

## بررسی تأثیر هنرهای دیداری بر راهبردهای رویارویی به کودکان آزاردیده

### The Effect of Visual Arts on Coping Strategies to abused Children

*F. nezhadi pilehrood , M. A.* ✉

فرحناز نژادی پیلهرود ✉

کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی از دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز

*H. Ashayeri, Ph.D.*

دکتر حسن عشایری

استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران

*M. Esteki, Ph.D.*

دکتر مهناز استکی

استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی

دریافت مقاله: ۸۸/۱۱/۲۴

دریافت نسخه اصلاح شده: ۸۹/۵/۱۳

پذیرش مقاله: ۸۹/۶/۱۸

#### Abstract

The present study investigated the effect of visual arts on teaching coping strategies to abused children with physical and psychological signs of disorders. The sample included 7 annoyed children dwelling in a 24-hour Behzisti center; the participants were selected through convenient sampling. In this semi-experimental research, Children's Coping Strategies Checklist

#### چکیده:

پژوهش حاضر تأثیر هنرهای دیداری بر آموزش راهبردهای رویارویی به کودکان آزاردیده دارای علائم مرضی (جسمی، روان‌شناختی) بررسی کرد. نمونه مورد بررسی شامل ۷ کودک آزاردیده ساکن در یکی از مراکز نگهداری شبانه‌روزی وابسته به بهزیستی بودند که به صورت نمونه در دسترس انتخاب شدند.

در مطالعه فوق که از نوع نیمه آزمایشی است جهت جمع‌آوری داده‌های پژوهش از سیاهه راهبردهای

✉Corresponding author: M.A. in Educational Psychology, Islamic Azad University Tehran Central Branch

Tel: +9821-88772000

Fax: +9821-88779355

Email: [Fari\\_nej@yahoo.com](mailto:Fari_nej@yahoo.com)

✉ نویسنده مسئول: خیابان ولی‌عصر، چهارراه میرداماد، جنب پمپ

بنزین، مرکز مشاوره تخصصی آمنه

تلفن: ۰۲۱-۸۸۷۷۲۰۰۰

نمابر: ۰۲۱-۸۸۷۷۹۳۵۵

پست الکترونیکی: [Fari\\_nej@yahoo.com](mailto:Fari_nej@yahoo.com)

(CCSC) and Disease Diagnostics Questionnaire (CSI-4) were used for data collection. Since the main objective of this research is investigating the effect of visual arts on coping strategies to abused children, independent and paired sample t-test were used for data analysis. The results show that using visual arts has a significant effect on the teaching of coping strategies to abused children.

**Keywords:** Visual arts, Teaching, coping strategies, Abused children.

رویارویی کودکان (CCSC) و پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) استفاده شده است. با توجه به این که در این مطالعه هدف اصلی تأثیر هنرهای دیداری بر آموزش راهبردهای رویارویی به کودکان آزار دیده بود، نتایج نشان دادند که کاربرد هنر های دیداری بر آموزش راهبردهای رویارویی به کودکان آزار دیده مؤثر است.

**کلیدواژه‌ها:** هنرهای دیداری، آموزش، راهبردهای رویارویی و کودک آزاری.

## مقدمه

کودک در هنگام تولد موجود ناتوانی است که نیازمند حمایت و مراقبت خانواده و اطرافیان می‌باشد تا بتواند مسیر پر پیچ و خم زندگی را طی کند. فرایند رشد و تحول کودک تابع تأثیر متقابل عوامل زیستی - روانی و اجتماعی است و خانواده نقش بسیار مهمی در این زمینه ایفا می‌کند (انجمن حمایت از حقوق کودکان، ۱۳۸۵).

کودک آزاری ناهنجارترین و ضدانسانی‌ترین رفتاری است که در جوامع مختلف به اشکال گوناگون رخ می‌دهد. بر اساس شواهد موجود بیشترین موارد کودک آزاری در خانواده و توسط نزدیک‌ترین افراد رخ می‌دهد. وقتی کودکی مورد اذیت، اهانت، ضرب و شتم قرار می‌گیرد اثرات مخربی بر رشد جسمی و روانی او می‌گذارد و منجر به پرخاشگری، افسردگی، اضطراب، عدم اعتماد به نفس و رفتارهای غیراجتماعی می‌شود (حمسی، ۱۳۸۵).

کودک آزاری، مجموعه پیچیده‌ای از رفتار والدین و پاسخ‌های کودک و یک پدیده چند جانبه شخصی، خانوادگی و جامعه‌شناختی در بسیاری از کشورهاست (لودویک<sup>۱</sup>، کورنبرگ<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲؛ گرین<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸؛ جزایری، ۱۳۸۱؛ به نقل از نوروزی، ۷۲، ص ۱۰۸). معمولاً کودک آزاری را به چهار نوع تقسیم می‌کنند (هندمن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳؛ ممقانی و جوانمرد، ۱۳۸۶، ص ۶۸):

۱- آزار جسمی<sup>۵</sup>: رفتارهایی که به صدمات جسمی نظیر کبود شدگی، سوختگی، ورم و غیره در کودک منجر می‌شوند (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵).

۲- آزار جنسی<sup>۶</sup>: شامل تجاوز به عنف و سوءاستفاده جنسی از کودک

۳- آزار هیجانی<sup>۷</sup>: شامل تهدید کلامی، واکنش‌های غیرقابل پیش‌بینی، خلق منفی مداوم و اختلاف خانوادگی مداوم (کاپلانو سادوک، ۱۹۹۵).

۴- آزار از نوع غفلت<sup>۸</sup>: رفتار والدین با کودک با بی‌توجهی و بی‌اعتنایی و طرد (هاپر، ۲۰۰۵).  
از این میان، امکان آزار هیجانی یا عاطفی طولانی مدت و بی‌شمار است چرا که چون زخمی دیده نمی‌شود، ممکن است به آن توجهی نگردیده و مورد پیگیری قرار نگیرد (کمپ<sup>۹</sup> و کمپ، ۱۹۸۷).  
بنتریس<sup>۱۰</sup> (۱۹۸۷) معتقد است: «آزار عاطفی ویران کردن منظم احساس لیاقت کودک است». مطالعات متعدد نشان داده‌اند که انواع کودک‌آزاری اثرات کوتاه‌مدت و درازمدت در بعد جسمانی و روان‌شناختی کودکان بر جای می‌گذارد. آثار اولیه شامل ترس‌های شدید، اضطراب، افسردگی، احساس گناه، پرخاشگری و مشکلات سلوک می‌باشد که در دراز مدت احتمال بروز مشکلات رشدی، رفتارهای خشونت‌بار، نقایصی در کنش‌وری هوشی و تحصیلی را افزایش می‌دهد (هریس<sup>۱۱</sup> و آمرمان<sup>۱۲</sup>، ۱۹۸۶؛ بارت<sup>۱۳</sup>، میلر و پرین<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۷).

بر اساس گزارش مرکز ملی کودک‌آزاری و بی‌توجهی (۱۹۸۸) در آمریکا، کودک‌آزاری از ۱۹۸۰ تا ۱۹۸۶، ۶۶٪ افزایش یافته است (کاپلان، سادوک، ۱۹۹۱). در کانادا در سال ۱۹۹۸، ۱۳۵۶۰۰ مورد کودک‌آزاری گزارش شده است (نیکو، ۲۰۰۵). در حال حاضر با پیشرفت روزافزون علوم روان‌شناختی، رفتاری و اجتماعی روش‌های متعددی برای پیشگیری و درمان این معضل وجود دارد. از جمله این درمان‌ها روش‌های مبتنی بر آگاه‌سازی و آموزش مهارت‌های اجتماعی، روان‌درمانی، رفتاردرمانی و مشاوره‌های فردی، گروهی و خانوادگی می‌باشد (کاهانی، ۱۳۸۳). یکی از این شیوه‌ها، هنردرمانی است که عبارت از کاربرد واسطه‌های هنری در بهبود و درمان آشفتگی‌های روانی است. در این روش کودکان آزاردیده ترغیب می‌شوند با بیان غیرکلامی احساسات و افکار آزاردهنده خود به آرامشی نسبی برسند. سپس با کسب مهارت‌های رویارویی بتوانند فشارهای روانی حاصله را کنترل کنند. با توجه به توانایی‌های شناختی محدود و عدم تسلط کافی کودکان به مهارت‌های کلامی و نوشتاری و از سوی دیگر اضطراب و تنشی که وقایع آسیب‌زا در آنان برمی‌انگیزد، فعالیت‌های هنری این قابلیت را دارند که به آنان کمک نمایند تا در یک فضای امن و در کنار فردی قابل اعتماد، داستان آزار خود را افشا نمایند و به تدریج روش‌های مقابله با اضطراب و تنش‌های خود را فرا گیرند. در واقع یکی از اهداف اولیه مداخلات درمانی در این کودکان جستجو و یافتن راه‌های خلاقانه در زندگی روزمره است که با ترسیم و تصویرسازی مشکلات، احساسات و افکار می‌توانند به دید خود وسعت دهند و به صورت نمادین جایگزین‌هایی برای تجارب دردناکشان بیابند. هم‌چنین شانس بیشتری برای بیان دردهای خویش، تنش‌ها و کشمکش‌هایشان و کاهش این آلام و یافتن راه‌حل مناسب بیابند (روستر و کرون، ۲۰۰۴).

از بین انواع هنر، هنرهای دیداری<sup>۱۵</sup> شامل هنرهای دیداری دو بعدی مثل طراحی، نقاشی، کلاژ و عکس و هنرهای سه بعدی مثل ساخته‌های گلی و مجسمه‌سازی، مؤثرترین روش برای کمک به کودکان دچار آسیب می‌باشند. در این روش هر یک از فنون یاد شده اثرات متفاوتی را در مراجع ایجاد می‌کنند. به عنوان مثال کاربرد نقاشی به صورت دفترهای نقاشی خودساخته<sup>۱۶</sup> که در آن به ترسیم نوع و مراحل آزار می‌پردازند، به این کودکان کمک می‌کند تا با احساس فشار کمتری افساگری کنند (هارتمن، ماکووک<sup>۱۷</sup> و مارس، ۱۹۹۰).

فردریک (۲۰۰۶) از دو روش مداخله‌ای هنردرمانی و درمان شناختی - رفتاری بر روی ۵۰ کودک پسر دچار آزار جنسی و جسمی به مدت ۳ ماه استفاده کرد. نتایج نشان داد روش هنردرمانی در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در این کودکان تأثیر به‌سزایی دارد، در صورتی که درمان شناختی - رفتاری در این مورد تأثیر معناداری نشان نداد. بوورس (۲۰۰۵) پژوهشی را با عنوان درمان از طریق هنر برای کسانی که در کودکی مورد تجاوز و آزار جنسی قرار گرفته بودند، انجام داد. نمونه این پژوهش شامل ۵۰ نفر (۲۵ نفر در گروه آزمایش و ۲۵ نفر در گروه کنترل) بودند. پرسشنامه علائم مرضی به‌صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر روی گروه آزمایش اجرا شد. مداخله به صورت هنردرمانی در ۲۲ جلسه طی ۶ ماه روی این افراد انجام گرفت. نتایج حاکی از آن بود که علائم مرضی ناشی از آزار در افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته است. همچنین افراد موجود در گروه آزمایش در مقابله با مشکلات، عملکرد بهتری از خود نشان دادند. نتایج حاصل از مطالعه‌ای دیگر که در آن از هنردرمانی جهت بهبود عملکرد کودکان آزاردیده استفاده گردید، گویای بهبود عملکرد روزانه در افراد گروه آزمایش بود (مورفی، ۲۰۰۴).

در پژوهشی، ترکیب هنردرمانی و بازی‌درمانی در افزایش عزت‌نفس در دختران سوءاستفاده جنسی به‌کار رفت. نتایج نشان‌دهنده رفتارهای کنترل شده و افزایش اعتماد به نفس در این دختران بود (کودور و همکاران، ۱۹۹۰؛ به نقل از سالمون، ۲۰۰۵). گالنسون (۲۰۰۸) نیز در مطالعه‌ای با عنوان هنرهای دیداری در قرن بیستم نشان داد که هنرهای دیداری که در قرن نوزدهم پا به عرصه ظهور گذاشتند ولی بیشتر در قرن بیستم ظاهر شدند، باعث افزایش توانمندی روحی و روانی و همچنین خودپیروی در کودکان آزاردیده می‌شوند.

فعالیت‌های هنری به روش‌های مختلف به کودکان آزاردیده کمک می‌کنند. یکی از این روش‌ها، ایجاد تصاویری است که بیانگر درک درونی آن‌ها از خود و دنیای اطرافشان است (مالکیودی، ۱۹۹۸). اکثر کودکان آزاردیده علی‌رغم تجارب تلخی که از وقایع دردآور دارند، از انجام فعالیت هنری و خلاقانه، احساس لذت می‌کنند. بنابراین با توجه به آثار جدی و مخرب کودک‌آزاری و روند رو به رشد آن در اکثر جوامع و از جمله در جامعه ما ضرورت و اهمیت جدی طرح برنامه‌های آموزشی و درمانی برای این کودکان مطرح می‌شود. در صورتی که این کودکان تحت درمان و آموزش مهارت‌های

رویارویی مناسب قرار نگیرند، تأثیرات ناشی از کودک‌آزاری به مدت طولانی باقی خواهد ماند (فلاسکا و کالیندر، ۱۹۹۹). کودکانی که در معرض آزار هستند و یا مورد آزار قرار گرفته‌اند، هرچه منابع رویارویی بهتری داشته باشند، احتمال دارد که کمتر آسیب ببینند (ساراسون و ساراسون، ۱۳۷۵).

راهبردهای رویارویی، کوشش‌های هوشیارانه فرد است که عوامل فشارزا را مهار می‌کند و با افزایش و تقویت منابع شخصی فرد (مثل عاطفه مثبت، اطمینان و خودکنترلی) میزان و شدت تنش را در او کاهش می‌دهد. پژوهش‌های متعدد نشان داده، استفاده از راهبردهای رویارویی کارآمد پیامدهای نامطلوب فشارهای روانی را کاهش می‌دهد (التینگ و دی‌ماری، ۲۰۰۰؛ به نقل از میرزابیگی، ۱۳۷۹). بنابراین شناخت و بهبود راهبردها هنگام رویارویی این کودکان با مشکلات از اهمیت به‌سزایی برخوردار است و استفاده از راهبردهای رویارویی کارآمد پیامدهای نامطلوب فشارهای روانی را کاهش می‌دهد (استینگ و دی‌ماری، ۲۰۰۰). هدف این پژوهش بررسی میزان اثربخشی استفاده از هنرهای دیداری و فعالیت‌های هنری بصری در آموزش راهبردهای رویارویی به کودکان آزار دیده و هم‌چنین در کاهش علائم جسمانی و روان‌شناختی ناشی از آزار دیدگی در آنان است.

## روش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی است و به صورت طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون تک گروهی انجام شده است. تفاوت معنادار میانگین نمرات بدست آمده در پیش‌آزمون در مقایسه با پس‌آزمون تأثیر هنرهای دیداری به‌عنوان متغیر مستقل بر علائم کودک‌آزاری (جسمانی، روان‌شناختی) به عنوان متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد.

## جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری کلیه کودکان ۱۱ تا ۱۳ ساله پسر آزار دیده بی‌سرپرست و بدسرپرست هستند که در مراکز نگهداری شبانه‌روزی وابسته به سازمان بهزیستی در استان تهران ساکن می‌باشند. از این جامعه تعداد ۷ کودک پسر ۱۱ تا ۱۳ ساله که بر اساس گزارش مسئول مرکز، اطلاعات موجود در پرونده‌های آنان و مصاحبه اولیه با خود کودکان دارای سابقه انواع آزار دیده‌گی (جسمی، عاطفی، جنسی و غفلت) بودند و در مرکز شبانه‌روزی شهید قدوسی شمیرانات نگهداری می‌شدند به صورت نمونه در دسترس انتخاب گردیدند.

## ابزارهای پژوهش

**سیاهه راهبردهای رویارویی کودکان<sup>۱۸</sup> (CCSC):** این سیاهه یک پرسشنامه خودسنجی است که در آن کودکان فعالیت‌های رویارویی خود را شرح می‌دهند. این سیاهه شامل ۴ بعد اصلی: فعال، حواس‌پرتی، اجتنابی، حمایتی و ۱۰ بعد فرعی شامل: تصمیم‌گیری شناختی، حل مسئله به طور مستقیم، در پی درک مسئله بودن، بازسازی شناختی مثبت، تخلیه هیجانی، فعالیت‌های جسمی، رفتارهای حواس‌پرتی، اجتناب رفتاری، اجتناب شناختی، حمایت مسئله‌محور و حمایت هیجان‌محور است. نسخه اصلی این سیاهه شامل ۱۵ ماده است. ضریب پایایی و آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعات مختلف بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۵ گزارش شده است.

**پرسشنامه علائم مرضی کودکان<sup>۱۹</sup> (CSI-۴):** این پرسشنامه یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که اولین بار توسط اسپیرافکین و گادو (۱۹۸۴) بر اساس طبقه‌بندی DSM-III با نام SLUG به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ سال طراحی شد. بعدها در سال ۱۹۸۷ فرم CSI-3R به دنبال طبقه‌بندی DSM-III-R ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ با چاپ چهارم DSM-IV با تغییرات اندکی مورد تجدیدنظر قرار گرفت و با نام CSI-4 منتشر شد. CSI-4 همانند فرم‌های قبلی دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والدین دارای ۱۱۲ سؤال است که برای ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافی از اختلالات رفتاری تنظیم شده و فرم معلم دارای ۷۷ سؤال است که ۹ گروه عمده از اختلالات رفتاری را در بر می‌گیرد.

دو شیوه نمره‌گذاری برای CSI-4 طراحی شده است: شیوه نمره برش غربال‌کننده و شیوه نمره‌گذاری برحسب شدت نشانه‌های مرضی. علاوه بر این اعتبار پرسشنامه نیز برای هر دو فرم والد و معلم به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۳ برآورد شد.

## شیوه اجرا

گروه نمونه در طی ۱۶ جلسه (۲ جلسه ۲ ساعته در هفته) با استفاده از هنرهای دیداری تحت آموزش به‌صورت گروهی قرار گرفتند. پیش از شروع آموزش مراحل آشنایی اولیه، ایجاد ارتباط، توجه پروژه و سپس اجرای پرسشنامه به عنوان پیش‌آزمون در ۲ جلسه انجام گرفت. برای افزایش میزان انگیزه و همکاری شرکت‌کننده‌ها فعالیت‌های دیگری انجام شد، از جمله: قواعد و قوانین مربوط به جلسات گروهی با روش بارش فکری بچه‌ها به شکل قرارداد تنظیم و به امضای آنان رسید. یک نسخه نیز در اتاق کار نصب شد. همچنین تهیه لیستی از رفتارهای مورد انتظار (حضور به موقع، میزان همکاری، نظم، ابراز نظر، احترام به یکدیگر و سکوت به موقع) و امتیازدهی به کودکان در هر جلسه. این شیوه کنترل بیرونی با انعکاس عینی رفتارهای بچه‌ها، به مرور به کنترل درونی آنان

کمک می‌کرد. ضمن این‌که بار تشویقی نیز به همراه داشت و با رایزنی با مدیریت منطقه قرار شد به افراد با امتیاز بالا جوایزی داده شود.

فرایند اجرای محتوای آموزشی و مداخله‌ای با استفاده از فنون هنرهای دیداری در هر جلسه شامل سه بخش بود: مرحله ایجاد انگیزه، ایجاد ارتباط و گرم شدن؛ ایجاد و افزایش آگاهی و شناخت، تصمیم‌گیری، مقابله و حل مسئله؛ جمع‌بندی، ارائه تکلیف و انجام یک فعالیت شاد و خوشایند. طراحی و انتخاب هر فعالیت هنری بر اساس اصول و قوانینی صورت می‌گرفت که عبارت بودند از: هدف فعالیت هنری، کاربرد فردی یا گروهی، سن، نوع مسئله، توانایی، فرهنگ و خصوصیات مواد و ابزار هنری که می‌بایستی اثربخشی سریعی داشته باشند و بدون نیاز به مهارت هنری متناسب با سن، توانایی و حالات روحی و روانی فرد یا گروه باشند.

در اجرای فنون نیز این نکات رعایت می‌شد: ارائه دستورالعمل ساده و روشن، اطمینان‌دهی به فرد که در صورت نیاز می‌تواند درخواست کمک کند، آزادی در کار برای ادامه یا دست کشیدن از آن، مشاهده دقیق رفتار فرد هنگام انجام فعالیت. سپس بحث و گفتگوی فردی و گروهی هدفمند درباره تجربه آنان: نوع و چگونگی احساسات، افکار، هیجانات و رفتارشان در شروع، ضمن انجام کار و پس از آن.

خلاصه‌ای از چگونگی آموزش با استفاده از فنون هنری که در سه بخش یاد شده انجام شد به این شرح می‌باشد: در ابتدا روش معرفی خود با یک طرح ساده (لیمن، ۱۹۸۶) جهت معرفی اعضا و نیز ایجاد ارتباط و گرم شدن به کار رفت. از فن خط‌خطی<sup>۲۰</sup> (چاپمن، ۲۰۰۷؛ آکلندر، ۱۹۸۸ و لیمن، ۱۹۸۶) جهت کاهش اضطراب، افزایش انگیزه همکاری و توجه به احساسات و افکار خود استفاده شد. پس از بهبود ارتباط بین شرکت‌کننده‌ها و آشنایی بیشتر آنان از نوع اجرای جلسات، اشتیاق و همکاری بیشتری به‌ویژه در فعالیت‌های گروهی نشان داده شد. بنابراین فنون بعدی در قالب گروه‌های ۲ و ۳ نفره انجام می‌شد.

از کلاژ عکس<sup>۲۱</sup> (چاپمن، ۲۰۰۷؛ لندگارتن، ۱۹۹۸ و لیمن، ۱۹۸۶) برای افزایش حس همکاری و مشارکت بین کودکان و کمک به بیان احساسات، کاهش مقاومت و بازداری در برابر نقاشی و ورق سفید، خود ابرازی، تمرین کنترل با وسیله هنگام بروز فشار استفاده شد. با هدف پی بردن به نقاط قوت خود و یکدیگر، افزایش خودآگاهی و کمک به بهبود ارتباط بین فردی، ترسیم نمادی از خود (راهنمای آموزش مهارت‌های زندگی، یونیسف/۱۳۷۸) را به کار بردند. در مراحل بعدی از فنون ترسیم یک جزیره<sup>۲۲</sup> (لیمن، ۱۹۸۶)، ماندالای گروهی<sup>۲۳</sup> (همان)، بادکنک‌های احساسات<sup>۲۴</sup> (کداسن و شفر، ۱۹۹۸؛ لیمن، ۱۹۸۶) و ساخته‌های گلی<sup>۲۵</sup> (همان) برای افزایش خودآگاهی و شناخت در مورد آسیب و اثرات آن، کمک به بیان احساسات و ترس‌ها و دل‌بستگی‌ها، شناسایی روش‌های مقابله‌ای کودکان در برابر خطرات و انعکاس آن به خودشان، بررسی راهکارهای مناسب‌تر، بررسی شیوه

مراقبت از قلمرو خود، بحث گروهی و یافتن روش‌های مناسب مراقبت و افزایش آستانه و تحمل و افزایش عزت نفس استفاده گردید. در بخش پایانی آموزش نیز نقاشی گروهی، ایجاد انعطاف<sup>۲۶</sup> (لندگارتن، ۱۹۹۸)، دورکشی بدن<sup>۲۷</sup> (چاپمن، ۲۰۰۷)، خط‌خطی درونی<sup>۲۸</sup> (همان)، کلاژ ماسک خشم<sup>۲۹</sup> (کداسن و شفر، ۱۹۹۸؛ لیمن، ۱۹۸۶)، ساخت درخت احساسات با گل<sup>۳۰</sup> (همان)، قصه‌های گروهی<sup>۳۱</sup> (لیمن، ۱۹۸۶)، جهت افزایش توانایی انتخاب و تصمیم‌گیری، مدیریت خشم و یافتن روش‌های رویارویی مناسب به کار برده شد. پس از پایان مرحله آموزش، پرسشنامه‌های یاد شده به عنوان پس‌آزمون اجرا شد. در نهایت داده‌های خام جهت تجزیه و تحلیل از روی پرسشنامه‌ها، استخراج و با استفاده از ابزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

بر اساس یافته‌های جدول شماره (۱)، تفاوت معناداری بین میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون‌های پرسشنامه‌های راهبردهای رویارویی و علائم مرضی کودکان مشاهده می‌شود.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش در پرسشنامه‌های سیاهه راهبردهای رویارویی کودکان و پرسشنامه علائم مرضی کودکان

مؤلفه‌ها	میانگین پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	انحراف استاندارد پیش‌آزمون	انحراف استاندارد پس‌آزمون
سیاهه راهبرد رویارویی کودکان	۹۴/۵۷	۱۱۰/۴۲	۷/۶۳	۹/۶۵
علائم مرضی کودکان	۱۴۹/۴۲	۱۴۰/۵۷	۱۰/۴۲	۹/۷۵

جدول ۲: جدول t وابسته گروه آزمایش در پرسشنامه سیاهه راهبردهای رویارویی کودکان

متغیر	t	درجات آزادی	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها
سیاهه راهبرد رویارویی کودکان	۳/۸۲	۶	۰/۰۱	۱۴/۸۵

هم‌چنین مطابق جدول ۲ تفاوت معناداری بین میانگین‌ها در سطح ۰/۰۱ مشاهده می‌شود. این بدین معناست که کاربرد هنرهای دیداری در افزایش مهارت رویارویی به کودکان آزار دیده سودمند بوده است.



### جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در

#### مقیاس‌های پرسشنامه علائم مرضی کودکان

مقیاس‌ها	میانگین پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	انحراف استاندارد پیش‌آزمون	انحراف استاندارد پس‌آزمون
اختلال نقص توجه	۱۹/۲۸	۱۷/۳۴	۲/۷۵	۲/۴۱
بیش‌فعالی- تکانشی	۱۷/۲۸	۱۷/۱۴	۳/۵۴	۳/۴۸
لجبازی و نافرمانی	۱۶/۸۵	۱۶/۱۴	۳/۵۳	۲/۴۱
اختلال سلوک	۱۹	۱۸/۲۸	۲/۳۰	۲/۱۳
اضطراب فراگیر	۱۶/۷۱	۱۵/۷۱	۱/۸۸	۱/۶۰
اختلال تیک	۱۲/۵۷	۱۲/۲۸	۰/۹۷	۰/۷۵
اسکیزوفرنی	۶/۷۱	۶/۷۱	۰/۹۵	۰/۹۵
افسردگی اساسی	۲۰	۱۹	۱/۴۱	۱/۱۵
اختلال فراگیر رشدی	۲۱	۲۰	۳/۳۶	۲/۶۹

طبق مقایسه داده‌های جدول ۳ استفاده از فنون هنرهای دیداری و فعالیت‌های هنری در کاهش علائم مرضی جسمی و روانی، هرچند اندک مؤثر بوده است که معنادار بودن این نتیجه در سطح ۰/۰۵ مشاهده می‌شود (جدول ۴).

### جدول ۴: جدول t وابسته گروه آزمایش در پرسشنامه علائم مرضی کودکان

متغیر	t	درجات آزادی	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها
علائم مرضی کودکان	۲/۲۹	۶	۰/۰۵	۳/۸۵

### بحث

یافته‌ها نشان می‌دهند که فرضیه «کاربرد هنرهای دیداری بر آموزش راهبردهای رویارویی به کودکان آزاردیده مؤثر است»، مورد تأیید قرار گرفت. این یافته‌ها ضمن تأیید تحقیقات بسیاری (برای مثال: فردریک، ۲۰۰۶؛ مورفی، ۲۰۰۴؛ کیت، ۲۰۰۰؛ ماندلا، ۱۹۹۶ و پانتری، ۲۰۰۱) حاکی از آن است، کودکانی که در معرض آزار هستند و یا مورد آزار قرار گرفته‌اند، هرچه منابع رویارویی بهتری داشته باشند احتمال دارد، کمتر آسیب ببینند. طراحی و ارائه این آموزش‌ها از طریق انجام فعالیت‌های هنری باعث افزایش انگیزه و مشارکت در این کودکان می‌شود و آنان را در شناخت واقعیت‌های سخت و تلخ پیرامون خود، چگونگی مواجهه و یا پذیرش آن‌ها یاری می‌رساند.

مطالعات زیادی در اهمیت کاربرد هنر در آموزش و درمان افراد آسیب دیده صورت گرفته است (بریت و اولتراف، ۱۹۸۵؛ گرینبرگ و واندربگ، ۱۹۸۷ و جانسون، ۱۹۸۷). با بروز هر آسیبی در فرد، مکانیزم‌های دفاعی ناهشیارانه، فعالیت‌های شناختی و رفتاری هوشیارانه به منظور ایجاد تعادل فعال

می‌شوند (اریکسون و همکاران، ۱۹۹۷). هنردرمانی کودک را قادر می‌سازد تا مسائل و مشکلات خود را در قالب هنر و تصویر بیان کند و از مکانیزم‌های دفاعی مناسبی استفاده نماید. فعالیت‌های هنری با ایجاد علاقه و لذت و درگیر کردن هرچه بیشتر این کودکان، آنان را ترغیب می‌کنند با احساس آزادی و محدودیت کمتر، به بیان صریح‌تر تجارب آسیب‌زای خود بپردازند. سپس با شناخت احساسات و عواطف خود، تسلط بیشتری بر این عواطف و هیجانات بدست آورند. این امر به نوبه خود گام مهمی در کاهش اختلالات و افزایش سلامت روانی است.

هم‌چنین بر اساس یافته‌های پژوهش کاربرد هنرهای دیداری بر کاهش علائم مرضی کودکان آزاردیده مؤثر است. نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر ضمن تأیید سایر تحقیقات (بریور، ۱۹۹۵؛ ملکیودی، ۱۹۹۸؛ کاسیر و برین، ۲۰۰۵؛ مورگان، ۱۹۹۵؛ دوباس، ۲۰۰۲؛ رانکین و کوچر، ۲۰۰۳؛ چاپمن و همکاران، ۲۰۰۱؛ پیترسون، ۲۰۰۴؛ اندرسون، ۱۹۹۵؛ باکوس، ۱۹۹۹؛ پفیولو، ۲۰۰۲؛ فنی، ۱۹۹۸؛ تیلور، ۱۹۹۰؛ پاولی، ۱۹۸۷ و بورس، ۲۰۰۵)، حاکی از آن است که هنرهای دیداری در برون‌ریزی افکار و احساسات افراد دچار آسیب روانی و کاهش علائم مرضی آن‌ها مؤثر می‌باشد. در مورد کودکان آزاردیده، کودکان و نوجوانان نافرمان و یا خانواده‌های آشفته، هنر به عنوان یک روش درمانی در جهت بیان عواطف دردناک و سرکوب شده یا مسائل خانوادگی آشکار نشده، نقش مهمی ایفا می‌کند. وقتی این افراد به دلیل ترس از طرد شدن یا احساس گناه از آشکارسازی کامل امتناع می‌ورزند، هنر روش بسیار مفیدی در برون‌ریزی احساسات دردناک آن‌ها می‌باشد (فلشن و فریور، ۱۹۸۱).

بریور (۱۹۹۵) از هنردرمانی گروهی در کاهش اثرات کوتاه‌مدت و بلندمدت آزار جنسی در قربانیان کودک و نوجوان استفاده کرد. مقیاس سنجش این مطالعه چک لیست نشانگان (TSCC) بود که به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر روی نمونه ۳ گروهی از دختران (۸-۱۰ ساله، ۱۱-۱۳ ساله و ۱۴-۱۷ ساله) انجام شد و در طی ۱۰ هفته هنردرمانی به عنوان روش مداخله درمانی به کار رفت. درمان این افراد بر اساس علائم آسیب (اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه، خشم، گسستگی، درماندگی و تمایلات جنسی) بود. نتایج حاکی از کاهش علائم مرضی بود.

ملکیودی (۱۹۹۸) از ترسیم به عنوان یک تکنیک فرافکن برای کاهش تشویش و اضطراب هنگام کار با کودکان و نوجوانان که آزار جنسی دیده بودند استفاده کرد. او دریافت ایجاد ارتباط با این کودکان با روش‌های هنری (غیرکلامی) در مقایسه با ارتباط کلامی و کسب اطلاعات اساسی جهت مداخله فوری، بهتر و سریع‌تر بوده و آنان از طریق فعالیت‌های هنری خودابرازی بهتری داشتند.

بنابراین طبق نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر و دیگر پژوهش‌های یاد شده، کاربرد هنرهای دیداری در کاهش علائم مرضی کودکان آزاردیده مؤثر است. البته در خرده‌مقیاس‌های مشکلات

سلوک، لجبازی و نافرمانی تفاوت میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون اندک است که دلایل آن ناشی از وضعیت نامناسب زندگی در مرکز نگهداری چون الگوی رفتاری سلیقه‌ای و ناکارآمد مریبان و پرسنل و رفتارهای مبتنی بر پرخاشگری، تنبیه و افراط و تفریط مریبان با این کودکان، مشکلات ارتباطی بین کودکان، نارضایتی از وضع موجود، وجود یک سیستم مقاومتی در برابر هرگونه تغییر و اجرای برنامه‌های آموزشی در بین کادر مراکز شبانه‌روزی به‌ویژه مریبان (که بیشتر مواقع مشکلاتی در تشکیل و اجرای جلسات ایجاد می‌کردند) و... می‌باشد.

### پی‌نوشت‌ها

1. ludwing
2. kornberg
3. Green
4. Handman
5. Physical abuse
6. Sexual abuse
7. Emotional abuse
8. Neglect
9. Kempe
10. Beneterism
11. Harris
12. Ammerman
13. Barnett
14. Miller&Perrin
15. Art visual
16. Self-created picture books
17. Hartman&Makovec
18. Childrens Coping Stragies Checklist
19. Child Symptom Inventory
20. The scribble
21. collage
22. Drawing Island
23. group mandala
24. feeling balloons
25. clayscapes
26. flexibility
27. body contour
28. the scribble within you
29. angry mask collage
30. the feeling tree with clay
31. group stories

### منابع

- اسکندری، ا. (۱۳۸۵). مقایسه راهبردهای رویارویی بین کودکان بهنجار و کودکان با مشکلات یادگیری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز، تهران.
- جزایری، ع. ر. (۱۳۸۱). اعتیاد والدین و کودک آزاری. فصلنامه اعتیاد پژوهی ۱، ۱۰۷-۱۳۲.
- حمسی، م. ح. (۱۳۸۵). هنردرمانی چیست؟ مجله بهداشت روان، ۶(۳ و ۲)، ۷۸-۷۰.
- شیبانی، ش. (۱۳۸۶). اثر قصه‌درمانی بر افسردگی و راهبردهای رویارویی کودکان افسرده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز، تهران.
- عابدی، ع. ر. (۱۳۸۷). هنردرمانی بیانی خلاق بر روی کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.

- کاپلان، ه.، و سادوک، ب. (۱۳۷۸). خلاصه روان‌پزشکی، علوم رفتاری، روان‌پزشکی بالینی (ترجمه رفیعی و رضایی). تهران: ارجمند.
- کداسن، ه.، و شفر، ج. (۱۳۸۲). برگزیده‌ای از روش‌های بازی‌درمانی (ترجمه صابری و وکیلی). تهران: نشر آگاه و ارجمند.
- گیبوی، ک. (۱۳۸۴). راهنمای آموزش مهارت‌های زندگی (ترجمه ف. قاسم‌زاده). تهران: انتشارات یونیسف. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۰)
- لاندگارتن، ه. (۱۳۷۸). هنردرمانی بالینی (ترجمه ک. هاشمیان و ا. ابوحمزه). تهران: نشر مهاجر. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۷)
- متین، آ. (۱۳۸۶). کاربرد قصه‌درمانی در بهبود راهبردهای رویارویی کودکان دارای مشکلات یادگیری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز، تهران.
- محتشم، ل. (۱۳۸۵). کاربرد نقاشی در کاهش مشکلات هیجانی کودکان ناشنوا. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز، تهران.
- مرادی، ن. (۱۳۸۶). مقایسه تولیدات ترسیمی کودکان آزرده‌جنسی با کودکان عادی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز، تهران.
- مقدسی، ح. (۱۳۷۲). روان‌شناسی هنر برای کودکان عادی و استثنائی. تهران: چاپار فرزاتگان.
- مهقانی، ج.، و جوانمرد، غ. ح. (۱۳۸۶). مقایسه علایم اختلال‌های روانی والدین کودک آزار و غیر کودک‌آزار و رابطه کودک‌آزاری با اختلال‌های رفتاری در کودکان. فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناختی، ۱(۲)، ۶۷ - ۷۸.
- میرزا بیگی، ع. (۱۳۷۹). نقش هنر در آموزش و پرورش و بهداشت سلامت کودکان. تهران: انتشارات مدرسه.
- نوری، ف. (۱۳۸۰). بررسی تأثیر هنردرمانی بر کاهش رفتارهای پرخطرانه دانش‌آموزان پسر عقب‌مانده ذهنی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران، تهران.

- Bailey, S. D. (2004). Bringing theatre arts to student with special needs. *American Journal of Mentally Deficiency*, 23(9), 2082-87.
- Bowers, J. J. (2005). Therapy through art: Facilitating treatment of sexual abuse. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 30, 15-24.
- Carolin, C. (1998). *The handbook of art therapy*. New York: Rutledge.
- Carrigan, J. (1993). Painting therapy: A Swiss experience for people with mental retardation. *American Journal of Art Therapy*, 32, 53-58.
- Clements, K. (2000). The use of art therapy with abused children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1(2), 181-198.
- Eve, C., & Garboc, M. A. (1998). *Art therapy: A proposal in school settings*. Research in Art Therapy Association [On-line]. Available: [www.newhorizons.org](http://www.newhorizons.org)
- Friedrich, W. F. (2006). Art therapy and CBT in child abuse trauma. *Association for Play Therapy*, 17 (1), 7-10.
- Galenson, D. (2008). *Portraits of the artist: Personal visual art in the twentieth century*. University of Chicago-Department of Economics; National Bureau of Economic Research, NBER Working Paper No. W13939.
- Gerteisen, J. (2008). Art therapy with children experiencing the effects of trauma and Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD). *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 17, 101-110.
- Gidus, B. M. A. (2001). *Psychology studies Autism through a child's art* [On-line]. Available: [http://www2.davidson.edu/news/news\\_archives/archives01/01.05barfield.html](http://www2.davidson.edu/news/news_archives/archives01/01.05barfield.html)

- Heineman, T. U. (1998). *The abused child*. New York: Guilford press.
- Iwaniec, D. (1996). *The emotionally abused and neglected child: Identification, assessment and intervention*. Wiley publisher
- Kaplan, H., & Sadock, J. B. (1989). *Textbook of psychiatry*. New York: Macmillan.
- Levick, M. F. (1983). *They couldn't talk and so they draw*. Illinois: Charles. C. Thomas.
- Liebmann, M. (1986). *Art therapy for groups*. Beckenham: Groom helm ltd.
- Malchiodi, A. (2003). *Handbook of art therapy*. New York: Guilford press.
- Marcus, D. (1998). Play therapy with young children. *Indian Journal of Pediatric*, 59(1), 53-60.
- McDonough, L., Stahmer, A., Schreibman, L., & Thompson, S. J. (2000). Deficits, delays, and distractions: An evaluation of symbolic play and memory in children with autism. *Developmental Psychopathology*, 9(1), 17-41.
- Milner, J. S. (1994). Assessing physical child abuse risk. *Clinical Psychology Review*, 14(6), 547-83.
- Murphy, J. (2004). Art therapy with sexually abused children and young people. *International Journal of Art Therapy*, 3(1), 10-16.
- Naumburg, M. (1950). *Schizophrenic art*. New York: Grune & Stratton.
- Oster, G. D., & Crone, P. G. (2004). *Using drawings in assessment and therapy* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Branner – branner – ratladye.
- Parker, J., & Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin*, 102(3), 357-389.
- Pifalo, T. (2002). Art therapy with sexually abused children. *Journal of the American Art Therapy Association*, 19(4), 12-22.
- Pifalo, T. (2006). Art therapy with sexually abused children and adolescents. *Journal of the American Art Therapy Association*, 23(4), 181-185.
- Rubin, J. A. (1999). *Art therapy: An introduction*. London: Francis.
- Salomon, M. K., & Garner, A. M. (2005). Use of play materials in treating a severely handicapped child. *Child Care Health Dev*, 4(2), 131-140.
- Silver, R. (2001). *Art as language*. Florence: Branner – Routhedye.
- Simon, R. M. (1997). *Symbolic images in art as therapy*. London: Routledge.
- Skaife, S., & Huet, V. (1998). *Art psychotherapy groups*. London: Rautladye.
- Slobig, J. A. H. (2004). *Discovering resiliency: A curriculum for life – skills learning*. Karaj iran : Raspina Publication.
- Suzanne, M., & Syrni, M. D. (1987). *Handbook of clinical Intervention in child sexual abuse*. Massachusetts: D. C. Heath and company Lexington.
- Sweeney, D. S., & Homeger, L. E. (1999). *The handbook of group play therapy*. San Francisco: Lalifarnia.
- Thorp, D. M., Stahmer, A. C., & Schreibman, L. (2002). Effects of sociodramatic play training on children with autism. *J Autism Dev Disord*, 25(3), 82-265.
- Vija, B., & Lusebrink, P. (2004). Art therapy and the brain: An attempt to understand the underlying processes of art expression in therapy. *Journal of the American Art Therapy Association*, 21(3), 125-135.
- Virshap, E. (1993). *California art therapy trends*. Chicago: Magnalia street publishers.
- Williams, G. H. & Wood, M. M. (1977). *Developmental art therapy*. Baltimor: University Park Press.