم توانی‌ذهنی به دلیل مشکلات جسمانی، اجتماعی، عملکرد مستقل، یکپارچگی اجتماعی، انتقال از نوجوانی به بزرگسالی و ارتباطات اجتماعی کمتر، میزان اشتغال کمتر، دسترسی کمتر به منابع جامعه در مقایسه با افراد بهنجار شیوع گسترده‌تری دارد (۹). اضطراب و اختلالات عاطفی از پیامدهای نامطلوب شناخت‌های غیرمنطقی است. تجربه برخی از سطوح اضطراب طبیعی و حتی برای رشد و سازگاری کودک با محیط و دیگران ضروری است (۱۰). اضطراب، یک احساس هیجان‌آمیز عمومی و مبهم از دلواپسی است که با یک یا چند احساس جسمی مانند تنگی نفس، فشار خون بالا و در صورت تداوم با مشکلات روانی دیگر همراه می‌شود (۱۱).

علاوه بر بررسی اضطراب در کودکان با کم‌توانی‌ذهنی، پیش‌آگهی اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای[4] نامطلوب بوده و کودکان دارای این اختلال در معرض خطر بروز اختلالاتی چون اختلال سلوک، اختلالات خلقی، رفتارهای ضد اجتماعی و اضطراب هستند (۱۲). اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای، پیش‌درآمدی برای بروز مشکلات درونی‌سازی مانند اضطراب است (۱۲ و۱۳). نافرمانی / مقابله‌ای از بین اختلالات روانی مختلف، یکی از شایع‌ترین اختلالات در کودکان با کم‌توانی‌ذهنی است که نیاز به خدمات روان‌شناختی دارند (۱۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای در کودکان با هوش نرمال، مرزی و کم‌توانی‌ذهنی وجود دارد اما شواهد پژوهشی بیانگر این است که شیوع این اختلال در کودکان کم‌توانی‌ذهنی آموزش‌پذیر بیشتر از کودکان با هوش نرمال است (۱۵). اوسبورگ، دیجکسترا، گروسف، رجینوال و جنسن در پژوهشی میزان شیوع اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای در کودکان با کم‌توانی ذهنی را ۱۲/۴ درصد گزارش کردند (۱۶). همچنین، در مطالعات آریاس و همکاران میزان شیوع اختلال نافرمانی / مقابله‌ای ۸/۴ درصد گزارش شده است (۱۴). براساس تعریف پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال مقابله‌ای/ نافرمانی با الگوی خلق خشمگین/تحریک‌پذیر، رفتار جنجالی/ نافرمانی، یا کینه‌جویی که حداقل ۶ ماه ادامه دارد، مشخص می‌شود. کودکان مبتلا به این اختلال معمولاً با بزرگترها جر و بحث می‌کنند، زود از کوره در می‌روند و خشمگین و زودرنج هستند، آنها بارها در مقابل درخواست‌های بزرگسالان نافرمانی کرده و عمداً باعث ناراحتی

1. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)
2. Intellectual disability students
3. Anxiety
4. Oppositional defiant disorder

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-01]

دیگران می‌شوند و این علائم عاطفی و رفتاری باید بر عملکرد اجتماعی، تحصیلی یا سایر حوزه‌های مهم عملکرد کودکان تأثیر منفی بگذارد (۱). کودکان با اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای محدودیت‌هایی در استدلال، پیش‌بینی و توانایی یادگیری از طریق تجربه داشته و عدم پیشرفت مطلوب در مدرسه و روابط بین فردی ناموفق و نقص در کارکردهای اجرایی دارند (۱۷). اختلال مقابله‌ای/ نافرمانی در این کودکان، تأثیر گسترده‌ای بر روی عملکرد اجتماعی‌شان در مدرسه، رابطه با والدین و مشارکت با همسالان دارد و رفتارهای مخالف، خشمگین، کینه‌توزانه و پرخاشگرانه آنان باعث اختلال در روابط بین‌فردی و بروز تعاملات منفی با همسالان و مشکلات یادگیری می‌شود (۱۸و ۱۹).

رایج‌ترین درمان‌های اضطراب، درمان شناختی-رفتاری یا دارودرمانی است. به نظر می‌رسد که این درمان‌ها فقط تا حد متوسط مؤثر هستند. درمان دارویی باعث درصد قابل توجهی از عوارض جانبی در افراد دارای اضطراب می‌شود و برای اثربخشی درمان برای کاهش اضطراب، استفاده از دارودرمانی همراه با درمان شناختی-رفتاری پیشنهاد می‌شود (۲۰). همچنین، درمان‌های مختلفی برای کاهش اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای کودکان پیشنهاد شده است که از جمله می‌توان به روش‌هایی مانند درمان دارویی (۲۱)، آموزش حل مسئله (۲۲)، آموزش کنترل خشم (۲۳) و آموزش مدیریت والدین (۲۴) اشاره کرد.

از سویی، یکی از درمان‌هایی که نیز برای کاهش اضطراب (۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸ و ۲۹) و کاهش اختلال نافرمانی/مقابله‌ای (۳۰و ۳۱) کاربرد دارد، هنر درمانی[1] است. اصول اساسی در هنردرمانی برای کودکان و نوجوانان، تصویرسازی بصری است که جنبه مهمی از فرآیند یادگیری طبیعی است و کودکان و نوجوانان در حضور هنردرمانگر می‌توانند احساسات و هیجانات خود را که نمی‌توانند به صورت کلامی بیان کنند، به صورت غیرکلامی مانند کشیدن نقاشی نشان دهند (۳۲). توانایی بیان خود از طریق هنر، حس گواه و خودکارآمدی در فرد ایجاد شده و باعث ارتقا خودشناسی می‌شود. بنابراین، هنردرمانی راهی برای کودکان و نوجوانان فراهم می‌کند تا مشکلات سلامت روان خود را برطرف کنند (۳۳).

در واقع، هنردرمانی یک درمان غیرکلامی و تجربه‌محور است که با رویکرد نقاشی، طراحی، مجسمه‌سازی و سایر موارد به‌کار می‌رود و به‌عنوان درمان مستقل یا در کنار درمان‌هایی چون دارودرمانی، شناختی-رفتاری برای اضطراب، نارسایی‌های شناختی و سایر اختلالات سلامت روان به‌کار می‌رود (۳۴). هنردرمانی، مهارت‌های ادراکی جدیدی را آموزش می‌دهد که آگاهی دانش‌آموزان را نسبت به دنیای اطراف‌شان و مهارت‌های مشاهده‌ای آنها افزایش داده و مهارت‌های حرکتی‌شان را بهبود می‌بخشد (۳۵). هنردرمانی بر این باور استوار است که موجب بهبود عملکردهای شناختی و حسی-حرکتی، تقویت عزت نفس و خودآگاهی، پرورش انعطاف‌پذیری عاطفی، ارتقا بینش، تقویت مهارت‌های اجتماعی، کاهش و حل تعارضات و پریشانی و ارتقا تغییرات اجتماعی و محیطی می‌شود (۲۶). هنردرمانی دارای شاخه‌های مختلفی چون نمایش‌درمانی، حرکت‌درمانی، موسیقی‌درمانی و نقاشی‌درمانی[2] است (۳۶).

نقاشی به‌عنوان اولین نوع هنردرمانی، دریچه‌ای را به روی استفاده از هنرهای دیگر می‌گشاید و آن عمدتاً در هنردرمانی استفاده می‌شود (۳۷). نقاشی نه تنها وسیله‌ای برای تشخیص ناسازگاری کودک است، بلکه عاملی بالقوه برای خلاقیت و درمان مؤثر چه از طریق رشد فکری و عاطفی کودک و چه از طریق بهبود روابط بزرگسال و کودک است. هدف از نقاشی‌درمانی، آموزش نقاشی نیست، بلکه ایجاد فرصتی برای افراد برای بیان آزادانه احساسات، حرکات، نیازها و حتی دانش خود با استفاده از رنگ‌ها و خطوط است. در نقاشی‌درمانی، بیان خودبخودی بدون قضاوت به افراد این امکان را می‌دهد که افکار و احساسات سرکوب شده خود را آزادانه و بدون تهدید هیچ واکنش نامطلوبی بیان کنند (۳۸).

نقاشی به‌ویژه برای دانش‌آموزان با مشکلات رشدی که در پردازش اطلاعات با استفاده از زبان گفتاری یا نوشتاری مشکل دارند، یک زبان بصری و تفسیری برای انتقال ایده‌ها و بیان احساساتشان ارائه می‌دهد (۳۹). بنابراین، نقاشی مبتنی بر بیان غیرمستقیم افکار و احساسات در یک فرآیند هنری است. نقاشی به افراد کمک می‌کند تا با احساسات خود کنار بیایند و از طریق فرافکنی زندگی درونی خود، شخصیتی پویا ایجاد کنند (۴۰). نقاشی به کودکان و به ویژه آنهایی که در دبستان هستند را با نشاط و سرگرم می‌کند و به آنها کمک می‌کند اضطراب خود را بهتر درک کنند. نقاشی باعث افزایش خلاقیت و خودکاوی در کودکان می‌شود. همچنین ذهن کودکان را از افکار مزاحم

1. Art therapy
2. painting therapy

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-01]

آزاد می‌کند و باعث می شود که آنها بر روی آثار هنری خود تمرکز کنند. بنابراین آموزش نقاشی می‌تواند در کاهش اضطراب کودک مفید باشد (۳۸).

ادبیات پژوهش داخلی و خارجی نشان می‌دهد که روش نقاشی‌درمانی یکی از مداخلات روان‌شناختی است که بر کاهش اضطراب و اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای مؤثر است اما پژوهش‌های انجام شده در زمینه تأثیر نقاشی‌درمانی بر اضطراب و اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای محدود است و تاکنون در بین کودکان با کم‌توانی‌ذهنی انجام نگرفته است. غلام‌زاده خدری، باباپور، صبوری مقدم پژوهشی تحت عنوان تأثیر هنردرمانی مبتنی بر نقاشی‌درمانی در کاهش علائم اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای در پسران دوره ابتدایی در گروه سنی ۷ تا ۱۲ ساله در ۱۲ جلسه انجام دادند. آنها نشان دادند که هنردرمانی مبتنی بر نقاشی‌درمانی موجب کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌شود (۳۰). رضایی، خدابخشی کلایی و تقوایی به بررسی اثربخشی نقاشی‌درمانی بر کاهش اضطراب و پرخاشگری دانش‌آموزان دبستانی پسر دارای اختلالات برونی‌سازی شده در ۱۰ جلسه بر روی ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه گواه و ۱۵ نفر گروه آزمایشی) پرداختند. نتایج نشان داد که نقاشی‌درمانی در بهبود مشکلات رفتاری چون اختلالات برونی‌سازی شده در دانش‌آموزان دبستانی مؤثر است (۴۱). در پژوهشی، جنگی، شیرآبادی، جانی و پوراسعلی اثربخشی هنردرمانی بر پایه نقاشی‌درمانی در کاهش اضطراب کودکان دچار لکنت زبان را بررسی کردند. نتایج بیانگر آن بود که بین اضطراب گروه آزمایشی و گواه تفاوت معناداری وجود دارد (۴۲). یافته‌های پژوهشی خدابخشی کلایی، وظیفه‌دار، بهاری و اسماعیلی اکبری نشان داد که نقاشی‌درمانی در کاهش پرخاشگری و اضطراب کودکان مبتلا به سرطان تأثیر دارد (۴۳). کریمایی و فردوسی‌پور در پژوهشی به بررسی اثربخشی نقاشی‌درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب جدایی کودکان پیش‌دبستانی پرداختند. یافته‌های پژوهشی نشان‌دهنده‌ی آن بود که نقاشی‌درمانی موجب کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب جدایی کودکان پیش‌دبستانی می‌شود (۴۴). پژوهش مردانی، شفیع‌آبادی و جعفری با عنوان اثربخشی نقاشی‌درمانی بر اضطراب کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی انجام شد. نشان از اثربخشی نقاشی‌درمانی برای کاهش اضطراب در کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی مداخله بود (۴۵). آبینگ و همکاران در پژوهش موردی به این نتیجه رسیدند که هنردرمانی مبتنی بر استفاده از نقاشی، ترسیم و مجسمه‌سازی موجب کاهش اضطراب در زنان با اختلال اضطراب می‌شود (۲۶).آبینگ و همکاران در پژوهش نیمه‌آزمایشی با ۱۴ جلسه مداخله و پیگیری ۳ ماه بعد از ۱۴ جلسه مداخله، به این نتیجه رسیدند که هنردرمانی با رویکردهای نقاشی، ترسیم و مجسمه‌سازی موجب کاهش اضطراب اجتماعی، اضطراب فراگیر و اضطراب جدایی در زنان با اختلال اضطراب می‌شود (۲۷). رویین‌تن، حیدری، افتخار سعادی و احتشام‌زاده در پژوهشی نشان دادند که نقاشی‌درمانی بر کاهش اضطراب کودکان با ناتوانی یادگیری مؤثر است (۳۸).

با توجه به مطالعات انجام شده، اضطراب و اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای در بین کودکان با کم‌توانی‌ذهنی شیوع گسترده‌ای دارد و معرفی و کاربرد روش‌های درمانی و مداخله‌ای جدید جهت کاهش اضطراب و اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای اهمیت و ضرورت ویژه‌ای دارد. در میان مداخلات مختلف، پژوهش‌های اندکی در زمینه تأثیر نقاشی‌درمانی بر اضطراب و اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای در کودکان انجام شده است و موضوع پژوهشی مذکور در گروه کودکان با کم‌توانی‌ذهنی انجام نشده است. بنابراین، خلأ پژوهشی در زمینه تأثیر نقاشی‌درمانی بر اضطراب و اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای در دانش‌آموزان کم‌توانی‌ذهنی، ضرورت انجام این پژوهش را نشان می‌دهد. در نتیجه، هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی نقاشی‌درمانی بر اضطراب و اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای در کودکان با کم‌توانی‌ذهنی بود.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، از نوع پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایشی و گروه گواه بود. متغیر مستقل در این پژوهش، نقاشی‌درمانی و متغیرهای وابسته، اضطراب و اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای بودند. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه کودکان کم‌توانی ذهنی بودند که در یکی از کلینیک‌های تهران خدمات توان‌بخشی در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ دریافت می‌کردند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۲۰ نفر از کودکان با کم‌توانی‌ذهنی بود. کودکان واجدالشرایط به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند از یکی از کلینیک‌های تهران وارد مطالعه شدند و سپس، در دو گروه آزمایشی و گواه، در

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-01]

هر گروه ۱۰ نفر، به شیوه تصادفی جایگزین شدند. شایان ذکر است در پژوهش‌های آزمایشی، پژوهشگر از آزمودنی‌های داوطلب واجد شرایط استفاده می‌کند که حجم نمونه بین ۱۰ تا ۳۰ نفر کافی خواهد بود (۴۶). ملاک‌های ورود در این پژوهش، کم‌توانی‌ذهنی آموزش‌پذیر، داشتن سن ۸ تا ۱۱ سال و ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات آموزش و عدم همکاری با پژوهشگر بودند. پس از پایان اجرای پژوهش، تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، از طریق روش‌های آماری توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و روش‌های استنباطی شامل آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره با نرم‌افزار spss 20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مقادیر احتمال کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شد. همچنین، بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوارایانس چندمتغیره با نرم‌افزار spss20 شامل آزمون لوین (برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگراف-اسمیرنف (برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن نمرات) انجام گرفت. تمامی ملاحظات اخلاقی از جمله رضایت آگاهانه و محرمانه ماندن اطلاعات کودکان با کم‌توانی‌ذهنی رعایت شد.

ابزار

۱) مقیاس اختلال‌های رفتار مخرب [1]

برای تعیین اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای و بهبود احتمالی این اختلال از طریق نقاشی‌درمانی، از مقیاس درجه‌بندی اختلال‌های رفتار مخرب استفاده شد. این مقیاس توسط پلهام، گناگی، گرینسلد و میلیچ ساخته شده است و هدف آن اندازه‌گیری و غربال‌گری اختلال‌های رفتار مخرب در کودکان است. این مقیاس توسط والدین یا معلم دانش‌آموز به صورت انفرادی تکمیل می‌شود و نمره‌گذاری این مقیاس به صورت به هیچ وجه= ۰، کمی= ۱، زیاد=۲ و خیلی‌زیاد = ۳ می‌باشد و نمره‌گذاری معکوس ندارد. مقیاس اولیه دارای ۴۵ گویه و دارای ۴ خرده مقیاس از قبیل بیش‌فعالی-تکانش‌گری (پرسش‌های ۱ تا ۱۱)، نارسایی توجه (پرسش‌های ۱۲ تا ۲۱)، اختلال سلوک (پرسش‌های ۲۲ تا ۲۴) و نافرمانی / مقابله‌ای (شامل پرسش‌های ۲۴ تا ۴۵) بود. نسخه ایرانی این مقیاس دارای ۳۷ گویه است که از طریق نتایج تحلیل عاملی، پنج خرده مقیاس بیش‌فعالی-تکانش‌گری، اختلال سلوک، نافرمانی / مقابله‌ای، نارسایی توجه و رفتار مخرب نامشخص به‌دست آمد و در نسخه ایرانی گویه‌های۲، ۳۷، ۱، ۱۱، ۳۸، ۴۴، ۴۵ و۴۳ به‌دلیل همبستگی پایین با کل آزمون و عدم تناسب محتوای آنها با فرهنگ ایرانی حذف شدند (۴۷). در ایران نیز این مقیاس توسط باعزت و احمدی ترجمه و ساختار عاملی و یژگی‌های روان‌سنجی آن در جامعه ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است. ضریب آلفای کرونباخ برای عامل‌های استخراج شده بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ و برای کل مقیاس ۰/۹۲ به‌دست آمد که نشان‌دهنده اعتبار مطلوب نسخه فارسی مقیاس است (۴۸). همچنین، پایایی این مقیاس در مطالعه ارفورد از طریق روش بازآزمایی ۰/۹۲ گزارش شد (۴۹). لازم به ذکر است که درمانگر کودکان کم‌توانی‌ذهنی (نویسنده دوم مقاله) فقط گویه‌های قسمت نافرمانی / مقابله‌ای را تکمیل نموده است.

۲) مقیاس اضطراب کودکان اسپنس-نسخه کودک [2]

مقیاس اضطراب کودکان توسط اسپنس در سال ۱۹۹۷ طراحی شد و نسخه کودک آن ۴۵ گویه دارد. این پرسشنامه شامل ۶ خرده مقیاس ترس از فضای باز (۵ پرسش)، اضطراب جدایی (۶ پرسش)، ترس از آسیب فیزیکی (۵ پرسش)، ترس اجتماعی (۶ پرسش)، وسواس فکری-عملی (۵ پرسش) و اضطراب عمومی (۱۱ پرسش) است. نمره‌گذاری براساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای هرگز (۰)، گاهی اوقات (۱)، اغلب (۲)، همیشه (۳) تعیین شده و نمره ۵۷ به بالا نشان‌دهنده وجود مشکل جدی در آن مقیاس می‌باشد. در پژوهش اسپنس پایایی آلفای کرانباخ ۰/۹۰ و پایایی بازآزمایی ۰/۶۰ به‌دست آمده است (۵۰). در ایران، این مقیاس توسط موسوی، مرادی، مهدوی هنجاریابی شد و پایایی زیرمقیاس اضطراب گزارش شده است (۵۱). این مقیاس توسط درمانگر کودکان کم‌توانی‌ذهنی (نویسنده سوم مقاله) تکمیل شده است. همچنین، کل مقیاس اضطراب در قسمت یافته‌ها مورد تجزیه و تحلیل گرفته است.

معرفی برنامه‌ی مداخله

برنامه مداخله نقاشی‌درمانی مبتنی بر پروتکل نقاشی‌درمانی سیلور نقل از مؤمنی، یزدان‌بخش و اکبری (۵۲) و قاسم‌زاده، امینی، نوروزی (۵۳) تنظیم شد. جلسات نقاشی‌درمانی در

1. Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders
2. Spence children's Anxiety scale (SCAS)

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-01]

قالب ۱۰ جلسه در طول یک ماه ۲ بار در هفته (هر جلسه ۹۰ دقیقه) در یکی از کلینیک‌های تهران برگزار شد. خلاصه جلسات نقاشی‌درمانی همراه با تعداد جلسات آموزشی، محتوای جلسات و هدف در جدول (۱) آمده است.

جدول ۱) محتوای جلسات نقاشی‌درمانی

جلسه	محتوا	هدف	فعالیت	زمان (۹۰ دقیقه)
یکم	گرفتن پیش‌آزمون مقیاس اضطراب و اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای	-	-	-
دوم	ترسیم هیجانات مختلف	رشد دادن و تقویت توانایی خودبیانگری	ترسیم آدم خوشحال، ناراحت و غیره	۹۰
سوم	ترسیم اعضای گروه	رشد دادن و تقویت توانایی درک مفاهیم افقی و عمودی	به تک تک اعضای گروه خود نگاه کنید و آنها را هرگونه که می‌بینید، بکشید	۹۰
چهارم	چه چیزی مرا ناراحت می‌کند	رشد دادن و تقویت توانایی خودبیانگری	هر چیزی که احساس می‌کنید شما را ناراحت می‌کند، بکشید	۹۰
پنجم	حیوانی را ترسیم کنید که دوست دارید باشید.	رشد دادن و تقویت توانایی خودبیانگری	کشیدن شکل حیوان مورد علاقه	۹۰
ششم	نقاشی دیواری گروهی (با موضوع دلخواه کودکان)	رشد دادن و تقویت توانایی ایجاد توالی، تقویت مهارت رنگ‌آمیزی و ایجاد حساسیت به تفاوت‌های مختصر در رنگ‌ها	کودکان به صورت گروهی بدون تعیین موضوع خاص نقاشی بزرگ بکشند.	۹۰
هفتم	نقاشی آنچه که در طبیعت دوست دارند	رشد دادن و تقویت توانایی شکل‌دهی فضا، توالی و طبقه، رشد دادن و تقویت مهارت‌های هنری	آنچه را که در طبیعت دوست دارید نقاشی کنید (مثال، بارش باران را نقاشی کنید)	۹۰
هشتم	نقاشی از بدن (چشم، گوش، دست، انگشتان دست، سر، پا، دست)	شناخت اعضای بدن، رشد دادن و تقویت توانایی درک مفاهیم مربوط به فضا، توالی و طبقه، رشد دادن و تقویت مهارت‌های هنری	بدن خود را نقاشی کنید	۹۰
نهم	نقاشی همراه با موسیقی (موسیقی با ریتم کند، تند و موضوع دلخواه کودکان)	رشد دادن و تقویت توانایی درک مفاهیم مربوط به فضا، توالی و طبقه	موضوع دلخواه خود را به همراه پخش موسیقی بر روی کاغذ بکشید	۹۰
دهم	خود را چگونه تصور می‌کنید	رشد دادن و تقویت توانایی خودبیانگری	تصویر خود را آن‌گونه که تصور می‌کنید، بکشید	۹۰
یازدهم	گرفتن پس‌آزمون مقیاس اضطراب و اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای	-	-	-

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-01]

روش اجرا

در ابتدا، قبل از اجرای برنامه مداخله نقاشی‌درمانی، خلاصه جلسات نقاشی‌درمانی تعیین شد. یکی از پژوهشگران با همکاری مسئول یکی از کلینیک‌های تهران و بعد از گرفتن رضایت‌نامه از والدین کودکان، پیش‌آزمون مقیاس اضطراب و اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای را برای هر دو گروه گواه و آزمایشی به صورت انفرادی تکمیل نمود. پس از گرفتن پیش‌آزمون، آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی به دو گروه گواه و آزمایشی تقسیم شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایشی (کودکان با کم‌توانی‌ذهنی) جلسات نقاشی‌درمانی را مطابق جدول (۱) در قالب ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت گروهی دریافت نمودند. گروه گواه هیچ گونه آموزشی دریافت نکردند. پس از پایان جلسات نقاشی‌درمانی، پس‌آزمون از همه‌ی اعضای گروه آزمایشی و گواه با استفاده از مقیاس‌های اضطراب و اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای به عمل آمد.

یافته‌ها

آزمودنی‌های این پژوهش را کودکان با کم‌توانی‌ذهنی تشکیل دادند که در گروه گواه ۲ نفر از کودکان با کم‌توانی‌هنی ۷ ساله (۰/۲۰ درصد)، ۱ نفر از کودکان با کم‌توانی‌ذهنی ۸ ساله (۰/۱۰ درصد)، ۲ نفر از کودکان با کم‌توانی‌ذهنی ۹ ساله (۰/۲۰ درصد)، ۳ نفر از کودکان با کم‌توانی ذهنی ۱۰ ساله (۰/۳۰ درصد)، ۲ نفر از کودکان با کم‌توانی‌ذهنی ۱۱ ساله (۰/۲۰درصد) بودند.

در گروه آزمایشی ۲ نفر از کودکان با کم‌توانی‌ذهنی ۷ ساله (۰/۲۰درصد)، ۱ نفر از کودکان با کم‌توانی‌ذهنی ۸ ساله (۰/۱۰ درصد)، ۳ نفر از کودکان با کم‌توانی ذهنی ۹ ساله (۰/۳۰ درصد)، ۲ نفر از کودکان با کم‌توانی‌ذهنی ۱۰ ساله (۰/۲۰ درصد)، ۲ نفر از کودکان با کم‌توانی‌ذهنی ۱۱ ساله (۰/۲۰ درصد) بودند.

جدول ۲) میانگین و انحراف استاندارد و آزمون کولموگراف اسمیرنف برای متغیرهای اضطراب و اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای در دو گروه آزمایشی و گواه

متغیرها	وضعیت	گروه	M	SD	K-SZ	P
اضطراب	پیش‌آزمون	آزمایشی	۸۱/۷۰	۶/۷۶	۰/۷۰	۰/۶۹
		گواه	۸۰/۲۰	۶/۱۹	۰/۷۸	۰/۵۶
	پس‌آزمون	آزمایشی	۴۹/۱۰	۵/۰۴	۰/۹۲	۰/۳۶
		گواه	۸۰/۰۰	۴/۴۹	۰/۴۸	۰/۹۷
اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای	پیش‌آزمون	آزمایشی	۳۹/۸۰	۴/۲۱	۰/۹۴	۰/۳۳
		گواه	۴۱/۲۰	۳/۶۱	۰/۹۰	۰/۳۸
	پس‌آزمون	آزمایشی	۲۸/۵۰	۳/۳۴	۰/۵۴	۰/۹۲
		گواه	۴۰/۰۰	۲/۹۸	۰/۴۷	۰/۹۸

در جدول (۲) آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب و اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای به تفکیک برای افراد گروه‌های آزمایشی و گواه در دو مرحله سنجش (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد در گروه گواه میانگین نمرات در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای و اضطراب کل تغییر چندانی را نشان نمی‌دهند ولی در گروه آزمایشی شاهد تفاوت میانگین نمرات در پس‌آزمون گروه آزمایشی نسبت به پیش‌آزمون هر دو گروه (گواه و آزمایشی) و پس‌آزمون گروه گواه هستیم.

بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو گروه آزمایشی و گروه گواه برای متغیرهای اضطراب و اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای از آزمون کولموگراف-اسمیرنف استفاده شد.

در جدول (۲) نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرنف برای بررسی هنجار بودن داده‌ها گزارش شده است. با توجه به نتایج جدول، آزمون z کولموگراف-اسمیرنف برای متغیرها معنادار نیست ($p>0/05$). بنابراین مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات واریانس‌ها تأیید می‌شود.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-01]

جدول ۳) نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره بین گروه‌های آزمایشی و گواه با نمرات پیش‌آزمون (اضطراب)

منبع واریانس	Ss	Df	Sm	F	P	Eta
اثر اصلی گروه	۳۲۸/۷۸	۱	۳۲۸/۷۸	۱۴/۰۲	۰/۰۰۲	۰/۴۵
نمره پیش‌آزمون (گواه)	۱۲/۲۳	۱	۱۲/۲۳	۰/۵۲	۰/۴۸	۰/۰۳۰
خطا	۳۹۸/۶۶	۱۷	۲۳/۴۵			
کل	۸۸۵۱۹/۰۰۰	۲۰				

برای ارزیابی نقاشی‌درمانی بر اضطراب در کودکان با کم‌توانی ذهنی از تحلیل کواریانس تک‌متغیره استفاده شد. قابل ذکر است قبل از اجرای تحلیل کواریانس تک‌متغیره برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس متغیر اختلال اضطراب از تست همگنی واریانس لوین استفاده گردید. نتایج آزمون لوین برای اضطراب بیشتر از ۰/۵ است (F=۲/۰۴ ،p> ۰/۱۷). در نتیجه، فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در متغیر پژوهش تأیید گردید. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین گروه‌های آزمایشی و گروه گواه، در نمرات پس‌آزمون، تفاوت معناداری دیده می‌شود. به عبارتی بین افراد گروه‌های آزمایشی و گواه از لحاظ متغیر وابسته (اضطراب) تفاوت معناداری وجود دارد (p≤ ۰/۰۱). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی نقاشی‌درمانی بر اضطراب کودکان با کم‌توانی‌ذهنی تأیید می‌گردد. در این ارتباط میزان تأثیر یا تفاوت برابر با (۰/۴۵) است. یعنی ۰/۴۵ تفاوت بین نمرات گروه آزمایشی و گواه در پس‌آزمون (اضطراب) مربوط به تأثیر نقاشی‌درمانی است.

جدول ۴) نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره بین گروه‌های آزمایشی و گواه با نمرات پیش‌آزمون (اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای)

منبع واریانس	Ss	Df	Sm	F	P	Eta
اثر اصلی گروه	۵۸/۰۸	۱	۵۸/۰۸	۷/۰۹	۰/۰۱	۰/۲۹
نمره پیش‌آزمون(گواه)	۴۱/۳۰	۱	۴۱/۳۰	۵/۰۴	۰/۰۳	۰/۲۲
خطا	۱۳۹/۱۹	۱۷	۸/۱۸			
کل	۲۴۳۰۳/۰۰۰	۲۰				

برای ارزیابی نقاشی‌درمانی بر اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای در کودکان با کم‌توانی‌ذهنی از تحلیل کواریانس تک‌متغیره استفاده شد. قابل ذکر است قبل از اجرای تحلیل کواریانس تک‌متغیره برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس متغیر اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای از آزمون همگنی واریانس لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای بیشتر از ۰/۵ است (F=۲/۱۳ ،<۰p/۱۶). در نتیجه، فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در متغیر پژوهش تأیید گردید. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین گروه‌های آزمایشی و گروه گواه، در نمرات پس‌آزمون، تفاوت معناداری دیده می‌شود. به‌عبارتی بین افراد گروه‌های آزمایشی و گواه از لحاظ متغیر وابسته (اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای) تفاوت معناداری وجود دارد (≥۰p/۰۱). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی نقاشی‌درمانی بر اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای در کودکان با کم‌توانی‌ذهنی تأیید می‌شود. در این ارتباط میزان تأثیر یا تفاوت برابر با (۰/۲۹) است. یعنی ۰/۲۹ تفاوت بین نمرات گروه آزمایشی و گروه گواه در پس‌آزمون (اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای) مربوط به تأثیر نقاشی‌درمانی است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی نقاشی‌درمانی بر اضطراب و اختلال نافرمانی/مقابله‌ای در کودکان با کم‌توانی‌ذهنی بود. نتایج تحلیل کواریانس متغیرهای پژوهش نشان داد که اضطراب و اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای کودکان با کم‌توانی‌ذهنی در گروهی که مداخله نقاشی‌درمانی را دریافت کرده بودند، به صورت معناداری پایین‌تر از گروهی بود که مداخله نقاشی‌درمانی را دریافت نکرده بودند.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-01]

یکی از نتایج پژوهش این بود که نقاشی‌درمانی موجب کاهش اضطراب در کودکان با کم‌توانی‌ذهنی شده است. نتیجه این پژوهش با نتایج پژوهش رضایی و همکاران یکسان گزارش شده است. رضایی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که با اجرای مداخله نقاشی‌درمانی می‌توان اضطراب و پرخاشگری را در کودکان ابتدایی با اختلالات برونی‌سازی کاهش داد (۴۱). همچنین، یافته این پژوهش با یافته‌های پژوهش جنگی و همکاران همسو است. جنگی و همکاران در پژوهش خود به تأثیر هنردرمانی بر پایه‌ی نقاشی‌درمانی در کاهش اضطراب کودکان دچار لکنت زبان تأکید دارند (۴۲). علاوه بر این، نتیجه این پژوهش با یافته‌های پژوهشی خدابخشی کلایی و همکاران همسو است. نتایج پژوهشی خدابخش کلایی و همکاران نشان داد که نقاشی‌درمانی در کاهش پرخاشگری و اضطراب کودکان مبتلا به سرطان تأثیر دارد (۴۳). در این راستا، یافته این پژوهش با یافته‌های پژوهشی کریمایی و فردوسی‌پور همسو است. در پژوهش کریمایی و فردوسی‌پور نشان داده شد که نقاشی‌درمانی موجب کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب جدایی کودکان پیش‌دبستانی می‌شود (۴۴). همچنین، یافته این پژوهش با نتیجه‌ی پژوهش مردانی و همکاران همسو است. نتیجه‌ی پژوهش مردانی و همکاران نشان داد که اثربخشی نقاشی‌درمانی بر اضطراب کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی مؤثر است (۴۵). علاوه بر این، آبینگ و همکاران در پژوهشی اذعان داشتند که هنردرمانی مبتنی بر استفاده از نقاشی، ترسیم و مجسمه‌سازی موجب کاهش اضطراب در زنان با اختلال اضطراب می‌شود (۲۶). در این راستا، یافته‌ی پژوهشی آبینگ و همکاران نشان دهنده اثربخشی هنردرمانی با رویکردهای نقاشی، ترسیم و مجسمه‌سازی بر کاهش اضطراب اجتماعی، اضطراب فراگیر و اضطراب جدایی در زنان با اختلال اضطراب است (۲۷). همچنین، نتایج پژوهش رویین‌تن و همکاران بیانگر اثربخشی نقاشی‌درمانی بر کاهش اضطراب کودکان با ناتوانی یادگیری است (۳۸).

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به نتایج مطالعات رضایی و همکاران، جنگی و همکاران، خدابخش کلایی، کریمایی و فردوسی‌پور، مردانی و همکاران، آبینگ و همکاران، رویین‌تن در کاهش اضطراب استفاده کرده‌اند، اشاره کرد. یکی از مداخلات مؤثر، مداخله نقاشی‌درمانی است. هدف نقاشی‌درمانی ارائه فرصتی به کودکان برای بیان آزادانه احساسات، عواطف، نیازها و حتی دانش خود از طریق رنگ‌ها و خطوط است. این نقاشی بیانگر احساسات و شخصیت افراد است و خلاقیت آنها را پرورش می‌دهد. نقاشی‌درمانی فرصت تجربه رشد عاطفی را برای کودکان فراهم می‌سازد. علاوه بر این، کودکانی که تجربیات ناخوشایندی از خانواده یا کلاس درس خود دارند و کسانی که تمایلی به بودن با بزرگسالان ندارند، می‌توانند بازخورد بیشتری از همسالان دریافت کنند. در نهایت، احساسات خصمانه کودکان در جلسات نقاشی‌درمانی گروهی بهتر از جلسات فردی درک می‌شود. در نتیجه، نقاشی‌درمانی به‌طور چشمگیری اضطراب کودکان را کاهش می‌دهد (۳۸) کودکان کم‌توان‌ذهنی به‌دلیل داشتن مشکلات ارتباطی با محیط، اختلالات اضطرابی را تجربه می‌کنند اما از طریق مداخله نقاشی‌درمانی، احساسات و هیجانات درونی خود را بروز داده و نسبت به هیجانات خود آگاهی یافته و به صورت غیرمستقیم در قالب نقاشی، احساسات و هیجانات خود را نشان می‌دهند و این نیز موجب کاهش تنش، ترس و خشم و سایر احساسات منفی شده و توانایی مقابله با مشکلات ارتباطی با محیط را پیدا می‌کنند. در نتیجه، نقاشی‌درمانی موجب کاهش اضطراب در این کودکان می‌شود (۲۶)

یکی از نتایج دیگر پژوهش این بود که نقاشی‌درمانی موجب کاهش اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای در کودکان با کم‌توانی‌ذهنی شده است. نتیجه این پژوهش با نتایج پژوهشی غلام‌زاده خدری و همکاران همسو است (۳۰). غلام‌زاده خدری و همکاران در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که هنردرمانی مبتنی بر نقاشی‌درمانی موجب کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌شود (۳۰). در واقع، نتایج نشان داد که نقاشی‌درمانی به کودکان کمک می‌کند تا با یکدیگر تعامل کنند، دامنه راهبردهای حل مسئله خود را گسترش دهند، تفاوت‌ها را تحمل کنند و از شباهت‌ها آگاه شوند و در اثر تعاملات بین‌فردی، رفتارهای مخالف، خشمگین، کینه‌توزانه و پرخاشگرانه این کودکان در اثر دریافت مداخله نقاشی‌درمانی کاهش می‌یابد. در واقع، کودکان کم‌توان‌ذهنی در مقایسه با کودکان عادی در برقراری ارتباط مناسب با همسالان، خانواده و مدرسه مشکلاتی دارند و رفتارهایی از قبیل رفتارهای مخالف، خشمگینانه، کینه‌توزانه و پرخاشگرانه در آنان بیشتر است. نقاشی‌درمانی از طریق فعالیت‌های گروهی مانند کشیدن اعضای بدن و یا کشیدن یک نقاشی

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-01]

دلخواه به صورت گروهی به آنان کمک می‌کند تا هیجانات خود را در قالب هنر تخلیه کرده و با مشاهده‌ی توانایی‌های خود در کشیدن نقاشی و توانایی برقراری ارتباط با دوستان خود در کارهای هنری گروهی، اعتماد به نفس‌شان بیشتر شده و کمتر دچار خشم و عصبانیت می‌شوند. کودکان با اختلال نافرمانی / مقابله‌ای با دنبال کردن دستورالعمل‌هایی مانند کشیدن اعضای بدن و یا قرار گرفتن در گروه و انجام دادن کارهای گروهی، رفتارهای سرکشانه و مقابله‌ای، تعارض و آشفتگی‌های هیجانی‌شان در این مداخله کاهش می‌یابد. همچنین، در نقاشی‌درمانی، یادگیری از طریق تجربه مانند نگریستن به طبیعت و کشیدن آن و یا توجه کردن به حیوانات و تصور کردن خود به یکی از حیوانات و یا تشخیص هیجانات خود و کشیدن آن، موجب رشد استدلال، بینش و یادگیری تجربی این کودکان شده و کمتر دچار تعارضات هیجانی می‌شوند. در نتیجه، این مداخله در کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای / نافرمانی مؤثر است (۳۰).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این موضوع اشاره کرد که از چون آزمودنی‌های این پژوهش فقط دانش‌آموزان با کم‌توانی‌ذهنی بودند، بنابراین، تعمیم آن به سایر باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین، سن کودکان با کم‌توانی‌ذهنی در این پژوهش بین ۸ تا ۱۱ سال بود، بنابراین تعمیم نتایج این پژوهش به سایر سنین باید با احتیاط انجام شود. با توجه به محدودیت‌های پژوهش، برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در گروهی از دانش‌آموزان با سایر ناتوانی‌ها مانند اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی و اختلال یادگیری خاص و گروه‌های سنی مختلف اجرا شود. همچنین، به‌عنوان پیشنهاد پژوهشی می‌توان اذعان داشت که در پژوهش‌های آتی به تأثیر نقاشی‌درمانی بر افسردگی دانش‌آموزان با کم‌توانی‌ذهنی پرداخته شود. همچنین، به‌عنوان پیشنهاد کاربردی پژوهش، می‌توان بیان کرد که با توجه به اثربخش بودن روش نقاشی‌درمانی، پیشنهاد می‌شود در کیلینک‌های توان‌بخشی و مدارس استثنایی به نقاشی توجه ویژه شود که از طریق نقاشی، کودکان با کم‌توانی‌ذهنی نسبت به هیجانات خود شناخت پیدا کرده و آنها را تنظیم کنند و هیجانات خود را در قالب نقاشی نشان دهند و مربی پی به احساسات درونی آنان ببرد و با کمک مشاوران و درمانگران ماهر و با تجربه هیجانات منفی کودکان را شناسایی و درمان کنند.

تشکر و قدردانی

در پایان، نویسندگان از تمامی عزیزانی که شرایط لازم جهت اجرای این پژوهش را فراهم نمودند و همچنین از اولیای دانش‌آموزان، نهایت تشکر و قدردانی را اعلام می‌دارند.

تضاد منافع

در این مقاله هیچ تضاد یا تعارض منافعی وجود ندارد.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5 ®). American Psychiatric Pub; 2013.
2. Matson JL, Belva BC, Hattier MA, Matson M. . Scaling methods tomeasure psychopathology in persons with intellectual disabilities. Research in Developmental Disabilities. 2012; 33(2): 549–562.
3. Austin K L, Hunter M, Gallagher E, Campbell LE. Depression and anxiety symptoms during the transition to early adulthood for people with intellectual disabilities. Journal of Intellectual Disability Research. 2018; 62: 407–21.
4. Maiano C, Coutu S, Tracey D, Bouchard S, Lepage G, Morin A JS, et al. Prevalence of anxiety and depressive disorders among youth with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders. 2018; 236, 230–42.
5. Bourke J, Nembhard WN, Wong K, et al. Twenty-five year survival of children with intellectual disability in Western Australia. The Journal of Pediatrics. 2017; 188: 232–239.e2.
6. Buckley N, Glasson EJ, Chen W. Prevalence estimates of mental health problems in children and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2020; 54 (10): 970-984.
7. Hermans H, Evenhuis HM. Characteristics of instruments screening for depressionin adults with intellectual disabilities:Systematicreview.Research in DevelopmentalDisabilities. 2010; 31(6): 1109–1120.
8. Cooper SA, McLean G, Guthrie B, McConnachie A, Mercer S, Sullivan F, Morrison J. Multiple physical and mental health comorbidity in adults with intellectual disabilities: Population-based cross-sectional analysis. BMC Family Practice. 2015; 16(1): 110.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-01]

9. Bhosale S A, Singru S, Khismatrao D. Study of Psychosocial Problems among adolescent students in Pune, India. Ameen J. Med. Sci. 2015; 8: 150–155.
10. Meacham F, Bergstrom CT. Adaptive behavior can produce maladaptive anxiety due to individual differences in experience. Evolut Med Public Health. 2016; (1): 270-85.
11. GHasemnezhad SM, Barkhordari M. Frequency of anxiety and its relation with depression and other individual characteristics in nursing students. Journal of Holistic Nursing and Midwifery. 2013; 22(2), 40-47. [Persian].
12. Martín V, Granero R, Ezpeleta L. Comorbidity of oppositional defi ant disorder and anxiety disorders in preschoolers. Psicothema. 2014; 26 (1): 27-32
13. Dabick DAG, Ollendick TT, Bubier JL. Co-occurrence of ODD and Anxiety: Shared Risk Processes and Evidence for a Dual-Pathway Model. Clin Psychol. 2010; 17(4): 307-318
14. Arias V B, Aguayo V, Navas P. Validity of DSM-5 Oppositional Defiant Disorder Symptoms in Children with Intellectual Disability. Int J Environ Res Public Health. 2021; 18(4): 1977.
15. Christensen L, Baker BL, Blacher J. Oppositional Defiant Disorder in children with intellectual disabilities. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities. 2013; 6(3), 225-244.
16. Oeseburg B, Dijkstra GJ, Groothoff JW, Reijneveld SA, Jansen DEMC. Prevalence of of chronic health conditions in children with intellectual disability: A systematic literature review. Intellect. Dev. Disabil. 2011; 49:59–85.
17. Raine A. Annotation: the role of prefrontal deficits, low autonomic arousal and early health factors in the development of antisocial and aggressive behavior in children. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2002; 43 (4): 417-434.
18. Burke JD, Rowe R, Boylan K. Functional outcomes of child and adolescent oppositional defiant disorder symptoms in young adult men. Journal of Child Psychology & Psychiatry. 2014; 55(3): 264–272
19. Ding W, Meza J, Lin X, He T, ChenH, Wang Y, Qin SH. Oppositional Defiant Disorder Symptoms and Children's Feelings of Happiness and Depression: Mediating Roles of Interpersonal Relationships. Child Indicators Research. 2019; 13, 215-235.
20. Nielsen S, Hageman I, Petersen A, Daniel SI F, Lau M, Winding C, et al. Do emotion regulation, attentional control, and attachment style predict response to cognitive behavioral therapy for anxiety disorders?– An investigation in clinical settings. Psychother.2019; 29: 999–1009.
21. Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, Pharm D, Gorman D A. The Pharmacological Management of Oppositional Behaviour, Conduct Problems, and Aggression in Children and Adolescents With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Part 1: Psychostimulants, Alpha-2 Agonists, and Atomoxetine. Can J Psychiatry. 2015; 60(2): 42–51.
22. Kazdin, A.E. Problem-solving skills training and parent management training for oppositional defiant disorder and conduct disorder. In A.E. Kazdin & J. R. Weisz, (Eds.), Evidence-based psychotherapies for children and adolescents (2nd ed., pp. 211-226). New York, NY: Guilford Press. 2010;
23. Lochman JE, Boxmeyer C L, Powell NP, Barry TD, Pardini DA. Anger control training for aggressive youths. In A.E. Kazdin & J. R. Weisz, (Eds.), Evidence-based psychotherapies for children and adolescents (2nd ed., pp. 227-242). New York, NY: Guilford Press; 2010.
24. Afsari M, Zeinali A. The effect of parental management training on reducing of oppositional defiant disorder in mentally retarded students. J Except Educ. 2022; 5 (165): 47-56. [Persain].
25. Abbing A, Ponstein A, van Hooren S, Sonneville LD, Swaab H, Baars E. The effectiveness of art therapy for anxiety in adults: A systematic review of randomised and non-randomised controlled trials.PLOS ONE. 2018; 13(12): e0208716.
26. Abbing AC, Baars, E W, Van Haastrecht O, Ponstein AS. Acceptance of Anxiety through Art Therapy: A Case Report Exploring How Anthroposophic Art Therapy Addresses Emotion Regulation and Executive Functioning. Case Report in psychiatry. 2019; 1-13
27. Abbing AA. Ponstein J, Hoekman S, Hooren V, Baars E. "Wetenschappelijk verantwoorde casusbeschrijvingen vragen om methodische documentatie. De ontwikkeling van een documentatiemethode gebaseerd op de CARE-AAT richtlijn. [Scientifically valid case studies require methodical documentation. The development of a documentation method based on the CARE-AAT Guideline]. Tijdschrift Voor Vaktherapie. 2018; 3: 24–32.
28. Chiang, M, Reid-Varley, W. B., and Fan, X. (2019). Creative art therapy for mental illness. Psychiatry Res. 2019; 275 (3): 129–136
29. Hu J, Zhang J, Hu L, Yu H, Xu J. Art Therapy: A Complementary Treatment for Mental DisordersJingxuan. Front. Psychol. 2021; 12(686005): 1-9.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-01]

30. Gholamzade Khadar AM, Babapour BJ, Sabourimoghaddam H. The effect of art therapy based on painting therapy in reducing symptoms of oppositional defiant disorder (ODD) in elementary School Boys. 2013; Procedia - Social and Behavioral Sciences. 84: 1872 – 1878.
31. Carey C. Adolescents With Attention-Deficit Hyperactive Disorder And/Or Oppositional Defiant Disor Oppositional Defiant Disorder Benefit F der Benefit From Activ om Active Arts Ther ts Therapy. Expressive Therapies Capstone Theses; 2018.
32. Waller D. Art therapy for children: how it leads to change. Clin. Child Psychol. Psychiatry. 2006; 11: 271−282.
33. Dye M. Evaluating the benefits of art therapy interventions with grieving children (Ph. D. Thesis). James Madison University, JMU Scholarly Commons. 2018; Avaliable online at: https://commons.lib.jmu.edu/edspec201019/129 Google Scholar.
34. Lowe E. Engaging Exceptional Students Through Art Activities. BU Journal of Graduate Studies in Education. 2016; 1(8).
35. Attard A, Larkin M. Art therapy for people with psychosis: a narrative review of the literature. Lancet Psychiatry. 2016; 3, 1067–1078.
36. Deshmukh SR, Holmes J, Cardno A. Art therapy for people with dementia. Cochrane Database Syst. Rev.2018; 9: D11073.
37. Bosgraaf L, Spreen M, Pattiselanno K, Hooren SV. Art Therapy for Psychosocial Problems in Children and Adolescents: A Systematic Narrative Review on Art Therapeutic Means and Forms of Expression, Therapist Behavior, and Supposed Mechanisms of Change. Frontiers Psychol 2020; 11: 2389.
38. Rointan P, Heidari A, Eftekhar Saadi Z, Ehteshamzadeh P. Effectiveness of Painting Therapy on Anxiety in Children with Specific Learning Disabilities. Caspian J Pediatr . 2021; 7(1): 488-94.
39. Beech M. Accommodations: Assisting students with disabilities. Tallahassee, FL: Florida Department of Education. Retrieved. 2015; 15.
40. Gavron T, Mayseless O. Creating Art Together as a Transformative Process in Parent-Child Relations: The Therapeutic Aspects of the Joint Painting Procedure. Front Psychol. 2018; 9: 2154.
41. Rezaee S, Khodabakhshi Koolaee A, Taghvaee D. Influence of painting therapy in decreasing aggression and anxiety among elementary school boys. J Pediatr Nurs 2015; 2(2): 10-19.
42. Jangi S, Shirabadi A, Jani S, Pouresmali A. Effectiveness of art Therapy Based on Painting Therapy to Reduce Anxiety of Children with Stuttering. sjimu. 2015; 23 (2): 53-60. [Persian].
43. Khodabakhshi Koolaee A, Vazifehdar R, Bahari F, Akbari ME. Impact of painting therapy on aggression and anxiety of children with cancer. Caspian J Pediatr. 2016; 2(2): 135-41. [Persian].
44. Karimaee M, Ferdosipour A. The Effect of Painting Therapy on Reducing Signs of Symptoms in Separation Anxiety Disorder in Preschool Children. Rooyesh. 2019; 8 (8) :205-212. [Persian].
45. Mardani F, Shafi Abadi A, Jafari A. The Effectiveness of Painting Therapy on Anxiety in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of applied family therapy. 1(2): 68-85. . [Persian].
46. Hafeznia MR. Introduction to Research Methodology in Humanities. Organization for the Study and Compilation of University Humanities Books (Position). 2020. [Persian].
47. Pelham WE, Gnagy EM, Greenslade KE, Milich R. Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1992; 31(2):210–8.
48. Baezzat F, Ahmadi Ghozoloji A. Factorial Structure and Psychometric Properties of the Disruptive Behavior Disorders Rating Scale – Parent Form. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2015; 2 (3), 22-45. [Persian].
49. Erford BT. Technical Analysis of Father Responses to the Disruptive Behavior Rating Scale-Parent Version (DBRS-P). Measurement and Evaluation in Counseling and Development. 1998; 30(4):199–210.
50. Spence SH. Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) [Database record]. APA PsycTests; 1997.
51. Mousavi R, Moradi A, Mahdavi SL. Evaluation of the effectiveness of structural family therapy in improving separation anxiety disorder. Psychological studies. 2007; 3 (2): 7-28. [Persian].
52. Momeni KH, Yazdanbakhsh K, Akbari H. The Effectiveness of Art Therapy in Reducing Behavioral Disorders of Educable Mentally-Retarded Students. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2014; 2(1): 9-23. [Persian].
53. Ghasemzadeh S, amini S, noruzi R. Effect of Motivational Painting Training on Aggressive Behavior of Students with Intellctual Disability. JOEC. 2020; 20 (1) :45-56. [Persian].

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-01]